

LE DOSSIER

Global health : *et la santé ?*

COORDONNÉ PAR CARINE BAXERRES ET FRED EBOKO

INTRODUCTION AU THÈME

POLITIQUES, ACTEURS ET DYNAMIQUES À L'ÈRE DE LA GLOBAL HEALTH

Le dernier numéro de *Politique africaine* sur la santé date de décembre 1987¹. Ce dossier vise à combler ce vide de plus de 30 ans et à rendre compte des changements considérables intervenus récemment dans l'univers de la santé publique en Afrique. La configuration des politiques de santé sur le continent a en effet connu une mutation profonde au cours des trois décennies qui séparent ces deux dossiers thématiques. Cette évolution constitue la base empirique de ce dossier. Chacun des cinq articles de ce volume illustre les ruptures opérées par la globalisation des politiques de santé, à partir de l'étude d'une question spécifique : la couverture santé universelle à travers le numérique, le « financement basé sur les résultats » (FBR), la prise en charge du diabète, l'accès universel aux traitements antirétroviraux et l'approvisionnement en médicaments antipaludiques. Entre césure et continuité, logiques et contradictions, la *Global Health*² est soumise à l'épreuve des faits dans ce dossier et dans cette introduction. Nous proposons dans un premier temps de revenir sur l'historique des changements qui ont accompagné ces évolutions, puis nous soulignerons trois articulations principales qui permettent, de notre point de vue, d'analyser ces mutations : les idéologies à partir desquelles la *Global Health* se déploie, la dynamique du « retour de l'État en Afrique » au début de ce XXI^e siècle et les marchés qui accompagnent ces nouvelles politiques.

1. D. Fassin et E. Le Bris (dir.), « Politiques de santé », *Politique africaine*, n° 28, 1987.

2. Dans ce texte, ainsi que dans l'intitulé de ce dossier thématique, nous avons choisi d'utiliser l'anglais pour cette expression pour souligner l'influence profondément anglo-saxonne de cette nouvelle ère de la santé publique que nous connaissons depuis le début des années 2000 à l'échelle de la planète.

LE TOURNANT VERS LA GLOBAL HEALTH AU DÉBUT DES ANNÉES 2000

Une question centrale constitue le socle des modifications successives qui s'opèrent dans le champ de la santé depuis la fin des années 1990: la pandémie du sida. Le choc épidémiologique et le bilan humain provoqués par cette pathologie en Afrique subsaharienne ont amené une riposte internationale dont le début des années 2000 constitue un tournant majeur³. La création en 2002 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ci-après Fonds mondial) sous l'impulsion du secrétaire général des Nations unies, Kofi Annan, représente ainsi le symbole de cette mutation. Ce nouvel acteur transnational dans le champ de la santé publique internationale est généralement décrit comme une des illustrations majeures du passage à l'ère de la *Global Health*⁴. En effet, celle-ci est intimement associée à l'émergence de nouvelles institutions, de nouveaux acteurs, telles que les fondations philanthropiques incarnées par la Bill and Melinda Gates Foundation, et de nouvelles formes d'interventions sous l'égide des partenariats publics-privés⁵. L'accroissement considérable des ressources mises en jeu est également un élément important de ces changements. Entre 2002 et 2018, le Fonds mondial a investi 27 milliards de dollars américains (23 milliards d'euros) dans la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose⁶. Le budget annuel de la Gates Foundation est pour sa part supérieur à celui de l'OMS (Organisation mondiale de la santé)⁷. Au-delà des questions financières, et en lien avec les acteurs impliqués, c'est la définition de nouvelles priorités pour les politiques de santé qui est à l'œuvre dans la *Global Health*. «La santé globale peut être entendue comme le résultat de l'influence permanente et réciproque entre les

3. F. Eboko, *Repenser l'action publique en Afrique: du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 2015; V.-K. Nguyen, «La santé mondiale et l'éradication du sida», in M. Wieviorka, L. Lévi-Strauss et G. Lieppe (dir.), *Penser global. Internationalisation et globalisation des sciences humaines et sociales*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2014, p. 211-217.

4. S. Tchiombiano, «Public Health, Private Approach: The Global Fund and the Involvement of Private Actors in Global Health» [en ligne], *Face à face. Regards sur la santé*, n° 15, 2019, <<https://journals.openedition.org/faceaface/1418>>, consulté le 3 mars 2020.

5. A. Guilbaud, *Business partners. Firmes privées et gouvernance mondiale de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. «Relations internationales»), 2015.

6. Source: <<https://www.theglobalfund.org/fr/impact/>>.

7. 5 milliards contre 4,4 milliards de dollars américains pour l'exercice 2016-2017 de l'OMS. Voir OMS, *Budget Programme 2016-2017*, Genève, OMS, 2015; L. Lejeune, «La Fondation Bill & Melinda Gates, une puissante machine humanitaire» [en ligne], *Challenges*, 26 juin 2015, <https://www.challenges.fr/challenges-soir/la-fondation-bill-melinda-gates-une-puissante-machine-humanitaire_77808>, consulté le 3 mars 2020. Bien entendu, l'influence de l'OMS s'appuie également sur la formulation de normes techniques et de recommandations; néanmoins, cette réalité financière est notable.

relations internationales et les problèmes de santé⁸. » Les acteurs de la santé publique définissent quant à eux la *Global Health* au regard de données épidémiologiques qu'ils considèrent comme relativement nouvelles. Le bureau exécutif des Universities for Global Health explique que « la croissance rapide de la vitesse des voyages et de la communication, ainsi que l'interdépendance économique de toutes les nations ont entraîné un degré nouveau et une rapidité nouvelle d'interconnexion globale ou de globalisation qui se répercutent sur la santé des populations partout sur la planète⁹ ». Cette nouvelle ère s'inscrit à la fois en prolongement et en rupture par rapport à celle de la « santé internationale » qui, associée à l'ordre mondial post-1945 et à la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), était conçue comme le traitement au niveau supranational ou multilatéral des questions de santé. La césure opérée au début des années 2000 ne concerne pas seulement la tutelle exercée en amont du processus décisionnel, mais une manière globale d'aborder les questions de santé. Cette dernière transcende effectivement les frontières, relie les humains et les espèces vivantes, au-delà des États, des continents, des régions, pour faire de tel ou tel problème de santé une question prétendument centrale pour l'ensemble de la planète – au nom en particulier d'impératifs sécuritaires et de valeurs humanitaires¹⁰.

Pour décrypter ces nouvelles réalités, les sciences sociales ont connu une progression exponentielle des publications sur la thématique de la *Global Health*¹¹. L'analyse que ces disciplines donnent des questions de santé en Afrique s'est d'ailleurs progressivement politisée depuis les années 1980, notamment dans le champ académique francophone. Le sillon avait été ouvert par l'anthropologie. Dans l'avant-propos du numéro de *Politique africaine*

8. C. Almeida, F. Eboko et J.-P. Moatti, « Global Health. What Are we Talking About? » [en ligne], *Face à face. Regards sur la santé*, n° 12, 2013, <<http://faceaface.revues.org/936>>, consulté le 3 mars 2020.

9. J. P. Koplan, T. C. Bond, M. H. Merson, K. S. Reddy, M. H. Rodriguez, N. K. Sewankambo et J. N. Wasserheit, « Towards a Common Definition of Global Health », *The Lancet*, vol. 373, n° 9679, 2009, p. 1994.

10. G. 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.

11. Voir notamment, pour n'en citer que quelques-unes, L. Atlani-Duault et L. Vidal (dir.), « La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale? », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013; C. Almeida et al., « Global Health... », art. cité; P. Farmer, J. Y. Kim, A. Kleinman et M. Basilio, *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley, University of California Press, 2013; J. Garay, L. Harris et J. Walsh, « Global Health: Evolution of the Definition, Use and Misuse of the Term » [en ligne], *Face à face. Regards sur la santé*, n° 12, 2013, <<http://faceaface.revues.org/745>>, consulté le 3 mars 2020; J. G. Biehl et A. Petryna (dir.), *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, Princeton, Princeton University Press, 2013; J. K. Leon, *The Rise of Global Health: The Evolution of Effective Collective Action*, New York, State University of New York, 2015; B. M. Meier et L. O. Gostin (dir.), *Human Rights in Global Health: Rights-Based Governance for a Globalizing World*, Oxford, Oxford University Press, 2018.

Global health : et la santé ?

de 1987, Didier Fassin ouvre le domaine de la santé aux questions politiques : « La santé est aussi, et d'abord, un objet politique au quotidien pour ceux qui y participent comme malades, thérapeutes ou décideurs¹². » Les sciences sociales du politique se joignent ainsi à l'anthropologie dans les années 1990, au départ principalement sur des problématiques liées au sida¹³. Ces chercheurs, au contraire de la définition donnée par la santé publique précisée ci-dessus, tendent à analyser la *Global Health* comme une « arène » dans laquelle différents acteurs interviennent en fonction de logiques et d'objectifs spécifiques, et où les enjeux de pouvoir et les questions économiques revêtent une importance singulière¹⁴.

En effet, de nouveaux acteurs et mécanismes financiers qui « échappent en partie aux frontières et aux injonctions des gouvernements¹⁵ » ont vu le jour. C'est le cas du Fonds mondial et de la Bill and Melinda Gates Foundation déjà présentés. Nous pouvons également citer l'initiative pour l'accès aux vaccins en 2000 (Gavi) et le mécanisme franco-brésilien Unitaid en 2006¹⁶. Ces nouveaux acteurs apparaissent aux côtés de plus anciens, tels que les organisations non gouvernementales (ONG) et les institutions bilatérales ou multilatérales, dont certaines ont également amplifié leurs actions au début des années 2000 : la Banque mondiale¹⁷, la coopération américaine, à travers ses programmes PEPFAR pour President's Emergency Plan for Aids Relief et PMI pour President's Malaria Initiative. Confrontée dans les années 1990

12. D. Fassin, « Avant-propos », *Politique africaine*, n° 28, 1987, p. 4.

13. Voir notamment J.-P. Dozon et D. Fassin, « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 1, 1989, p. 21-36; J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001; M.-E. Gruénais, K. Delaunay, F. Eboko et E. Gauvrit, « Le sida en Afrique, un objet politique ? » [en ligne], *Bulletin de l'Apad*, n° 17, 1999, <<https://journals.openedition.org/apad/476>>, consulté le 3 mars 2020; C. Raynaud, « Comment évaluer les politiques de lutte contre le sida en Afrique ? », in J.-F. Baré (dir.), *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 317-354; F. Eboko, « Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique », *Cahiers d'études africaines*, n° 178, 2005, p. 351-387.

14. C. Almeida et al., « Global Health... », art. cité; J. G. Biehl et A. Petryna (dir.), *When People Come First... , op. cit.*; V.-K. Nguyen, « Anthropology and Global Health », in T. Schrecker (dir.), *The Ashgate Research Companion to the Globalization of Health*, Farnham, Ashgate, 2012, p. 79-96; D. Fassin, « That Obscure Object of Global Health », in M. C. Inhorn et E. A. Wentzell (dir.), *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, Durham, Duke University Press, 2012, p. 95-115.

15. P. Lascoumes et P. Le Galès, « Introduction. L'action publique saisie par les instruments », in P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, p. 22.

16. D. Kerouedan et J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé mondiale. Enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2016; F. Eboko, « La lutte internationale contre le sida, chantier d'une gouvernance mondiale de la santé », *Questions internationales*, n° 43, 2010, p. 76-78.

17. T. M. Brown, M. Cueto et E. Fee, « The World Health Organization and the Transition from "International" to "Global" Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 1, 2006, p. 62-72.

à des difficultés budgétaires et institutionnelles, l'OMS se repositionne aussi à cette époque comme planificateur stratégique des initiatives dans le champ de la *Global Health*, coordonnant les partenariats multiples entre les différents types d'acteurs. Gro Harlem Brundtland, nommée directrice générale de l'OMS de 1998 à 2003, est le principal artisan de cette transition mise en place dans l'institution¹⁸. Les questions que suscitent ces dynamiques nouvelles se posent avec une acuité particulière dans le cas de l'Afrique en raison de la vulnérabilité économique de la majorité des pays et du pouvoir des acteurs transnationaux qui en découlent¹⁹. Les logiques de ces acteurs, les idéologies qui les animent, ainsi que les relations qu'ils entretiennent entre eux et avec les acteurs nationaux des pays d'Afrique où ils interviennent deviennent alors des objets de recherche pour les sciences sociales.

Il n'est pas question ici de remettre en cause la réalité des progrès obtenus sur certaines questions sanitaires. La création du Fonds mondial a provoqué une série d'avancées incontestables dans la prise en charge et la prévention du VIH/sida, et à sa suite de la tuberculose et du paludisme²⁰. Cette institution estime avoir sauvé 22 millions de vies, dont près de 70 % en Afrique où la mortalité associée au sida aurait diminué de 30 % dès la première décennie d'existence du Fonds²¹. La prévalence de cette pathologie a baissé dans 22 pays d'Afrique subsaharienne entre 2000 et 2010 et le nombre de personnes placées sous traitement antirétroviral (ARV) a connu une progression importante. Des avancées significatives ont également été constatées en matière de mortalité palustre, même si elles semblent avoir atteint un plateau depuis 2015²². La nouvelle gouvernance mondiale de la santé à l'ère de la *Global Health* a sans nul doute des effets positifs en Afrique. Mais il s'agit pour nous d'analyser la reconfiguration de ce monde de la santé publique depuis le début des années 2000 et de souligner, au-delà des avancées sanitaires, les enjeux politiques et idéologiques que cette reconfiguration génère, les apories qui

18. *Ibid.*; M. Cueto, « A Return to the Magic Bullet? Malaria and Global Health in the Twenty-First Century », in J. G. Biehl et A. Petryna (dir.), *When People Come First...*, *op. cit.*, p. 30-53; F. Eboko, *Repenser l'action publique...*, *op. cit.*

19. F. Eboko, *Repenser l'action publique...*, *op. cit.* Par commodité d'écriture, dans ce texte, nous utilisons l'expression « acteurs transnationaux » pour associer les différents types d'acteurs extranationaux qui interviennent aujourd'hui en Afrique sur des questions de santé publique : les institutions bilatérales (les différents services de coopérations) et multilatérales (Banque mondiale, Fonds mondial), les ONG, les fondations et les partenariats public-privé.

20. D. Kerouedan et J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé mondiale...*, *op. cit.*; F. Eboko, « Background and Evolution of an International Solidarity Instrument » [en ligne], *Face à face. Regards sur la santé*, n° 15, 2019, <<https://journals.openedition.org/faceface/1438>>, consulté le 3 mars 2020.

21. <<https://www.theglobalfund.org/fr/impact/>>, consulté le 3 mars 2020.

22. World Health Organization, *World Malaria Report 2019*, Genève, World Health Organization, 2019.

Global health : et la santé ?

apparaissent et les limites de ces politiques de santé²³, tout en redonnant une place à d'autres acteurs clefs tels que les États et les « communautés épistémiques²⁴ ». C'est ce que nous développons ci-dessous à travers trois éléments d'analyse. Partant du champ de la *Global Health* tel qu'il se développe depuis le début des années 2000, notre propos dans cette introduction fait une place importante aux politiques de santé orientées vers les maladies infectieuses et transmissibles. Néanmoins, ce champ est loin d'être statique et, au-delà de ces premiers thèmes, il s'intéresse progressivement – même si c'est de manière très variable – à d'autres questions et dispositifs de santé, tel que celui de la couverture santé universelle (CSU), largement mis en avant actuellement²⁵. Ainsi, les trois éléments d'analyse que nous proposons ci-dessous nous semblent pertinents, au-delà des infections transmissibles²⁶, pour interroger les différentes politiques de santé promues actuellement par les acteurs de la *Global Health*.

IDÉOLOGIES ET OUTILS DE LA GLOBAL HEALTH : PROGRAMMES VERTICAUX, SOLUTIONS TECHNIQUES ET NEW PUBLIC MANAGEMENT

Les progrès indéniables mentionnés précédemment sur les maladies auxquelles le Fonds mondial est dédié ont provoqué des débats contradictoires et riches. Globalement, la critique a mis en avant le fait que les programmes « verticaux », c'est-à-dire ciblés sur une maladie ou un service, ayant généralement un mode de gouvernance propre et des infrastructures spécifiques

23. Ce dossier se situe ainsi dans le prolongement des analyses et des travaux portant depuis près de trois décennies sur les projets de développement en Afrique (effets pervers, détournement, dysfonctionnement). Voir J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, 1995, et plus récemment, T. De Herdt et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa: The Game of the Rules*, Londres, Routledge, 2015; D. Darbon, « Des administrations africaines paradoxales : entre pratiques locales plurales et régimes d'aide incertains », *Quaderni*, n° 87, 2015, p. 37-50.

24. Au sens strict de Peter M. Haas, à savoir une communauté d'experts qui convertissent leurs connaissances en action publique. Voir P. M. Haas, « Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, vol. 46, n° 1, 1992, p. 1-35.

25. Voir J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, 2014; C. Deville, F. Fecher et M. Poncelet, « L'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) au Bénin : processus d'élaboration et défis de mise en œuvre », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2018, p. 107-123.

26. À l'heure où nous écrivons cette introduction, la crise du coronavirus vient néanmoins souligner, s'il en était besoin, que la *Global Health* est loin d'en avoir fini avec les épidémies et les maladies transmissibles.

et étant « financés, gérés, prestés et contrôlés verticalement²⁷ », ont pénalisé les politiques dites « intégrées », dont le financement, l'organisation et la gestion sont « intégrés » au système de santé dans son ensemble. Cette thèse souligne ainsi que les programmes verticaux ont déséquilibré les systèmes de santé²⁸. Ces confrontations entre experts ont donné lieu à de nombreux travaux et, *in fine*, à un groupe de travail au sein de l'OMS, autour de l'impact des « *Global Health Initiatives* » (GHI) au tournant des années 2000. Ce groupe, formé de chercheurs venus du Nord et du Sud, a résumé l'essentiel de l'antithèse par le fait que :

« Quoique variable, l'impact des programmes ciblés sur les trois pandémies s'est avéré plutôt positif dans l'ensemble, et a notamment permis d'attirer l'attention sur les déficiences des systèmes de santé des pays concernés²⁹. »

Le texte de Jessica Martini, Annick Tijou Traoré et Céline Maheu témoigne de l'acuité d'une partie des critiques concernant les maladies non transmissibles, en marge des priorités de la *Global Health*. La question du diabète au Mali montre des acteurs associatifs engagés dans la prise en charge des patients sans que cet engagement soit de nature à réduire les lenteurs et les limites de la réponse politique à cette pathologie. En analysant la configuration des acteurs en présence, l'impression de « solitude » des acteurs associatifs et des professionnels de santé mobilisés met en exergue, par contraste, la force des programmes bâtis selon les modalités de la *Global Health*, c'est-à-dire impliquant des acteurs transnationaux et des financements importants se positionnant principalement, jusqu'à présent, sur quelques maladies infectieuses et transmissibles. De nombreux exemples existent pour décrire

27. R. A. Atun, S. Bennett et A. Duran, *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé?*, Copenhague, OMS/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008.

28. Voir R. M. Packard, *A History of Global Health: Interventions into the Lives of other Peoples*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2016; V. Ridde et J.-P. Olivier de Sardan, « The Implementation of Public Health Interventions in Africa: A Neglected Strategic Theme », *Médecine et santé tropicales*, vol. 27, n° 1, 2017, p. 6-9. La faiblesse des systèmes de santé à l'ère de la *Global Health* est apparue très nettement au moment de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2015, dans certains pays plus que dans d'autres toutefois. Voir D. A. Patterson, « Le virus Ebola : un révélateur d'inégalités biomédicales et une intervention internationale hétérogène » [en ligne], *Anthropologie et santé*, n° 11, 2015, <<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1914>>, consulté le 4 mars 2020; E. N'koué Sambieni, N. Danko et V. Ridde, « La Fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire » [en ligne], *Anthropologie et santé*, n° 11, 2015, <<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1772>>, consulté le 4 mars 2020.

29. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, « An Assessment of Interactions between Global Health Initiatives and Country Health Systems », *The Lancet*, vol. 273, n° 9681, 2009, p. 2138.

Global health : *et la santé ?*

l'effet de marginalisation que cela induit pour des maladies dont la réponse n'implique pas un mouvement transnational de grande ampleur, malgré les connaissances, les innovations pharmaceutiques et thérapeutiques. C'est le cas notamment des hépatites comme des maladies cardio-vasculaires, dont les prévalences sont connues autant que les outils diagnostiques et thérapeutiques³⁰. Dans le foisonnement d'initiatives de la première décennie des années 2000, les maladies non transmissibles, comme le diabète dont traitent les trois auteures dans le cas malien, et des maladies transmissibles, comme les hépatites, ont incarné une sorte de ventre mou de la *Global Health*. En effet, elles se sont vues attribuer une portion congrue par rapport aux trois maladies les plus létales (sida, paludisme, tuberculose), auxquelles des programmes mondiaux se consacrent, et aux « maladies tropicales oubliées » (les « *neglected diseases* ») inscrites à l'ordre du jour de la *Global Health*, même si c'est de façon moins importante³¹. Comme précisé précédemment, la *Global Health* tend aujourd'hui à investir des questions de santé allant au-delà des maladies infectieuses transmissibles en lien avec des enjeux apparaissant comme majeurs à l'échelle de la planète et très médiatisés³². Nous avons cité la couverture santé universelle, c'est aussi le cas des antibiorésistances, et plus largement des questions environnementales au travers de ce qu'il est convenu d'appeler l'approche « *One Health* »³³. Reste que les politiques développées dans ce champ restent largement conçues sur un mode vertical, impliquant des financements importants et laissant de côté d'autres questions de santé qui mériteraient néanmoins une attention certaine.

Au-delà de la question des programmes verticaux, deux autres aspects, que l'on pourrait dire constitutifs de l'idéologie de la *Global Health*, cristallisent les critiques des sciences sociales. Le premier, décrit parfois comme la politique du « *magic bullet* », consiste à mettre à disposition des populations des solutions techniques (moustiquaires, tests diagnostiques, outils de mesure, etc.), sous-entendues simples même si potentiellement coûteuses, et des médicaments,

30. F. Chabrol, « La longue éclipse des hépatites virales en Afrique. Ethnographie à l'hôpital à Yaoundé », *Émulations*, n° 27, 2018, p. 15-32; A. Bonny, M. Ngantcha, W. Scholtz, A. Chin, G. Nel, J.-B. Anzouan-Kacou, K. M. Karaye, A. Damasceno et T. C. Crawford, « Cardiac Arrhythmias in Africa: Epidemiology, Management, Challenges and Perspectives », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 73, n° 1, 2019, p. 100-109.

31. Voir le partenariat « improbable » né à l'ère de la *Global Health* entre l'ONG Médecins sans frontières (MSF) et les firmes pharmaceutiques (DNDi, Drugs for Neglected Diseases initiative – Initiative contre les maladies négligées), fondé en 2003 par MSF avec l'Institut Pasteur et quatre autres instituts de recherche au Brésil, en Inde, au Kenya et en Malaisie. Ce partenariat associe l'OMS, des universités, des firmes pharmaceutiques, des gouvernements et la « société civile » : <<https://www.dndi.org/about-dndi/>>.

32. Voir S. Boudia et E. Henry (dir.), *La mondialisation des risques. Une histoire politique et transnationale des risques sanitaires et environnementaux*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015.

33. Voir <<https://www.who.int/features/qa/one-health/en/>>, consulté en février 2020.

sans donner d'objectifs précis pour l'amélioration des systèmes de santé et un meilleur accès aux soins pour les individus³⁴. L'autre élément de ces politiques de santé régulièrement critiqué est sa tendance à promouvoir avant tout l'efficacité quantitativement attestée. En s'attaquant à la question du « FBR » (« financement basé sur les résultats ») à partir de l'exemple de la gratuité des soins dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant au Burundi, Jean-Benoît Falisse s'attaque à cet autre aspect de la *Global Health* critiqué par les sciences sociales. Il met en lumière des contraintes qu'imposent les institutions de la *Global Health* : « le pouvoir des procédures³⁵ ». Il propose ainsi une critique contextualisée du *New Public Management* des politiques de santé en Afrique, bien que, dans ce cas précis, il conduise plutôt à un succès. Ce mode de gestion, qui a consacré le transfert des pratiques du secteur privé vers le secteur public, constitue l'alpha et l'oméga des programmes de santé financés par les organisations internationales³⁶. Ce que décrit Jean-Benoît Falisse se situe entre l'imposition d'une norme de gestion et une idéologie de rationalisation des coûts et de l'efficacité. Cet article montre comment les faits relativisent le cadrage effectué par les procédures, dans la mesure où les personnels de santé articulent une partie de leur agenda aux visites de « suivi et évaluation », de telle sorte que soit pratiquement mise à nue la part de fantasme que recouvrent la nécessité de ces pratiques de gestion et leur véritable efficacité. Les travaux récents ou actuellement en cours sur la couverture santé universelle tendent à souligner ce même genre d'écueils³⁷.

Soulignant l'idéologie de la *Global Health*, les chercheurs en sciences sociales analysent ainsi de manière critique et ciblée ces programmes et ces stratégies de santé basés sur la « politique des solutions simples » fondées

34. Concernant les politiques de lutte contre le paludisme, voir M. Cueto, « A Return to the Magic Bullet... », art. cité ; C. Baxerres, E. Anago, A. Hémadou, A. Kpatchavi et J.-Y. Le Hesran, « Le paludisme à l'ère de la santé globale, entre retour des velléités d'élimination et permanence des bricolages populaires », in A. Desclaux, A. Diarra et S. Musso (dir.), *Guérir en Afrique : promesses et transformations. Anthropologie comparée*, Paris, L'Harmattan, sous presse.

35. S. Tchiombiano, O. Nay et F. Eboko, « Le pouvoir des procédures. Les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratiation : l'exemple du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et du centre », in E. Grégoire, J.-F. Kobiané et M.-F. Lange (dir.), *L'État réhabilité en Afrique. Réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale*, Paris, Karthala, 2018, p. 105-124.

36. C'est à partir de la fin des années 1970 que, pour pallier l'inefficacité des organisations publiques, les pays dits « développés » adoptent le *New Public Management* en matière de politiques publiques. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le FMI et la Banque mondiale le promeuvent ensuite à l'échelle globale. Voir E. Abord de Chatillon et C. Desmarais, « Le Nouveau management public est-il pathogène? », *Érudit*, vol. 16, n° 3, 2012, p. 10-24. Pour une critique du *New Public Management* appliqué aux politiques hospitalières en France, voir les travaux de Pierre-André Juven, *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, PUF, 2016.

37. J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde (dir.), *Une politique publique de santé... , op. cit.* ; C. Deville et al., « L'Assurance pour le renforcement du capital humain... », art. cité.

Global health : *et la santé ?*

sur les chiffres, les indicateurs de performance, de telle sorte que l'idée de mesurer, d'évaluer, devienne davantage une fin qu'un moyen. L'article de Jessica Martini, Annick Tijou Traoré et Céline Maheu permet de souligner encore cette critique pour le cas du diabète. La complexité de la maladie, ses implications sur la longue durée, l'accompagnement nécessairement qualitatif des changements de comportements des malades s'adaptent mal à la recherche de résultats mesurables sur le court terme. Comme le rappelle Jean-François Bayart, la santé n'a pas été le premier champ de mise en œuvre du *New Public Management* en Afrique. Elle en est devenue un terrain d'élection après d'autres domaines d'activité, suite aux programmes ajustements structurels (PAS)³⁸.

LE RETOUR DE L'ÉTAT EN AFRIQUE : LES ÉTATS FACE À LA GLOBAL HEALTH

Les analyses de la *Global Health* ont eu tendance à considérer les États africains comme étant de « faibles capacités » (« *low capacity states*³⁹ »), comme des acteurs ayant une « l'adhésion passive⁴⁰ » aux recommandations internationales. Ils n'interrogent généralement pas en profondeur le rôle des États, ni l'impact des actions entreprises sur les sociétés, comme le soulignent certains chercheurs⁴¹. Pour autant, la manière dont les différents États s'impliquent dans l'écheveau de partenaires qui accompagnent l'aide dessine des trajectoires qui ont trait à l'historicité et aux caractéristiques propres de chaque État⁴². Les travaux en sciences sociales du politique ont contribué à souligner les spécificités et les singularités des différents États africains⁴³, ce que se propose de prolonger ce dossier thématique en décryptant une diversité de situations qui questionnent la « poly-gouvernance » de l'action publique en Afrique. Il en a été question précédemment avec le texte de Jean-Benoît Falisse et celui de Jessica Martini, Annick Tijou Traoré et Céline Maheu.

38. J.-F. Bayart, « Moment d'historicité et situation historique en Afrique subsaharienne », *Revue française de science politique*, vol. 66, n° 3-4, 2016, p. 557 ; J.-F. Bayart, I. Poudiouyou et G. Zanoletti, *L'État de distorsion en Afrique de l'Ouest. Des empires à la nation*, Paris, Karthala, 2019, p. 49-53.

39. A. Lakoff, « Two Regimes of Global Health », *Humanity*, vol. 1, n° 1, 2010, p. 64.

40. F. Eboko, *Repenser l'action publique...*, *op. cit.*, p. 139.

41. L. Atlani-Duault et L. Vidal, « Le moment de la santé globale. Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013, p. 7-16 ; J. Pourraz, *Réguler et produire les médicaments contre le paludisme au Ghana et au Bénin : une affaire d'État ? Politiques pharmaceutiques, normes de qualité et marchés de médicaments*, Thèse de doctorat, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2019.

42. Voir le passage intitulé « L'État rhizome : réseaux et intégration politique » dans J.-F. Bayart, *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 1989, p. 270-280.

43. Voir T. Dahou et V. Foucher (dir.), « Le retour du politique », *Cahiers d'études africaines*, n° 178, 2005 ; E. Grégoire et al., *L'État réhabilité en Afrique...*, *op. cit.*

Les articles de Charlotte Pelletan et de Jessica Pourraz en sont aussi, sur des objets relativement proches (régulation étatique des productions pharmaceutiques locales), une très bonne illustration. Ces auteures analysent, sous des angles différents, la confrontation entre des normes globales et l'histoire des politiques industrielles nationales, dans un cas en Afrique du Sud et dans l'autre au Ghana. Les arènes d'acteurs qu'elles décrivent présentent des situations rarement soulignées dans le champ de la santé en Afrique, dans lesquelles des antécédents politiques, économiques et infrastructurels provoquent des collisions avec la standardisation des normes prescrites au niveau international (Jessica Pourraz au Ghana) ou avec la volonté de régulation par l'État de l'écheveau que constituent les entreprises pharmaceutiques (Charlotte Pelletan en Afrique du Sud). Dans ce dernier pays, malgré les polémiques générées par les déclarations iconoclastes des chefs d'État successifs de l'ère post-Mandela.

En effet, le président Mandela s'était de son propre aveu moins engagé sur la cause du sida qu'il ne l'aurait souhaité et ses successeurs n'ont pas toujours eu des propos très heureux sur cette question⁴⁴. En revanche, l'acuité de la réponse des acteurs industriels sud-africains est frappante face à la volonté de régulation imposée par ce que Charlotte Pelletan nomme ici « *le soft power* » des pouvoirs publics. L'Afrique du Sud témoigne de la complexité du lien entre les indicateurs de santé et les différentes variables qui fondent les équilibres des pays : économiques, sociaux, politiques. S'il est entendu que la République sud-africaine (RSA) est le pays du monde qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, Charlotte Pelletan montre comment s'est opérée la réponse industrielle, unique en Afrique, qu'a opposée la RSA au sida. Cette riposte sud-africaine s'appuie sur un tissu économique rare en Afrique, grâce auquel ce pays représente aujourd'hui, avec le Botswana, la plus grande proportion de personnes séropositives sous traitement antirétroviral (les trithérapies). Au Ghana, Jessica Pourraz montre comment l'État, malgré un soutien fort au tissu pharmaceutique industriel dès l'indépendance, se confronte aux politiques de la *Global Health* favorisant l'importation de médicaments aux dépens de sa propre industrie. Normes de qualité et fonctionnement gestionnaire des programmes transnationaux ont

44. Le président Thabo Mbeki avait remis en cause le lien entre le VIH et le sida en avril 2000. Voir D. Fassin, « Le sida comme cause politique », *Les temps modernes*, n° 620-621, 2002, p. 312-331. Le successeur de T. Mbeki, Jacob Zuma, avait déclaré qu'il avait pris une douche après avoir eu une relation sexuelle pour diminuer le risque d'être infecté suite à un procès qui l'opposait à une jeune femme séropositive qui l'accusait de viol en 2006, du temps où il était vice-président. Voir A. Barbier, « Afrique du Sud : les casseroles judiciaires de Jacob Zuma » [en ligne], *Le Monde Afrique*, 15 février 2018, <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/02/15/justice-sud-africaine-les-casseroles-de-jacob-zuma_5257591_3212.html>, consulté le 4 mars 2020.

Global health : *et la santé ?*

raison des intérêts économiques et industriels nationaux. Néanmoins, dans ce jeu inégalitaire mais dynamique, les marges de manœuvre de l'État sont réelles et celui-ci tente *in fine*, à travers d'autres alliances et partenariats, de renforcer autrement sa production pharmaceutique.

Lorsque les programmes d'ajustement structurel (PAS) se sont achevés à la fin des années 1990, un faisceau d'acteurs transnationaux s'est regroupé aux côtés des États autour des différents domaines de l'action publique⁴⁵. Suivant les enjeux, les secteurs et les circonstances historiques, le curseur de cette action publique se déplace et il faut, pour les États, chercher la combinaison de relations la plus pertinente pour chaque politique publique. Les acteurs de la *Global Health* se convainquent que ce secteur est « la » priorité pendant que les sciences sociales du politique remettent en perspective l'ensemble des enjeux auxquels les pouvoirs politiques font face pour comprendre leurs choix. Ce dossier est une illustration parmi d'autres de cette tension permanente entre la *Global Health* et les pouvoirs publics, entre les *policies* et les *politics*⁴⁶. Il permet d'appréhender le champ des possibles de l'action publique en matière de santé, en lien avec d'autres domaines. La prise en compte de la relation bijective entre un bailleur de fonds et des pouvoirs publics permet d'éviter la caricature d'une action imposée au forçats autant que celle d'un État africain défaillant.

Le 27 avril 2001, les chefs d'État africains, réunis à Abuja au Nigeria, s'engagent à augmenter à hauteur de 15 % la part de leurs budgets respectifs alloués à la santé. C'est « la déclaration d'Abuja ». En 2019, seuls sept d'entre eux avaient respecté cet engagement : le Rwanda (18,8 %), le Botswana (17,8 %), le Niger (17,8 %), le Malawi (17,1 %), la Zambie (16,4 %), le Burkina Faso (15,8 %) et l'Afrique du Sud (15 %). Au vu de la disparité économique et démographique de ces pays, y compris à l'intérieur de certains d'entre eux comme le Nigeria, que représentent ces 15 % dans l'absolu pour les plus démunis d'entre eux ? Au Burkina Faso par exemple, un observateur taquin mais lucide soulignait que « 15 % de rien, c'est rien⁴⁷ ». Il faut également garder à l'esprit que, au moment où les chefs d'État se prononcent dans la « déclaration d'Abuja », ils sortent presque tous d'un régime drastique d'austérité, qui a affaibli tous les secteurs sociaux (santé, éducation notamment), et font face à une

45. C'est ce que Fred Eboko a conceptualisé avec la notion de « matrice de l'action publique en Afrique » qui se caractérise par l'implication récurrente d'acteurs bi et multilatéraux, d'ONG, de partenaires privés, autour des pouvoirs publics. Voir F. Eboko, *Repenser l'action publique...*, *op. cit.*

46. D. Darbon, « Peut-on relire le politique en Afrique via les politiques publiques ? », in A. Triulzi et M. C. Ercolessi (dir.), *State Power and New Political Actors in Postcolonial Africa*, Milan, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, 2004, p. 175-200.

47. Commentaire entendu au sein du siège d'une organisation internationale à Ouagadougou en avril 2014.

multitude d'enjeux politiques et économiques. Le jour même où ils signent cette « déclaration », le secrétaire général des Nations unies, qui participe à cette réunion, lance l'idée du Fonds mondial qui voit le jour moins d'un an plus tard, en janvier 2002⁴⁸. Autrement dit, au moment où ils signent cet engagement, ils savent qu'ils vont bénéficier de subventions, à l'époque sans contrepartie, pour trois pathologies qui minent la santé des populations de leurs pays respectifs. Ce Fonds et les promesses qu'il génère n'ont pas d'équivalent à ce moment précis, ni pour l'éducation, ni pour l'agriculture, ni pour la sécurité, ni pour les infrastructures, ni pour aucun autre secteur. Pourquoi auraient-ils respecté cet engagement ? Il est fort probable qu'au vu de ce que Kofi Annan a promis au cours de la même réunion, cette injonction contradictoire se soit traduite par la manifestation d'une bonne volonté, y compris stratégique, de la part des chefs d'État africains. Lorsque les pétitions et les appels des acteurs de la *Global Health* sont lancés, de manière récurrente, pour que l'engagement d'Abuja soit respecté, c'est également l'illustration d'un monde clos dont les priorités, absolument légitimes, masquent la pluralité des aspects qu'un État africain doit prendre en compte et gérer.

LES MARCHÉS DE LA GLOBAL HEALTH

Parmi les critiques faites à la *Global Health* par les sciences sociales, l'une d'entre elles, bien que souvent émise, n'est pas toujours suffisamment étayée ou décryptée spécifiquement parmi les autres processus avec lesquels elle est associée. Il s'agit des aspects marchands, voire lucratifs, pour certains acteurs, des politiques promues par la *Global Health*⁴⁹. Marine Al Dahdah s'y attelle quant à elle pleinement dans son texte en montrant comment le développement de la *mSanté* (utilisation du téléphone portable pour mettre en œuvre des politiques de santé), en lien avec la *mMonnaie* (services bancaires par téléphone portable) mise en place par des acteurs économiques privés, ouvre de nouveaux marchés sous couvert de questions sanitaires. Elle fait ainsi la démonstration du déplacement d'une question de santé d'un enjeu d'infrastructures et de compétences liées aux soins (hôpitaux, personnel médical, accès aux soins) à un enjeu d'infrastructures et de compétences liées à la rentabilité d'une plateforme numérique. On passe ainsi d'un principe de service public à une logique de marché. Cette étude souligne qu'à l'ère de

48. Voir F. Eboko, F. Hane, É. Demange et S. L. Faye, « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial », *Mondes en développement*, n° 170, 2015, p. 59-74.

49. Voir la troisième partie « Markets » du livre de J. G. Biehl et A. Petryna (dir.), *When People Come First...*, *op. cit.*

Global health: et la santé?

la *Global Health*, à côté des acteurs transnationaux, nationaux et des sociétés civiles, ce sont aussi des acteurs privés, dont les objectifs sont avant tout la recherche de la rentabilité économique, qui sont impliqués. Dans un contexte de « retour à la croissance » des États africains, ces acteurs et leurs intérêts pour l'Afrique ne sont pas à négliger⁵⁰.

Ces marchés de la *Global Health* peuvent se déployer facilement pour les outils techniques, dont il était question précédemment, qui sont mis en avant en priorité dans ces politiques de santé (moustiquaires, médicaments, tests diagnostiques, tests de qualité de produits, d'authentification, préservatifs, etc.). Il convient de toujours se poser la question, à leur sujet, de l'identité des producteurs et des distributeurs. La mise en évidence de l'intérêt économique potentiel, pour certains, des politiques de *Global Health* a plus souvent été réalisée au sujet des médicaments et des firmes pharmaceutiques, tant ces produits sont omniprésents dans ces politiques: traitements de masse en lien avec des velléités d'élimination ou d'éradication de certaines pathologies (helminthiases, trachome)⁵¹, prises en charge précoces (« *test and treat* ») et « révolution préventive » dans le cas du sida⁵², traitements préventifs intermittents en direction des enfants et des femmes enceintes et plus spécifiquement dans le cas du paludisme saisonnier au Sahel, etc. Ces critiques sont émises notamment en lien avec le concept de « pharmaceuticalisation » des sociétés⁵³. Néanmoins, au-delà des médicaments, toute une économie se constitue autour de la *Global Health*, à travers les outils techniques, mais aussi les consultants, les opérateurs, « récipiendaires » ou autres « *implementing*

50. Les États africains connaissent une croissance moyenne d'environ 5 % sur la dernière décennie. L'année 2014 a connu une petite baisse de cette moyenne avec 4,2 % de moyenne du fait du ralentissement de certains investissements internationaux liés à la crainte d'Ebola et de la baisse du cours des matières premières. Voir Economic Commission for Africa et Africa Union, *Economic Report on Africa 2011*, Addis-Abeba, Economic Commission for Africa, 2011.

51. K. C. Sams, *The Elimination of Blindness: An Ethnographic Exploration of the Fight against Trachoma in Niger*, Thèse de doctorat, Tampa, University of South Florida, 2013; C. Baxerres *et al.*, « Le paludisme... », art. cité.

52. Il s'agit d'étendre à de nombreuses situations l'usage des antirétroviraux dans un but prophylactique afin de réduire au maximum le nombre de transmission. Voir A. Desclaux, « Les effets microsociaux des antirétroviraux: prophylaxie de la transmission mère-enfant du VIH et individualisation au Burkina Faso », *Autrepart*, n° 63, 2012, p. 161-178.

53. J. Biehl, « Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics », *Anthropological Quarterly*, vol. 80, n° 4, 1083-1126; J. Abraham, « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology*, vol. 44, n° 4, p. 603-622; S. J. Williams, P. Martin et J. Gabe, « The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis », *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n° 5, 2011, p. 710-725; A. Desclaux et M. Egrot (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris/Marseille, L'Harmattan/IRD éditions, 2015; J. Collin et P.-M. David (dir.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société. Le médicament comme objet social*, Québec, Presses de l'université du Québec, 2016.

partners », bien souvent privés⁵⁴. Comme précédemment, il convient de se demander à chaque fois qui sont ces acteurs et qui financent les politiques en question.

Ainsi, à travers les marchés de la *Global Health*, il s'agit de mettre au cœur de l'action des marchandises (un type de médicaments, des tests de diagnostic rapides, un objet technique), et d'utiliser le secteur privé, ses multiples acteurs très hétérogènes et les dynamiques qu'ils génèrent, afin d'atteindre, à travers le fonctionnement du marché, des objectifs affichés de santé publique (baisser la morbidité et la mortalité de populations vulnérables)⁵⁵. Et l'on finit ainsi par se demander, comme dans le texte de Marine Al Dahdah, si ces objectifs censés être la finalité de l'action n'en sont pas plutôt le moyen.

Gâce aux apports des cinq textes de ce volume, les éléments d'analyse critique des politiques de santé à l'ère de la *Global Health* sont décortiqués précisément à travers des questions spécifiques étudiées en tenant compte de la trajectoire particulière de cinq États d'Afrique : l'Afrique du Sud, le Kenya, le Burundi, le Mali et le Ghana. Ainsi, l'ensemble de ces articles offre des exemples qui étayaient l'argument de la diversité des situations africaines, en l'occurrence dans le domaine de la santé, en Afrique australe, en Afrique centrale, en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest. Ces textes abordent également un large éventail des questions traitées actuellement par la *Global Health*, bien qu'à des degrés divers : maladies infectieuses (sida, paludisme), maladies chroniques (diabète), financement de la santé (couverture santé universelle), fonctionnement des structures sanitaires (financement basé sur les résultats), approvisionnement en médicaments (production et/ou importation d'antirétroviraux et de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine). Chacune de ces contributions étudie des innovations, qui n'émergent pas sans tensions entre différents acteurs, ou le renouveau de vieilles causes dont la combinaison définit le caractère dynamique et labile de cette *Global Health*.

Ainsi, ce dossier appelle à parler de l'Afrique et de la santé au pluriel. En effet, l'analyse des politiques de santé en Afrique montre une diversité de situations et de trajectoires que le nouveau paradigme de la *Global Health*,

54. J.-P. Gaudillière, « Un nouvel ordre sanitaire international ? Performance, néolibéralisme et outils du gouvernement médico-économique », *Écologie & politique*, n° 52, 2016, p. 107-124 ; J. Pourraz, *Réguler et produire les médicaments...*, *op. cit.*

55. Voir par exemple le projet Shops (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector) mis en place par l'USAID dans plusieurs pays d'Afrique à la fin des années 2010. Il a été prolongé et s'intitule aujourd'hui Shops Plus, voir <<https://www.shopsplusproject.org/>>, consulté en janvier 2020. Voir aussi Y. Mei, « Neoliberal Optimism: Applying Market Techniques to Global Health », *Medical Anthropology*, vol. 36, n° 4, 2017, p. 381-395.

Global health: *et la santé?*

ses acteurs, ses dynamiques, ses objectifs explicites, mais aussi implicites, éclairent d'un jour nouveau. Ce volume permet de traiter des ruptures, des progrès, des promesses, des échecs et des succès, accompagnés de discours politiques performatifs propres à la *Global Health*. Ces nouveaux langages participent d'une forme d'hégémonie – d'une raison humanitaire, sécuritaire et spéculative dont il faut interroger les fondements et les effets, mais aussi peut-être les impensés. Tous les articles de ce dossier en constituent des illustrations. Finalement, ce travail collectif prolonge le renouveau de l'analyse des politiques publiques sur des terrains africains. Il s'inscrit dans la filiation de la recomposition des paradigmes classiques des *policy analysis*, revisités à l'aune des États africains qui représentent, du fait de la constellation des acteurs qui y interviennent et des enjeux de la globalisation qui s'y déploient, un terreau d'une richesse empirique sans doute inédite dans le monde contemporain⁵⁶ ■

Fred Eboko

Institut de recherche pour le développement (IRD),
Centre population et développement (Ceped),
Université de Paris

Carine Baxerres

Institut de recherche pour le développement (IRD),
Mère et enfant en milieu tropical (Merit),
Laboratoire population environnement développement (LPED),
Université de Paris,
Aix-Marseille Université

56. Voir D. Darbon et O. Provini, « "Penser l'action publique" en contextes africains. Les enjeux d'une décentralisation », *Gouvernement et action publique*, vol. 7, n° 2, 2018, p. 9-29; D. Darbon, R. Nakanabo Diallo, O. Provini et S. Schlimmer, « Un état de la littérature sur l'analyse des politiques publiques en Afrique », *Papiers de recherche*, n° 2019-98, 2019, Paris, AFD; P. Lavigne Delville (dir.), « La fabrique de l'action publique dans les pays "sous régime d'aide" », *Anthropologie & développement*, n° 45, 2017.