

Chapitre I

La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique

Didier Fassin

Prologue

Le 16 janvier 1991, dans les communautés indiennes de la province équatorienne du Chimborazo, les écoles restèrent vides, car les parents des élèves avaient gardé leur progéniture à la maison. Sur les flancs de ces montagnes des Andes où vivent, entre 3000 et 3500 mètres, des populations indiennes marginalisées par la société équatorienne blanche et métisse, les chemins étaient anormalement déserts : non seulement, on ne voyait pas l'habituel cortège d'enfants se rendant à l'école, mais on n'apercevait guère plus ces hommes et ces femmes conduisant leurs moutons vers les pâturages d'altitude ou ployant sous leur charge de bois. Chacun restait chez soi, dans l'attente. La veille, on en avait longuement parlé dans les familles et l'on était très inquiet : l'ultimatum des États-Unis à l'Irak prenait fin le 15 au soir et la guerre pouvait éclater dès le lendemain. En fait, c'était pour protéger leurs enfants des bombardements que les parents ne voulaient pas leurs enfants disséminés le long des routes ou regroupés dans les écoles. Sous la pression, comme le reste du monde, de la tension croissante suscitée par les médias, écoutant des radios locales qui répercutaient dans leurs flashes les annonces alarmistes de CNN, les Indiens du village de Cebadas, du quartier de

Guayapishi, des haciendas de Guargalla et Gosoy, et même des communautés libres de Sanancahuan et d'Atillo, tellement loin de tout, se voyaient déjà sous les bombes et, si la suite des événements devait leur montrer qu'ils n'avaient rien à craindre des avions F-15 et des missiles Tomahawks, ils étaient toutefois en train de découvrir, à leurs dépens, leur participation locale à un monde global.

Six mois plus tôt, le 4 juin 1990, ces mêmes populations avaient pourtant vécu l'événement le plus considérable de l'histoire récente de l'Équateur : *el levantamiento indígena*, le soulèvement indien, qui, pendant un peu plus d'une semaine, avait paralysé la vie économique et politique nationale, par un blocage de toutes les voies de communication à commencer par la Panaméricaine, et mobilisé, à l'occasion de marches de protestation dans les villes et de grèves de la faim dans les églises, des centaines de milliers d'Indiens des Andes et de l'Amazonie. Première manifestation de cette ampleur dans le pays, elle révélait à ses élites dirigeantes et à ses classes dominantes l'existence et la détermination des habitants les plus pauvres, les plus méprisés par la société, les plus délaissés par l'État. De cet événement historique essentiel, qui annonçait une prise de conscience plus large encore lors de la célébration deux ans plus tard du « Cinquième centenaire de la découverte de l'Amérique », localement rebaptisée « Célébration de 500 ans de résistance indienne », de cet événement donc, personne ne parla hors des frontières de l'Équateur. Engagés dans une lutte politique pour la reconnaissance de leurs droits, les Indiens faisaient l'expérience que leur histoire ne pouvait être que locale même si leurs conditions de vie se trouvaient concrètement déterminées, au moins en partie, par l'état de l'économie globale.

Ces deux faits, brièvement évoqués, nous placent au cœur des ambiguïtés et des contradictions de ce phénomène de globalisation dont chacun parle aujourd'hui et auquel l'anthropologie commence à s'intéresser : l'attestent, parmi de nombreuses autres manifestations, le récent colloque du CODESRIA, principal organisme africain de recherche en sciences sociales : « La globalisation et les sciences sociales » (septembre 1998) et le dernier Congrès de l'Association Colombienne d'Anthropologie « Globalisation, multiculturalisme et environnement » (décembre 1997). Mais qu'est-ce que la globalisation ? Et en quoi nous intéresse-t-elle ? Il n'est certes pas facile de la définir. Comme l'écrivent Peter Geschiere et Birgit Meyer (1998), « plus la notion de globalisation se banalise et plus elle semble se caractériser par le flou et l'inconsistance ». Ils poursuivent

néanmoins en ajoutant « que le manque de clarté n'est pas exceptionnel, qu'il est lot de beaucoup de ces termes à la mode et probablement aussi la cause de leur succès », mais que ce n'est pas, pour autant, une raison pour l'abandonner car, remarquent-ils, « même si elle n'est pas un concept analytique les ambiguïtés qu'elle suscite renvoient à des enjeux et des défis urgents, pas seulement au niveau théorique mais également sur le plan pratique ». L'objet de ce texte est donc d'esquisser (pour une approche plus approfondie, on pourra se référer à mes textes indiqués dans la bibliographie), en ce qui concerne le domaine de la santé, ce que sont, dans une perspective anthropologique, ces enjeux et ces défis théoriques et pratiques.

L'anthropologie face à la globalisation

La globalisation est une notion qui vient des sciences de la communication et de l'économie. Les premières se sont attachées, pour s'en réjouir ou au contraire les dénoncer, à en révéler les effets d'homogénéisation, autrement dit d'imposition d'une culture à vocation universaliste. La seconde l'a avant tout caractérisée en termes de circulation, c'est-à-dire de flux de biens et de capitaux. De ce point de vue, le fameux ouvrage *The Global City* de Saskia Sassen (1991) qui décrit l'ascension des métropoles comme lieu de concentration de l'économie globale fait écho au livre non moins célèbre de Marshall Mac Luhan *The Global Village* (1989) qui identifie la planète à une communauté unique en devenir grâce à la magie des médias. Prenant ses distances à l'égard de cette double approche en termes d'économie et de communication, l'anthropologie n'a pas été en reste, mobilisant toutefois beaucoup plus de réflexions théoriques que de données empiriques, comme le suggère Jackie Assayag (1998). Cette relecture de la globalisation s'est toutefois effectuée essentiellement dans une perspective culturelle, notamment dans le prolongement des travaux pionniers de Clifford Geertz (1983), tendant à en délaisser la dimension politique.

Une telle approche apparaît cependant nécessaire pour rappeler, d'une part, que l'homogénéisation, incontestable sous certains aspects, s'accompagne d'une différenciation accrue non seulement culturelle mais également économique, et d'autre part, que la circulation, effective pour ce qui est des richesses, a pour corollaire des restrictions de plus en plus grandes et de plus en plus sélectives

dans les déplacements des hommes. D'un côté, en effet, on assiste à une différenciation sur le plan culturel — et il n'échappe à personne que l'universalisation de certaines valeurs à laquelle nous assistons est porteuse de réactions et de cristallisations identitaires qu'elles soient religieuses, ethniques ou artistiques : Arjun Appadurai, dans son ouvrage *Modernity at Large. Cultural Dimension of Globalization* (1996), parle à cet égard de « production de la localité » —, mais aussi sur le plan économique — et, pour citer un autre chercheur d'origine indienne travaillant aux États-Unis, Amartya Sen, Prix Nobel d'Économie en 1998, a montré, en particulier dans *Inequality Reexamined* (1996), le coût humain, en termes de disparités, de l'avènement du libéralisme à l'échelle du monde. D'un autre côté, alors qu'il n'est question que d'ouvertures d'espaces internationaux de libre circulation des biens, des restrictions croissantes sont imposées à la circulation des hommes, comme le montre *a contrario* l'importance qu'a prise, en France, mais également dans toute l'Europe occidentale, et presque simultanément sur les continents américain, africain et asiatique, la question des étrangers en situation irrégulière — et il faudrait ici reprendre la proposition de Michael Kearney qui, dans un article de l'*Annual Review of Anthropology* (1995) en appelle à une anthropologie de la globalisation et du transnationalisme étudiant les phénomènes de nouvelles migrations, de consolidation, d'effacement ou de reconfiguration des frontières, comme c'est le cas avec l'espace de Schengen.

Introduire cette approche dialectique dans l'analyse de la globalisation, opposer la différenciation à l'homogénéisation et la restriction à la circulation, c'est donc, on le voit, penser de manière historique l'*inégalité* au cœur de la globalisation. Tel pourrait être, pour l'anthropologie, l'enjeu de sa contribution à cette réflexion, si elle veut se prémunir des avatars de ses deux démons fondateurs à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle : l'évolutionnisme et le diffusionnisme. Car, que serait-ce qu'adhérer aux modèles dominants des sciences de la communication et de l'économie, sinon renouer, d'une part, avec une forme renouvelée d'évolutionnisme qui prolongerait les écrits de Morgan ou de Tylor en annonçant, cent ans plus tard, une certaine fin de l'histoire faite d'universalisme culturel et de libéralisme économique, et d'autre part, avec une expression radicale du diffusionnisme que ne renieraient peut-être pas Bastian ou Ratzel, aboutissant à la constitution d'une aire culturelle unique et

planétaire par dissémination des idées, des valeurs et des marchandises. Or l'anthropologie a les moyens de ne pas retomber dans ces écueils, par l'épreuve du local à laquelle elle peut soumettre les logiques globales et donc par la critique qu'elle peut apporter à la globalisation pour éviter qu'elle ne soit, selon les termes de Pierre Bourdieu et Loïc Wacquant (1998), une ultime « ruse de la raison impérialiste » imposant intellectuellement ce qu'elle s'efforce en parallèle de mettre en œuvre matériellement.

La santé comme fait social global

Sommes-nous loin de la santé, de cette anthropologie des politiques et des systèmes de santé dont il est question dans cet ouvrage ? Bien moins qu'il n'y paraît. La problématique de la globalisation a certes peu pénétré le domaine de la santé publique et, lorsqu'il est question de « santé globale », c'est dans une acception à la fois normative, donc non critique, et vague, donc peu opératoire, qui semble, au fond, assez proche de la définition officielle par l'Association mondiale de la santé au lendemain de la deuxième Guerre mondiale, comme « état de bien-être complet physique, mental et social », sorte de version sanitaire du bonheur. Tel n'est pas l'usage qui en est fait ici. Si le processus de globalisation concerne la santé, c'est d'un triple point de vue.

En premier lieu, l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé fait que n'importe quel taux de mortalité ou de morbidité constaté localement, toute situation épidémique ou institutionnelle observée dans un village ou un quartier, résulte au moins en partie des relations économiques et politiques internationales (Feierman et Janzen 1992). Qu'il suffise de penser aux répercussions sanitaires des plans d'ajustement structurel en Afrique ou des programmes de flexibilisation des entreprises en Europe.

En second lieu, la circulation mondiale des modèles sanitaires en termes de représentations et de pratiques tend à constituer, comme cela a été constaté dans d'autres secteurs, un référentiel global (Falola et Ityavar 1992). Qu'il s'agisse d'indicateurs comme la mortalité maternelle qui s'est internationalisée dans les années quatre-vingt après la conférence de Nairobi, de notions, comme celle de facteurs de risque servant à catégoriser les populations, de normes, comme la participation communautaire, devenue un credo mondial des acteurs

locaux ou nationaux, et même d'actions, comme le programme élargi de vaccination ou la réduction des risques, tous ces éléments se subsumant sous la figure universalisante des soins de santé primaires, on voit bien que l'on a affaire à des schèmes produits par des communautés médicales, scientifiques et politiques au niveau international.

En troisième lieu, il est une dimension probablement plus fondamentale de cette globalisation : c'est la manière dont la santé devient partout objet de préoccupation des États, de négociations et de conflits entre des collectivités internationales, nationales ou locales, en somme objet d'un souci public ; à travers le gouvernement des corps et le consensus qu'il suscite, dès lors qu'il est possible de montrer qu'il s'agit de sauver ou de prolonger des vies, s'opère une véritable transformation de la subjectivité politique (Agamben 1997). On aurait tort d'y voir, comme certains le croient, une simple imposition de programmes par des instances extérieures, comme l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds international pour la santé de l'enfance ou la Banque mondiale. Il s'agit au contraire de l'expression partagée d'une reconnaissance de la santé comme principe de légitimité qui va, dans certains cas, jusqu'à faire apparaître la médecine humanitaire comme la seule intervention justifiable dans certains conflits armés, voire des guerres génocidaires.

Pour autant l'idée de la globalisation, dans le domaine de la santé comme dans les autres, doit être relativisée pour au moins trois ordres de raisons.

D'abord, le phénomène n'est pas entièrement nouveau ; une prospection historique de longue durée montre au contraire que ces évolutions sont engagées depuis plusieurs siècles avec le développement d'économies-monde, puis d'une colonisation qui n'impliquaient pas que des transferts d'hommes et de richesses, mais avaient également des effets sur les conditions de santé et les modèles sanitaires. Ce qu'un travail plus fin doit réaliser, c'est l'identification des continuités historiques (celle, par exemple, des structures idéologiques servant à penser la santé publique, telles que la référence au progrès et au bien-être ou l'opposition binaire entre universalisme et particularisme, depuis la médecine coloniale jusqu'à la santé des immigrés) et, au contraire, des discontinuités historiques (ainsi, dans le tiers monde, le remplacement d'une tutelle coloniale imposant un ordre sanitaire par une conditionnalité financière des bailleurs de fonds orientant les politiques de santé).

Ensuite, la globalisation n'a de sens que si elle est comprise comme un processus asymétrique, inégalitaire et différencié. Asymétrique dans ses rapports de pouvoir et, sans vouloir ressusciter les théories de la dépendance et l'opposition centre-périphérie, on ne peut que se rendre à l'évidence d'une division internationale des valeurs et des positions. Inégalitaire dans la production des déterminants de la santé et, à cet égard, les décisions économiques qui retiennent sur les niveaux de vie, et donc les indicateurs sanitaires, sont de plus en plus prises à un niveau supranational. Différencié dans la circulation des modèles, et si l'on a notamment prétendu à l'universalité des soins de santé primaires, valables au Nord comme au Sud, on n'en a pas moins développé très vite des stratégies spécifiques pour l'Afrique, programmes verticaux plutôt qu'horizontaux, Initiative de Bamako pour l'autofinancement des soins et Conférence de Harare pour l'organisation des districts sanitaires, toutes orientations qui n'ont pas d'équivalents dans les pays riches.

Enfin, la globalisation ne signifie pas l'assimilation pure et simple des mêmes diagnostics et des mêmes recettes. Comme on l'a montré pour d'autres domaines, on assiste à un double processus, d'une part, d'appropriation, voire de détournement, des logiques globales (c'est le cas par exemple avec les politiques du médicament dont le libéralisme effréné a favorisé le développement d'un marché illicite mais prospère), et d'autre part, d'innovation et de création (dont l'une des illustrations les plus démonstratives est l'invention, en réponse aux sollicitations des organisations internationales, d'une nouvelle entité : les tradipraticiens, ce néologisme traduisant bien une réalité inédite bien éloignée sociologiquement de celle des guérisseurs dont ils sont censés être les équivalents). Il ne s'agit donc pas de se laisser prendre à l'illusion d'une fausse universalisation.

Les savoirs de l'anthropologie médicale

De cette évolution et des réflexions qu'elle suscite, l'anthropologie médicale n'a probablement pas pris toute la mesure. En limitant volontiers leurs objets à la maladie et aux médecines, en se concentrant plutôt sur les représentations et les thérapeutiques dites traditionnelles, en restreignant souvent leurs terrains aux unités locales les plus homogènes, voire les plus isolées, et en tendant à

penser au singulier ceux qu'ils étudiaient, les anthropologues médicaux n'ont guère été attentifs, au moins jusqu'à une période récente, aux changements dont ils étaient à la fois témoins et partie prenante. Si l'ethnomédecine et l'ethnopharmacologie, pour ne citer que quelques-unes des spécialités qui ont éclos au sein de cette spécialisation, ont apporté des matériaux empiriques riches, elles l'ont fait, fidèles en cela aux ethnosciences, en recherchant les aspects supposés les plus culturellement authentiques des savoirs et des pratiques. Si l'anthropologie clinique nord-américaine, pour se limiter à la plus influente des écoles de pensée en cette matière, a permis de mieux appréhender la diversité des représentations de la maladie et la pluralité des réponses thérapeutiques, elle l'a longtemps fait en laissant peu de place à une lecture critique des enjeux politiques autour de la santé. Au risque de forcer le trait, on pourrait dire que l'anthropologie médicale a souvent mis en exergue la part la plus classique, sinon la plus conservatrice, de l'anthropologie, comme si les sujets dont elle traitait — la maladie, la mort, les guérisseurs, les rituels thérapeutiques — la tiraient vers la tradition, l'exotisme, le culturalisme, parfois même le mysticisme, et quoi qu'il en soit, vers les dimensions les plus localement ancrées et les plus immuablement établies.

Ce propos trop général mériterait d'être affiné et je m'y suis essayé ailleurs. Que ce soit au nom d'une anthropologie de la maladie récusant l'autonomisation d'une sous-discipline médicale (Augé 1988), au nom d'une histoire de la médecine coloniale apportant une double dimension diachronique et critique (Packard 1990), au nom d'une économie politique de la santé reliant les faits sanitaires aux rapports internationaux de pouvoir (Farmer 1992) — et avec donc des inflexions fort différentes en fonction des traditions scientifiques nationales — nombre de chercheurs se sont efforcés, surtout dans les années quatre-vingt-dix, de dépasser les limites du projet initial de l'anthropologie médicale. Ainsi, dans la littérature nord-américaine, la multiplication des recherches s'inscrivant dans des courants critiques (Lock et Scheper-Hughes 1990) ou dans des perspectives internationales (Chen, Kleinman and Ware 1994) témoignent de cet effort.

Historiquement, cependant, l'anthropologie médicale s'est appuyée, pour se constituer et se développer, sur des relations privilégiées avec la médecine clinique et, plus encore en ce qui concerne les pays en développement, avec la santé publique. Dans le

dialogue engagé avec les intervenants et les décideurs dans le domaine sanitaire, elle s'est ainsi souvent trouvée, depuis les travaux pionniers de Benjamin Paul (1955), dans la position d'une discipline appliquée. Si elle a ainsi gagné une certaine légitimité du côté des sciences médicales, elle n'a pas toujours su conserver la liberté critique que suppose le travail anthropologique. Ainsi, lorsque les anthropologues ont été invités à travailler avec les responsables sanitaires ou se sont invités eux-mêmes à la table de la santé publique, que ce soit dans les pays industrialisés ou en développement, ils se sont trouvés confrontés à un ensemble de contradictions et d'aporées dont les travaux sur le sida donnent une illustration particulièrement éclairante.

Au fond, les conditions de l'application des sciences sociales à la santé sont assez semblables à celles constatées dans les autres domaines (Baré 1995). Premièrement, la position des chercheurs apparaît généralement comme secondaire à l'intérieur de la recherche (ainsi, dans les enquêtes épidémiologiques, on demande aux anthropologues de rédiger certaines questions du questionnaire) comme de l'action (par exemple, dans un programme préventif, on les sollicite pour expliquer les obstacles opposés par la population à sa mise en œuvre). Deuxièmement, les problématiques sont définies par les médecins, épidémiologistes ou décideurs, qui le font en fonction de ce qu'ils comprennent et de ce qu'ils imaginent que les anthropologues ont à dire (on ne s'étonnera donc pas que ces problématiques soient fréquemment de nature culturaliste). Troisièmement, les méthodes sont adaptées à la demande, ce qui a conduit notamment ces dernières années à la multiplication de techniques à grande vitesse (TGV, qui pourraient servir de traduction approximative des RAP, *rapid assessment procedures*). Quatrièmement, les implications éthiques d'une telle situation ne sont guère prises en considération dans ce type de recherche appliquée (l'utilité sociale en est tellement évidente qu'elle discrédite par avance toute critique, à laquelle on rétorque que cette recherche est censée se faire pour le bien des populations).

Bien sûr, là encore, il faudrait relativiser le jugement, faire état des exceptions, indiquer les mises en garde depuis longtemps multipliées sur ces enjeux. Des réflexions ont été menées, en France (Benoist 1992) et en Amérique du Nord (Hahn 1999). Des alternatives ont été proposées en termes d'engagement (Dozon 1997). Dans le domaine du sida, déjà évoqué, la maturation des travaux des

anthropologues a ainsi conduit à des modalités diverses, supposant soit une distance critique conduisant à la remise en cause des catégories et des présupposés de la santé publique (Dozon et Fassin 1989, Packard et Epstein 1992), soit une implication raisonnée favorisant une collaboration prudente avec elle (Vidal 1996, Desclaux 1996). Les deux options semblent nécessaires et aussi différentes soient-elles, non contradictoires. Elles procèdent d'une nécessaire réflexion sur les positions que l'anthropologie doit défendre, pour des raisons tant scientifiques que politiques.

Six propositions pour une anthropologie de la santé

Ces constats étant faits, à la fois sur la globalisation de la santé et sur les problèmes qu'elle pose à l'anthropologie, quelles conséquences en tirer pour la recherche ? Conscient que nombre de travaux sont engagés aujourd'hui sur des voies convergentes avec les orientations données ici, je ferai six propositions visant à donner aux sciences sociales un programme qui soit cohérent avec ces observations, autrement dit qui s'efforce d'appréhender les défis des sociétés contemporaines et de renouer, *dans l'analyse des systèmes et des politiques de santé*, avec l'ambition d'une anthropologie sociale.

1. L'objet de l'anthropologie doit être défini aussi en termes de *santé* et non seulement se restreindre à la maladie ou la médecine. Il ne faut pas prendre le mot santé dans l'acception substantialiste que lui donnent les médecins et même beaucoup de philosophes (bonne ou mauvaise santé), mais bien dans une perspective constructiviste qui en fait un objet socialement élaboré et dont les limites mouvantes sont elles-mêmes en débat ; au fond c'est la santé à la fois comme enjeu de société et comme analyseur du social. Il nous faut en particulier nous interroger sur la manière dont les sociétés contemporaines en étendent indéfiniment le domaine, incluant dans les politiques de santé publique les conduites déviantes, les pratiques addictives, la violence domestique, la maltraitance des enfants et même la pauvreté. Plutôt que d'y voir une forme de pathologisation des problèmes sociaux, l'anthropologie aurait intérêt à essayer de comprendre ce qui fait de plus en plus souvent de la santé le dernier langage social. Autrement dit : quel consensus fonde-t-elle, et à quel prix ?

2. La santé doit être appréhendée pleinement dans sa dimension *politique*, non seulement au sens des politiques de santé (*health policies*) mais au sens plus vaste de politiques de la santé (*politics of health*), domaine qui inclut l'incorporation des inégalités et la protection sociale des malades, les réseaux de pouvoir autour de la médecine et la participation populaire à la santé, mais également les processus de subjectivation par lesquels le rapport au corps se constitue comme objet légitime du gouvernement. L'étude de la santé nous conduit ainsi à travailler sur la justice sociale, la citoyenneté et même à interroger plus fondamentalement ce mode de gestion des populations consistant en une imposition de normes et de disciplines au nom de la santé.
3. Cette approche justifie pleinement que l'anthropologie travaille plus étroitement avec les *disciplines* voisines que sont, outre la sociologie évidemment, l'histoire, la géographie et la science politique. Certes l'interdisciplinarité a montré ses difficultés et ses limites, mais des emprunts et des enrichissements mutuels sont assurément heuristiques. On peut penser, par exemple, à la manière dont il est possible de tirer partie de leurs analyses sur le pouvoir médical et les organisations sanitaires, sur la spatialisation de la santé et la gouvernance urbaine.
4. L'analyse doit se situer dans une perspective globale en essayant de relier les situations localement observées aux scènes nationales et internationales de production des déterminants et de constitution des modèles. L'étude de l'influence de la division internationale du travail et des richesses sur la santé et du rôle des institutions internationales et des organisations non gouvernementales dans la définition des normes et des valeurs, doit avoir sa place dans les travaux ethnographiques.
5. Les échanges doivent être renforcés et nourris entre recherches faites au Nord et au Sud, dans les banlieues des nations riches et dans les villes des pays pauvres, ce qui est, au fond, au cœur de tout projet anthropologique, mais qui, dans le domaine de la santé, a bien peu été mis en œuvre, alors qu'il serait intéressant d'établir des parallèles, voire des comparaisons, entre, par exemple, participation dite communautaire ici et là-bas, entre

politiques locales de santé en Europe et en Amérique latine, entre la culturalisation de l'Autre dans les programmes de lutte contre le sida, en France et en Afrique.

6. La collaboration avec les autres intervenants, professionnels et décideurs doit enfin donner lieu à un autre mode de relation entre recherche et action que ce qui a le plus souvent été développé sous l'appellation d'anthropologie appliquée. Il faut rappeler que l'utilité des sciences sociales réside assurément plus dans la démarche critique qu'elle engage que dans la fonction subalterne qu'elle s'est souvent laissé imposer dans ce domaine. C'est en reformulant les questions posées par les médecins et les décideurs, en inversant la perspective pour se situer du côté des publics, des usagers ou des malades, en mettant en œuvre ses propres problématiques et méthodes, qu'elle pourra contribuer à la production scientifique, tout en pouvant prétendre, modestement et lucidement, à une certaine pertinence par rapport aux priorités de santé et aux questions de société.

Références bibliographiques

- Agamben G.
1997 *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Seuil.
- Appadurai A.
1996 *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Assayag J.
1998 La culture comme fait social global ? Anthropologie et (post)modernité, *L'Homme* 148 : 201-224.
- Augé M.
1988 L'anthropologie de la maladie, *L'Homme* 26 (1-2) : 81-90.
- Baré J.F. éd.
1995 *Les applications de l'anthropologie*, Paris, Karthala.
- Benoist J. éd.
1992 *Où en est l'anthropologie médicale appliquée ?*, Toulouse, AMADES.

- Bourdieu P. et L. Wacquant
1998 Les ruses de la raison impérialiste, *Actes de la recherche en sciences sociales* 121-122 : 109-128.
- Chen L.C. A. Kleinman et N. Ware éd.s.
1994 *Health and Social Change. An International Perspective*, Cambridge, Harvard University Press.
- Desclaux A.
1996 « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? », in : J. Benoist et A. Desclaux (éd.s.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, p. 267-281.
- Dozon J.-P.
1997 « L'anthropologie à l'épreuve de l'implication et de la réflexion éthique », in : M. Agier (éd.), *Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain*, Paris, Jean-Michel Place, p. 109-121.
- Dozon J.-P. et D. Fassin
1998 Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique, *Sciences Sociales et Santé* 7 : 21-36.
- Falola T. et D. Ityavyar
1992 *The Political Economy of Health in Africa*, Athens, Ohio University.
- Farmer P.
1992 *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, University of California Press.
- Fassin D.
1996 *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France.
1997 L'internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme, *Esprit* 229 : 83-105.
1999 *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
sous presse Politiques du vivant et politiques de la vie. Éléments pour une anthropologie de la santé, *Anthropologie et Sociétés*, numéro spécial : L'anthropologie au XXI^e siècle.
- Fassin D. (éd.)
1998 *Les figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.

- Feierman S. et J. Janzen
1992 *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, University of California Press.
- Geertz C.
1987 *Local Knowledge*, New York, Basic Books.
- Geschiere P., et B. Meyer B
1998 Globalization and Identity : Dialectics of Flow and Closure, *Development and Change* 29 : 601-615.
- Hahn R.A. (éd.)
1999 *Anthropology in Public Health. Bridging Differences in Culture and Society*, Oxford, Oxford University Press.
- Kearney M.
1995, The Local and the Global : The Anthropology of Globalization and Transnationalism, *Annual Review of Anthropology* 24 : 547-565.
- Lock M. et N. Scheper-Hughes
1990 « A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology : Rituals and Routines of Discipline and Dissent », in : T. M. Johnson et C. F. Sargent (éds.), *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*, New York, Greenwood Press, p. 47-72.

- McLuhan M. et R.B. Powers
1989 *The Global Village. Transformations in World, Life, and Media in the 21st Century*, Oxford University Press, New York.
- Packard R.
1990 *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*, Berkeley, University of California Press.
- Paul B.D.
1955 *Health, Culture and Community: Case Studies Of Public Reactions to Health Programs*, New York, Russell Sage Foundation.
- Sassen S.
1991 *The Global City. New York, London, Tokyo*, Princeton University Press, Princeton.
- Sen A.
1996 *Inequality Reexamined*, Cambridge, Harvard University Press.
- Vidal L.
1996 *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.