

## Vers une géopolitique critique de la santé : espace, altérité et maladies infectieuses dans les Relations internationales

Gabriel Blouin Genest\*, École d'études politique, Université d'Ottawa

La santé, en tant que sujet d'étude, a reçu une importante attention de la part de plusieurs disciplines des sciences sociales et des humanités. L'histoire, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie et même la littérature ou les arts plastiques ont accordé une importance considérable à ce qui touche de près ou de loin la santé, le corps ou la maladie. La discipline des Relations internationales (RI) semble dans ce contexte faire bande à part. Peu d'auteurs de cette discipline se sont ainsi intéressés à ce sujet, et ceux qui s'y sont attardés l'ont généralement fait de manière relativement restreinte en se limitant à des questions de diplomatie traditionnelle ou d'études classiques de sécurité (McInnes et Lee, 2006 ; Feldbaum, Lee et Patel, 2006 ; Feldbaum, Patel, Sondorp et Lee, 2006). Ces différentes études laissent cependant en suspend un nombre important d'éléments analytiques dont on retrouve la théorisation et la conceptualisation dans les approches alternatives ou critiques de la discipline des RI. En particulier, aucune attention n'est accordée à la problématisation des enjeux concernant la représentation de l'espace ainsi qu'à la relation qu'entretiennent les questions de santé, et spécialement les maladies infectieuses, avec l'altérité et la différence. C'est ainsi majoritairement par l'intermédiaire des enjeux de « santé globale » ou de « sécurité globale de la santé » que l'intégration des questions de santé dans la discipline s'est faite. Comme le font remarquer Brown, Cueto et Fee (2006) dans leur analyse discursive de la qualification spatiale des questions de santé, le niveau global est aujourd'hui l'échelle dominante de représentation de cet enjeu, ce qui n'a cependant pas toujours été le cas. Les questions de santé sont de cette façon représentées comme évoluant dans un cadre global dans lequel l'État, et ses frontières géopolitiques, ne représentent plus l'unité adéquate pour analyser cette problématique ainsi que pour y proposer des solutions. Dans cette perspective, les virus et maladies infectieuses sont considérés comme des menaces mobiles qui se moquent des frontières et qui se propagent à

---

\* L'auteur est candidat au doctorat à l'École d'études politiques de l'Université d'Ottawa avec domaine de spécialisation en Relations internationales. Ses recherches portent sur les politiques liées à la vie et au vivant à l'échelle globale, et concernent entre autres les questions de santé, de sécurité et de surveillance des maladies infectieuses.

l'échelle planétaire de manière presque instantanée. Cette conceptualisation microbienne de l'espace global a été popularisée entre autres avec l'idée voulant que les maladies ne « reconnaissent pas les frontières étatiques » (Roemer, 1994), nécessitant ainsi la mise en place de structures de gestion supranationales. Plusieurs éléments du système international s'inscrivent dans cette perspective. L'OMS, l'ONUSIDA, ou l'UNICEF représentent effectivement des exemples des structures globales de gestion des maladies infectieuses s'instituant au-delà d'un cadre westphalien restreint. Mais s'il est prétendu que les maladies infectieuses ne reconnaissent pas les frontières territoriales, on semble au même moment être en présence d'un renforcement du territoire national comme mode et lieu d'action. Les mesures d'identification et de contrôle des menaces infectieuses et virales à la frontière ainsi que dans les zones de mobilité internationale restent encore le moyen privilégié d'intervention (Fidler, 1997 ; Bashford 2006a, Heymann et Rodier, 1998). Des sommes immenses sont aussi investies au niveau national dans la prévention d'attaques bactériologiques (Heymann, 2003 ; Fidler, 2003). Les mesures d'aide au développement liées à la santé s'apparentent enfin plus à une protection d'intérêts stratégiques nationaux qu'à une réelle volonté de production d'un bien public mondial (Ingram, 2007). Il y a donc des éléments contradictoires dans la façon dont se structurent les actions par rapport à cet enjeu représenté comme global, ce qui amène à se questionner sur la rationalité qui les anime. La discipline des RI s'est cependant avérée inapte à présenter une problématisation rigoureuse de cette question.

Cet article s'inscrit donc dans le cadre d'une problématisation de cette construction de la santé comme enjeu global. L'objectif développé ici est de proposer une analyse alternative des questions de santé en mettant notamment en évidence la constitution de la spatialité de cet enjeu ainsi que de son interaction historique avec l'altérité et la différence, ce qui n'a pas fait l'objet d'une analyse attentive et rigoureuse de la part de la discipline des RI. Ce développement théorique est appuyé par une étude de la construction de l'objet « santé globale » aux États-Unis dans la période post guerre froide. La thèse qui est défendue ici est que la manière dont on représente les enjeux de santé est profondément imprégnée par la persistance de la dichotomie interne/externe propre aux approches théoriques dites traditionnelles des RI, c'est-à-dire les approches partageant une épistémologie positiviste et une ontologie étato-centré, ainsi que par une relation négative d'interaction avec l'altérité et la différence. Il est à noter ici que même si certaines approches dites alternatives des études de sécurité (D'Aoust, Grondin et Macleod, 2007 : 361) offrent des voies analytiques intéressantes, avec par exemple le processus de sécurisation de l'École de Copenhague, le concept d'émancipation de Ken Booth (1991, 2005) ou les travaux sur l'analyse des discours sécuritaires de Lene Hansen (2006), l'élargissement, l'extension et l'approfondissement des enjeux

de sécurité (Wyn Jones, 1999) n'ont pas été en mesure d'intégrer les questions de santé globale à l'agenda des RI. C'est précisément ce que nous nous proposons de faire ici.

## **Santé, territoire et dangerosité**

Au-delà de l'actualité récente, les questions de santé publique ont toujours entretenu un lien étroit avec le territoire, l'espace et le lieu. L'idée de « bouclier hygiénique » a ainsi toujours représenté un fantasme pour les sociétés humaines organisées. Les références à la propagation et à la diffusion territoriales des maladies infectieuses peuvent être retracées aussi loin que dans la civilisation gréco-romaine. En grec, le terme épidémie, signifiant « au sein du peuple », fait ainsi déjà référence aux aspects sociaux et mobiles de la contagion. Ce que nous associons aujourd'hui à une conception moderne des maladies infectieuses possède donc en fait de profondes connexions avec des événements et représentations historiques passés. Dans son Histoire de la guerre du Péloponnèse, Thucydide apporte par exemple une description détaillée d'une maladie rare qui semble frapper indistinctement et sans respect des formes de protection matérielle. Le récit sanglant apporté par Thucydide représente ainsi une des premières manifestations de la conception moderne des maladies infectieuses et de sa relation avec l'altérité et la mobilité. Les allégories concernant les maladies infectieuses peuvent également être retrouvées dans les textes religieux fondateurs, et en particulier dans l'Ancien Testament. Les maladies y sont souvent vues comme des actes de Dieu, une manière dérivée de punir les mauvais croyants, les impies ou les communautés hérétiques (De Paolo, 2006). La maladie et les pandémies y sont représentées comme un moyen divin de faire la distinction entre le bien et le mal, établissant ainsi une hiérarchie sociale d'origine divine sur Terre. Cette conception de l'infection et de la maladie comme étant associées à une définition transcendante du mal ou de l'infériorité persiste depuis des siècles. Francis Bacon, au 17<sup>e</sup> siècle, compare par exemple les jugements biaisés à des épidémies qui frappent les faibles et les fragiles pour qui l'esprit et la raison sont représentés comme inférieurs (Diderot et d'Alembert, 1973). Historiquement, les réponses politiques envers les maladies infectieuses et pandémies se sont donc faites par l'intermédiaire d'une logique d'interaction avec la différence, l'altérité, et la mobilité. L'origine et la source de maladies infectieuses sont ainsi généralement associées aux identités les moins valorisées (Ingram, 2008b : 78 ; Zylberman, 2006 : 22-5, Strange, 2006 : 234). Les maladies infectieuses sont donc représentées comme introduites ou développées par les groupes sociaux marginalisés, les comportements anormaux, les étrangers ou les immigrants. Au 16<sup>e</sup> siècle, la syphilis a par exemple été différemment dénommée la « variole française » en Italie, le « mal de Naples » en France, la « maladie polonaise » en Russie, la « maladie russe » en Sibérie, la « maladie portugaise » en Inde et au Japon ou la « maladie de Colombie » à Tahiti (King, 2003 : 41). À la fin

du 19<sup>e</sup> siècle, les grandes puissances européennes croyaient également que le pèlerinage à La Mecque représentait le principal canal pour la propagation du choléra en Europe, alors que la cause première était en réalité l'absence de législations sanitaires internes (Bashford, 2006b : 71). Plus récemment, l'origine du VIH/SIDA a également été localisée par des experts américains en Haïti ou en Afrique, et inversement aux États-Unis par l'Allemagne, le Japon ou l'Union soviétique, sans parler de son association sans fondements avec l'origine ethnique ou ce qui est considéré comme des comportements sexuels « anormaux » comme l'homosexualité (King, 2003 : 41).

Ingram identifie à ce titre que dans le processus de définition et d'identification du pathologique, nous faisons face à ce qu'il appelle le « pouvoir social de la contagion<sup>1</sup> », c'est-à-dire le processus social d'identification des causes et origines des maladies infectieuses s'établissant dans une relation négative avec l'altérité et la différence (Ingram, 2008b : 78-9). En impliquant un rapport discursif avec « l'absorption, l'invasion, la vulnérabilité, et la rupture d'une frontière imaginaire sécurisée dans lequel l'Autre s'intègre au Soi » (Bashford et Hooker, 2001 : 2), le terme « contagion » s'inscrit ainsi lui-même dans une matrice sémantique où mobilité, contact et altérité se fondent dans une rencontre radicale avec l'Autre. L'analogie biologique de l'invasion dans laquelle des éléments indésirables externes perturbent et infectent un espace interne sécuritaire imprègne donc plusieurs domaines sociaux. Comme le rappelle Zerner, le virus est devenu l'une des métaphores les plus puissantes des deux derniers siècles (Zerner, 2005 : 175-80), métaphore stimulée par une anxiété majeure concernant la contagion (Bashford et Hooker, 2001 : 2) trouvant échos dans les médias, la culture populaire et les arts (Ingram, 2008b). La métaphore du virus et de la contagion implique donc des pratiques de protection visant à défendre une conception saine et hygiénique du Soi par rapport à un Autre pathologique et infectieux, pratiques reposant essentiellement sur le confinement, la quarantaine et l'établissement de frontières hygiéniques sécurisées (Bashford et Hooker, 2001 : 5). La dichotomie entre un interne sécuritaire et un externe anarchique et dangereux, élément analytique si fondamental aux théories dominantes des RI, trouve donc son corolaire dans les questions de santé publique à l'échelle internationale.

En identifiant les origines et sources de maladies infectieuses comme provenant d'un environnement extérieur hostile, des problèmes complexes à multiples facettes sont ainsi réduits à une explication causale unique (Convery, Gallois et Bashford, 2006 : 97). Les interventions concernant la contagion, les pandémies et les maladies infectieuses ont dans ce sens toujours été fondées sur une conception simplificatrice du cordon sanitaire colonial et de la distinction territoriale entre le salubre et l'infectieux. Dans un contexte qui apparaît donc plus impérial que

---

<sup>1</sup> Les citations provenant de sources de langue anglaise et utilisées dans ce texte en français sont une traduction libre de l'auteur.

global (Ingram, 2008b : 82-3 ; Anderson, 1998 : 529 ; Aginam, 2003 ; Bashford, 2004), la frontière territoriale acquiert ainsi la fonction de « ligne d'hygiène » où la séparation entre le sain et le pathologique peut s'établir (Hooker, 2006 : 189 ; Bashford, 2004). Dans cette perspective, c'est l'aspect biologique de la frontière qui se révèle, lui conférant ainsi le rôle de confinement hygiénique (Shildrick, 2001). Les pratiques de santé publique sont par conséquent basées sur des stratégies de quarantaine et de limitation de la mobilité s'inscrivant dans une logique de contrôle de l'espace orienté vers la circonscription territoriale de ce qui est représenté comme pathologique et dangereux (Bashford, 2001 : 39). L'idée sous-jacente à ces pratiques est que la mobilité représente l'un des principaux facteurs de risque de propagation des maladies infectieuses. Cette conceptualisation de la menace pathologique territorialement et spatialement définie interfère avec le « long historique de la géopolitique des maladies dans laquelle certaines catégories de personnes sont considérées à leur place, tandis que d'autres s'avèrent tout simplement sans place » (Bashford, 2006a : 10). Les maladies et virus sont dans cette perspective généralement représentés comme inconsistants avec la souveraineté ou les frontières nationales. Cette conception a été propagée par l'intermédiaire de l'idée voulant que « les maladies ne reconnaissent pas les frontières » (Roemer, 1994) ou que la souveraineté soit un concept étranger dans l'univers microbien (Aginam, 2004 : 303).

Comme le rappelle cependant Mawani, la frontière représente toujours un espace fondamental d'intervention et de contrôle à l'égard des maladies infectieuses (Mawani, 2006 : 138). Nous faisons donc ici toujours face à une « obsession avec les frontières – entre les races, les classes, les nations – qui persiste, tout comme persistent les narratifs situant l'origine des maladies infectieuses dans les autres pays » (King, 2002 : 773). Comme le souligne toutefois Bashford, historiquement, les pratiques d'hygiène et de santé publique n'ont jamais été simplement dirigées vers la prévention des maladies infectieuses au niveau national, mais peuvent également être considérées comme étant impliquées dans un projet plus vaste de production identitaire et de relation de pouvoir (Bashford, 2001 : 8). Un travail d'archéologie historique révèle ainsi facilement que les narratifs de « bon », « sûr », « sanitaire » ou « hygiénique » sont généralement entremêlés avec des valeurs nationalistes et racistes présentées sous le couvert d'une objectivité scientifique (Mawani, 2006 : 144-5). Schell souligne que, « les discours concernant les virus font références aux cauchemars impériaux qui, neutralisés sous le couvert du bon sens médical, justifient des pratiques d'exclusion, de surveillance, et de discrimination qui seraient intenable et inexcusable dans d'autres contextes » (Schell, 1997 : 97). La santé publique au niveau national a été identifiée comme ayant des implications profondes avec la constitution raciale de l'État-nation moderne (Bashford, 2006b : 66-7 ; 2002 ; Bashford et Nugent, 2001). Comme le rappelle à cet égard Bashford, « les lignes d'hygiène sont souvent des

lignes raciales » (Bashford, 2001 : 123), nécessitant ainsi une étude de la pratique médicale à l'échelle internationale non pas en tant que forme neutre et objective de pratique scientifique, mais plutôt comme culture hautement normative (Bashford et Hooker, 2001) d'interaction avec l'altérité et de sa représentation spatiale.

## **Cartographie du risque et représentation spatiale**

L'idée sous-jacente aux interactions entre santé, dangerosité et territoire présentées précédemment est que nous faisons face, avec l'enjeu des maladies infectieuses, à un entremêlement des différents espaces et échelles d'intervention. Bashford suggère en ce sens que nous sommes confrontés à « l'imbrication du national, du colonial, de l'international et du global [et que] ces différents espaces de régulation et de mouvement ne sont pas apparus dans un enchaînement rectiligne, mais plutôt en tant que formations modernes, sociales et politiques se chevauchant » (Bashford, 2006a : 14). Au niveau supranational, la première conférence internationale sanitaire, tenue au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, a ainsi initié une nouvelle échelle discursive d'intervention en ce qui concerne les maladies infectieuses et les pandémies. Ce qui était à l'origine considéré comme une structure internationale au caractère limité, mettant majoritairement l'accent sur l'Europe, subit par la suite une croissance rapide dans les années suivant les premières conférences internationales. Les développements et l'élargissement subséquents du système international de santé incluent 13 autres conférences sanitaires internationales, la création du Bureau sanitaire panaméricain, de la Croix- Rouge, de l'Organisation internationale d'hygiène publique de Paris, de l'Organisation de la santé de la Ligue des Nations, ainsi que de l'OMS avec sa myriade de partenariats, missions et programmes. Ce qui a tout d'abord été considéré comme ayant une portée internationale limitée s'est rapidement accru pour atteindre aujourd'hui ce qui est vu comme une structure globale de gouvernance (Brown, Cueto et Fee, 2006 : 76 King, 2004 : 65 ; Fidler, 1996).

Il est possible de retrouver une des premières narrations explicites de cette représentation discursive « globale » des enjeux de santé dans les travaux de l'immunologiste américain Stephen Morse. Sa conception a profondément influencé la façon dont la santé publique moderne conçoit les maladies infectieuses et les pandémies à l'échelle planétaire. On reconnaît dans les idées de Morse la représentation d'un monde en mouvement dans lequel la plus grande interconnexion entre les individus et les populations est synonyme d'une accentuation des risques associés aux maladies infectieuses (Morse, 1990, cité dans King, 2004 : 65). C'est suite à cette schématisation de l'espace international que naît l'expression de Milton Roemer (1994) voulant que « les maladies ne reconnaissent pas les frontières » et qui met en évidence l'idée que les frontières ne constituent pas un rempart efficace contre les menaces infectieuses et virales. On assiste ainsi à la première phase

de la construction de l'objet « santé globale » dans lequel le global s'impose comme mode de représentation des menaces infectieuses et virales.

Dans cette conception particulière du monde, le global est représenté comme une communauté épidémiologique unique et interdépendante. Cette conception populaire et généralisée des épidémies et maladies infectieuses, connue sous l'appellation de « la vision globalisée des maladies émergentes » (King, 2002), a été popularisée dans les années 90 au moment où les inquiétudes relatives aux menaces biomédicales et infectieuses ont été liées à une conceptualisation déterritorialisée et globalisée de l'espace-monde (Calain, 2007 : 4). Selon King, la vision globalisée des maladies émergentes fait intervenir une « économie morale et des narratifs historiques qui expliquent comment et pourquoi nous nous retrouvons dans la situation actuelle, identifiant vilains et héros, attribuant le blâme à certains et le mérite à d'autres » (King, 2002 : 767) au sein d'une communauté épidémiologique planétaire. Ce caractère « global » de la santé publique est aujourd'hui tenu pour acquis et l'interaction entre santé et mondialisation représente en quelque sorte un cliché rarement remis en question (Dry, 2008 : 4). Mais sous cet aspect prétendument global de la santé publique se trouve une implication sous-jacente profonde quant à la conceptualisation et représentation de l'espace. King met ainsi en évidence l'importance que revêt le concept de « politique scalaire », c'est-à-dire l'idée que la représentation scalaire a un impact majeur sur les possibilités de compréhension et d'intervention à l'égard des maladies infectieuses (King, 2004). King souligne que le territoire et l'espace ne devraient pas être considérés comme des unités d'analyse fixes et prédéterminées, mais plutôt comme un « processus politique historique et contingent dans lequel les acteurs construisent des narratifs scalaires qui font intervenir des espaces et lieux de différentes échelles géographiques pour expliquer les événements, s'assurer le support d'alliés ainsi qu'attirer l'attention et le financement » (62-3). Les mots, termes et expressions utilisés pour caractériser l'espace doivent ainsi être considérés comme des qualificatifs normatifs impliqués dans la construction plus générale des problématiques concernant les maladies infectieuses et ses modes de régulation (76). Les narratifs scalaires interagissent et interfèrent ainsi avec les interventions potentielles envers les maladies infectieuses, rendant de la sorte certaines formes d'intervention (in)cohérentes en fonction de la représentation spatiale qui en est faite (Ingram, 2005).

Un imaginaire culturel géographique s'exprime donc à partir de la représentation spatiale des maladies infectieuses. Certains espaces sont représentés comme conteneurs d'agents pathogènes et de germes (Zerner, 2005 : 159). Ces différentes techniques narratives et discursives relatives aux maladies infectieuses favorisent de la sorte, par leur stimulation de l'anxiété générale concernant les infections, l'apparition d'une « cartographie du risque et du danger » (168) dans laquelle la

géographie et l'espace représentent les axes fondamentaux de la détermination de ce qui doit être considéré comme pathologique et dangereux. Nous faisons donc face à ce qu'il convient d'appeler, suivant Edward Saïd (1995), un « imaginaire géographique » des maladies dangereuses associant des zones géographiques pauvres et exotiques aux origines des virus, germes et pathogènes (Strange, 2006 : 220). L'interaction entre la peur de l'Autre et cette « cartographie du risque et du danger » qui associent les maladies aux lieux exotiques et inconnus produit ce que Schell a appelé une « géographie virale de l'étranger » (Schell, 1997 : 133). Dans cette perspective, et en utilisant l'exemple du sida, Ingram souligne qu'en ce qui concerne l'appareil moderne de santé publique globale, on crée non seulement des régions géographiques différentes pour le Soi et l'Autre, mais il rappelle que cela induit également un encrage spatial distinct pour ceux peuvent mourir par rapport à ceux qui doivent vivre (Ingram, 2008a : 880 ; 2007). Le VIH/SIDA apparaît dans cette perspective comme étant lié à une conception « essentialisée et inchangée de l'Afrique comme espace chaotique et perturbé nécessitant une certaine forme d'endiguement et de confinement » (Ingram, 2008a : 882). C'est précisément ce qui a été identifié dans l'étude de l'histoire de la médecine coloniale comme étant le processus « d'imagination d'une région afin d'agir à son égard » (Minna Stern, 2006 : 42) par l'intermédiaire de ce que l'on pourrait appeler une stigmatisation pathologique et virale.

La manière dont les maladies infectieuses sont représentées, particulièrement en ce qui concerne leur caractère spatial, est donc considérée comme ayant de profondes répercussions sur les potentialités d'intervention à leur égard. Dry (2005) insiste par exemple sur le fait qu'en se concentrant sur ce que l'on représente comme menaces sanitaires globales et planétaires, il y a un risque potentiel de s'écarter des racines et causes systémiques – inégalité, pauvreté, exclusion, etc. – des problèmes de santé et de se concentrer sur des facteurs de second ordre comme la mobilité, l'immigration ou la biosécurité. En produisant des narratifs dominants concernant la réglementation de la santé publique globale dans lesquels les interventions momentanées et de courts termes sont privilégiées par rapport à des interventions systémiques et de longs termes, nous faisons ainsi face à ce que Castell (1991) a appelé la transformation de la dangerosité au risque dans la rationalité d'intervention à l'égard de cet enjeu. Cette transformation de la gestion de la santé publique mondiale de la dangerosité vers l'évaluation et la gestion des risques concourt à l'établissement d'un processus de sécurisation de la santé (Aginam, 2004 ; 2006 ; Ingram, 2005). Les interventions à l'égard de la santé globale sont ainsi perçues comme relevant du domaine de la sécurité, soutenant de la sorte des modes d'intervention basés sur la crise et l'urgence.



Dans cette perspective, « terrorisme, bioterrorisme et maladies infectieuses deviennent indifférenciés » (Bashford, 2006a : 13), encourageant de la sorte l'établissement des liens entre santé publique et sécurité, et en particulier l'appareil militaire. Elbe souligne par exemple que, en ce qui concerne le VIH/SIDA, « la constitution de cet enjeu en termes de sécurité a relégué les réactions à son égard au-delà de la société civile vers l'appareil militaire et le système de renseignement qui sont beaucoup plus opaques » (Elbe, 2005 : 128). L'association entre santé publique globale et sécurité conduit de cette manière à l'établissement d'une hiérarchie des risques de santé proportionnelle à la puissance militaire (McInnes et Lee, 2006) faisant ainsi intervenir l'appareil militaire dans une relation de dépendance avec les questions de santé. Calain montre également que ce déséquilibre est légitimé dans, et par, les différentes structures de gestions et de surveillances des maladies infectieuses de l'OMS (Calain, 2007 : 8). Elbe soutient finalement que ce processus de sécurisation des maladies a transformé la sécurité internationale en un « site pour une dissémination globale d'une économie biopolitique du pouvoir » (Elbe, 2005 : 404) dans laquelle de nouvelles représentations spatiales du monde sont imaginées et transformés en sites d'intervention potentiels et légitimes (Bashford, 2006b : 81). La production et l'imagination de l'échelle globale d'intervention en matière de santé publique apparaissent dans cette perspective chargées avec l'idée de confinement géographique et d'association du risque hygiénique avec l'altérité et la différence.

### **Les États-Unis et la construction de l'objet « santé globale »**

Ce processus de constitution d'imaginaires géographiques et d'interaction négative avec l'altérité peut être retracé par une étude de la construction de l'objet « santé globale » aux États-Unis. Ces éléments sont présents en particulier dans différents documents d'analyse et d'orientation de l'Institute of Medicine<sup>2</sup> (IOM) états-uniens. Depuis sa création, l'IOM a publié de nombreux rapports qui ont eu une importante influence dans le domaine des questions de santé aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Un des rapports les plus importants en ce qui concerne la construction de l'objet « santé globale » est sans aucun doute le premier document post-guerre froide publié en 1992 par cet organisme et intitulé *Emerging Infections : Microbial Threats to Health in the United States*. Ce document identifie pour l'une des premières fois le « global » comme étant la nouvelle échelle de représentation, d'analyse et d'action concernant les maladies infectieuses. Il spécifie à ce titre que :

---

<sup>2</sup> L'IOM est un organisme états-unien indépendant et à but non lucratif fondé en 1970 en tant que branche du National Academy of Sciences responsable des questions de santé. À titre d'institut non-gouvernemental, l'IOM a comme mission principale de fournir des conseils impartiaux et documentés au public et aux décideurs (pour plus d'information visiter [www.iom.edu](http://www.iom.edu)).

« Dans le contexte des maladies infectieuses, il n'y a pas d'endroits dans le monde duquel nous ne soyons isolés ainsi que personnes de qui nous pouvons être déconnectés. Par conséquent, certaines maladies infectieuses qui affectent aujourd'hui les populations dans d'autres parties du monde représentent des menaces potentielles aux États-Unis en raison de l'interdépendance globale, des moyens de transport modernes, du commerce, et des changements au niveau social et dans les modèles culturels. » (IOM, 1992 : v)

La spatialisation globale des maladies infectieuses est dans cette perspective associée à la source du danger. Le global y est représenté comme anarchique et désordonné en opposition à la conception protectrice et sécuritaire de l'espace interne national. Comme le souligne un rapport du National Intelligence Council (NIC), influent groupe de recherche privé associé au bureau du Director of National Intelligence états-unien, « le fardeau engendré par les maladies infectieuses est susceptible d'aggraver et même, dans certain cas, de provoquer une décroissance économique, une fragmentation sociale ainsi que de la déstabilisation politique dans les pays les plus durement frappés » (NIC, 2000 : 5). La présence des maladies infectieuses est ainsi associée à un environnement chaotique. Un rapport publié par l'IOM en 2003 spécifie que le danger provient, dans cette représentation particulière des maladies infectieuses, du fait que « le monde d'aujourd'hui est réellement un village global, caractérisé par une augmentation de la concentration urbaine dans les grandes villes, la croissance du commerce et du tourisme global, de la destruction progressive des écosystèmes naturels, de la pauvreté, de la famine, ainsi que de la perturbation sociale » (IOM, 2003 : 17). Le contexte global externe est dépeint comme anarchique et chaotique, élément fondamental des théories traditionnelles des RI. L'instabilité, dans ce contexte, est source d'intensification des risques associés à la propagation des maladies infectieuses. L'analyse des réponses efficaces à ces menaces se fait donc sur la base de cette identification spatiale particulière du risque. Dans ce contexte, et comme le soulignait déjà le rapport de l'IOM de 1997, au-delà de l'action de protection interne issue du renforcement des contrôles frontaliers, il y a également nécessité d'agir à l'extérieur des frontières nationales afin de protéger les intérêts états-unien se trouvant dans des zones affectées par les maladies infectieuses. Les auteurs de ce rapport soulignent ici que « [a]u-delà de la valeur implicite sous-jacente à l'assistance humanitaire, les Américains comprennent que la mondialisation de la santé nécessite un engagement actif des États-Unis dans les actions internationales liées à la santé, à l'économie et à la sécurité de leur pays et de ses habitants. » (IOM, 1997 : 22)

Les actions « humanitaires » des États-Unis s'inscrivent à ce titre entre autres dans la mise en œuvre de mécanismes de surveillance des risques et des menaces à la santé à l'échelle planétaire. L'identification du risque à l'extérieur des frontières nationales s'accompagne ainsi de la nécessité pour les États-Unis de surveiller ce qui se passe au-delà de leur espace national. Comme le souligne à ce sujet le rapport de l'IOM de 2003, « les États-Unis doivent prendre le rôle de leadership dans la promotion de l'implantation d'un système de surveillance global en ce qui concerne les maladies infectieuses » (7-8) puisque dans un contexte représenté comme global, il a été reconnu qu'un « programme de surveillance des maladies infectieuses bien conçu et bien exécuté peut procurer des moyens efficaces pour détecter des sites inhabituels d'infection, pour documenter la propagation géographique et démographique [et, dans ce sens], l'importance de la surveillance pour la détection et le contrôle des menaces microbiennes émergentes ne peut être exagéré » (IOM, 1992 : 113-115).

La construction de l'objet « santé globale » passe ainsi dans cette perspective par l'intermédiaire d'un système planétaire de surveillance. Les pratiques de surveillance des maladies infectieuses à l'échelle globale présentent cependant un problème significatif en ce qui concerne l'identification de l'objet même de cette surveillance. Ces pratiques se réfèrent à l'identification des maladies, à leurs zones d'action, à leur évolution, à leur mobilité spatiale, à leur résistance aux médicaments, etc. (IOM, 1992). Il s'avère cependant difficile, dans le cas de la surveillance des maladies infectieuses, de faire la distinction entre l'infection et son vecteur, c'est-à-dire entre le virus et le corps humain qui le transporte. L'objet de la surveillance devient alors flou et ambigu. Cette problématique a des implications majeures, car cela met en évidence l'utilisation potentielle de caractéristiques biomédicales comme critère d'exclusion et de stigmatisation de certaines populations associées à un haut risque d'infection virale. Conjugée à l'identification de facteurs socio-politiques augmentant le risque de développement de certaines maladies infectieuses (IOM, 2003), la nature de ce qui fait l'objet de surveillance risque ainsi de devenir l'individu et le citoyen appartenant à certaines zones géographiques particulières, et non les infections et les pathogènes. La surveillance des maladies infectieuses et virales se concentre ainsi sur certains corps et individus représentés comme véhicules des menaces. Ce type de surveillance, stimulé par des imaginaires géographiques spatialisant la menace à l'extérieur des frontières nationales, fait en sorte que l'objet de contrôle risque de s'articuler autour de l'identité (Bashford, 2006a : 7). Le processus de surveillance des maladies infectieuses se canalise ainsi sur les citoyens de certaines zones et pays dans lesquels les comportements et pratiques sociales sont identifiés comme favorisant le développement des pathologies infectieuses (Weir et Mykhalovskiy, 2006 : 245). Ce faisant, la surveillance de ces menaces peut facilement se transformer en prolongeant un processus plus général d'exclusion, de contrôle et de domination. Ingram a mis en évidence par exemple que de

telles pratiques de surveillance peuvent en fait servir d'autres intérêts et buts que celui du contrôle réel des maladies infectieuses (Ingram, 2008b : 82). L'utilisation du Global Public Health Intelligence Network, réseau privé et payant de surveillance globale des maladies infectieuses mis en place par le gouvernement canadien et accessible à plusieurs pays partenaires, dont les États-Unis, a par exemple servi à plusieurs reprises à l'identification d'activités terroristes par les États-Unis, et par le fait même, à l'association de cet enjeu au domaine de la sécurité et du militaire (Weir et Mykhalovskiy, 2006).

L'association des questions de santé aux enjeux de sécurité ainsi que l'utilisation de méthodes de surveillance à grande échelle favorisent de la sorte l'intervention du militaire, au détriment du civil, dans la gouvernance des maladies infectieuses (Ingram, 2007 : 517). Cette intervention du militaire et de la défense nationale met ainsi en évidence le risque d'utilisation de ces enjeux comme outils de promotion de pratiques plus générales de domination. Ces représentations des menaces à la santé ainsi que le projet de surveillance planétaire dont les États-Unis revendiquent le leadership participent à l'élaboration d'une logique d'intervention semblable à ce que l'on retrouvait avec la médecine coloniale et la mission civilisatrice lui étant inhérente (King, 2002 : 780). Il est ainsi nécessaire d'admettre le caractère impérial sous-jacent à l'intégration des questions de santé dans les discours sécuritaires états-uniens. Comme le souligne à ce sujet Anderson (1998 : 529), « on doit reconnaître que le langage de base de la médecine occidentale, avec ses prétentions à l'universalisme et à la modernité, a toujours fait intervenir, et le fait toujours, le vocabulaire de l'empire », ce qui a été explicitement exprimé par Kassalow dans un rapport de l'influent Council on Foreign Relations (CFR) où est défendue la mise en place d'un « impérialisme défensif » pour faire face aux menaces envers les intérêts nationaux états-uniens que représentent les maladies infectieuses (CFR, 2001 : 14<sup>3</sup>). On retrouve cette idée dans la conception états-unienne d'un devoir de formation et d'implication directe dans les pays en voie de développement soumis aux menaces infectieuses et virales. Le rapport de l'IOM de 1997 soutient à ce sujet :

« qu'il y a un besoin urgent de développer des infrastructures scientifiques et médicales durables dans les pays en voie de développement. L'Amérique doit continuer à éduquer et à former les scientifiques et professionnels de la santé provenant de ces pays [...], professionnels de la santé qui, une fois retournés dans leurs pays d'origine avec des connaissances sur les méthodes scientifiques et sur les technologies médicales, pourront prendre avantage du savoir des États-Unis. » (IOM, 1997 : 45)

---

<sup>3</sup> Cette page fait référence au document numérique accessible en ligne à <http://www.cfr.org/content/publications/attachments/Why-Health-Is-Important-To-Foreign-Policy.pdf>, et non au rapport original.

Cette mission civilisatrice prend entre autres, comme on le voit ici, la forme de développement et d'aide internationale en ce qui a trait à la formation des spécialistes du secteur biomédical ainsi qu'à l'application de technologies et méthodes états-uniennes. Comme le rappelle plus loin ce même rapport, cette formation et cette aide au développement doivent cependant s'inscrire dans la recherche d'intérêts et de bénéfices pour les États-Unis. Ces mesures doivent ainsi permettre d'ouvrir des « opportunités pour les produits et technologies américains et de faciliter leur entrée sur le marché d'outre-mer » (45). Ainsi, non seulement les États-Unis prennent part à la lutte contre les maladies infectieuses sur la base d'imaginaires géographiques construisant une représentation particulière des menaces, mais cette lutte doit également leur permettre d'en tirer des bénéfices. Cela se fait entre autres par l'intégration des pays représentés comme en voie de développement dans le marché biopharmaceutique. Celui-ci est identifié, dans la perspective états-unienne, comme le principal moyen d'éradication des maladies infectieuses. L'intégration dans l'économie globale capitaliste, et en particulier dans l'industrie pharmaceutique, permet par conséquent de sécuriser les intérêts nationaux des États-Unis, tout en leur offrant la possibilité de tirer des avantages de ces maladies (King, 2002 : 780-781). Cette situation pave ainsi la voie à l'intégration des intérêts économiques et commerciaux des États-Unis dans les questions de santé représentées comme globales (Ingram, 2008b : 76). La réelle problématique dans ce contexte n'est donc pas de savoir de quelle manière est-il possible d'enrayer les pertes humaines associées à ces maladies, mais bien plutôt comme ils le rappellent eux-mêmes, de voir « comment rendre économiquement faisable pour les sciences, technologies et industries américaines de pointe de s'attaquer aux problèmes de santé globaux en faisant en sorte que l'industrie américaine en tire profit, plutôt qu'elle n'en souffre » (OIM, 1997 : 36). La résolution des problèmes de santé à caractère global repose donc entre autres sur l'intégration des pays en voie de développement dans la structure économique capitaliste, et surtout, sur leur participation active, en temps que consommateur, à l'industrie pharmaceutique états-unienne. Cette industrie est, dans cette vision, la réponse adéquate aux problèmes de santé représentés comme globaux. La consommation et l'accès aux médicaments et produits pharmaceutiques états-uniens représentent une source de contrôle externe des maladies infectieuses, reproduisant ainsi une hiérarchie dominante entre le sain et le malade (King, 2002 : 776), le soi et l'Autre par l'intermédiaire de la dichotomie sauveur/sauvé inhérente à la production de l'objet « santé globale ».

## **Conclusion : Santé, imaginaires géographiques et relations internationales**

Les questions de santé associées aux maladies infectieuses et virales apparaissent donc intrinsèquement liées à l'espace et au territoire. La conception du monde comme représentant une seule et unique communauté épidémiologique s'est profondément intégrée dans l'imaginaire collectif. La construction de ces imaginaires géographiques spatialisant les menaces chez l'Autre conditionne ainsi de nombreux comportements et pratiques d'exclusion. Le risque d'infection et de pandémie globale pouvant affecter les pays occidentaux a conduit à l'adoption d'une représentation alarmiste de la relation entre les échelles microbienne, nationale et globale. Les médias et l'industrie culturelle ont eu également un rôle majeur dans la (re)production et l'entretien de ce contexte de stimulation des peurs et angoisses liées à la transmission des maladies infectieuses (King, 2002 : 768- 69). L'intérêt croissant des médias et de l'industrie culturelle pour ce type de maladie date du début des années 1990 (King, 2004 : 70). Les conférences de l'OIM, à partir de 1992, ont été à ce titre, et pour la première fois dans leur histoire, largement couvertes par de nombreux médias généralistes, en plus des médias spécialisés. Plusieurs fictions littéraires traitant de catastrophes épidémiologiques à grande échelle ont également été publiées aux États-Unis et ailleurs à partir de ce moment. Les industries pharmaceutiques ont aussi joué sur l'identification des menaces issues d'une cartographie particulière du risque en faisant des campagnes de publicité concernant les maladies dites « exotiques » et en stimulant un esthétisme du risque hygiénique. La peur des épidémies est ainsi produite et entretenue par les réseaux scientifiques, médiatiques, politiques et corporatifs sur la base de certains imaginaires géographiques fixant la menace chez l'Autre à l'extérieur des frontières nationales, processus qui n'est pas sans rappeler la dichotomie interne/externe propre aux approches traditionnelles des RI.

La structuration et reproduction d'une cartographie des menaces liées aux maladies infectieuses se fait par la nécessité de l'identification d'un coupable et la possibilité de mettre le blâme sur quelqu'un ou quelque chose qui nous est extérieur. En fait, ce processus d'identification de la menace permet de séparer le nous du eux, le dangereux de l'inoffensif et donc, l'ami de l'ennemi, élément analytique fondamental dans l'élaboration de l'identité nationale (Ingram, 2008 : 880 ; Campbell, 1998). L'imaginaire géographique que cela implique permet ainsi le conditionnement de pratiques et comportements face à la menace, dont entre autres la mise en place de pratique de surveillance à l'échelle globale. Ces pratiques de surveillance planétaire concourent à la structuration de nouveaux types de frontières entre le sain et le contaminé, c'est-à-dire entre ce qui peut ou non entrer sur le territoire national de nombreux États occidentaux, dont des États-Unis. Les technologies et mécanismes de surveillance créent de la sorte de nouveaux types de cordons

sanitaires de nature informationnelle autour de zones géographiques à protéger. Ces cordons sanitaires informationnels permettent, dans le même sens que le faisaient les soldats entourant la cité de Venise au 15<sup>e</sup> siècle, de séparer le nuisible du salubre avant son entrée sur le territoire. Ces mesures de surveillance favorisent également la reproduction d'imaginaires géographiques dans lesquels sont inscrites les maladies, leurs causes et leurs origines, renforçant ainsi la dichotomie interne/externe dans le processus d'identification de la menace. Ces pratiques qualifiées par Ingram de domopolitique favorisent une forme spécifique de gouvernementalité rationalisant une série de mesures sécuritaires au nom d'une conception particulière du Soi et de l'Autre (Ingram, 2008a : 876).

L'outil principal de protection contre les maladies infectieuses passe donc par le renforcement des frontières physiques, participant directement à la logique de représentation du danger comme étant extérieur aux États dits « civilisés ». La matérialisation et le renforcement des frontières sont indissociables, dans cette perspective, de la représentation globale des menaces à la santé. Leur fonction principale devient donc la séparation entre le propre et le souillé (Hooker, 2006 : 189), acquérant par le fait même une importance biopolitique considérable et devenant ce que Bashford (2004) a qualifié de ligne d'hygiène radicalisée. Celles-ci permettent de conceptualiser les sources et causes des maladies infectieuses à l'extérieur des frontières nationales et autorisent surtout la légitimation d'un comportement d'exclusion, d'isolation et de sélection envers l'Autre et la différence. Cela permet de définir les différentes identités ainsi que de réordonner et re-hiérarchiser les priorités politiques autour d'un citoyen privilégié et de l'exclusion de ce qui le menace. Cela concourt à une forme de biopolitique où le pouvoir est exercé au niveau de la vie, des espèces, de la race, permettant d'identifier ce qui peut être exposé à la mort, à l'expulsion ou au rejet, de ce qui ne peut l'être (Ingram, 2008a : 878). C'est précisément cette politique de la vie et du vivant (Rose, 2007 ; Rose et Rabinow, 2006) au niveau supranational que les RI traditionnelles se sont avérées incapables d'analyser et de problématiser, et pour laquelle la « marge » de la discipline offre des outils analytiques et conceptuels importants.

## **Bibliographie**

Aginam, Obijiofor (2003), « The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy : A Postcolonial View », *Law, Social Justice & Global Development* (1) : 1-15.

id., (2004), « Between Isolationism and Mutual Vulnerability : A South-North Perspective on Global Governance of Epidemics in an Age of Globalization », *Temple Law Review* 77 : 297-312.

id., (2006), « Globalization of Health Insecurity : the World Health Organization and the New International Health Regulations », *Medicine and law* 25 (4) : 663-672.

- Anderson, Warwick P. (1998), « Where Is the Postcolonial History of Medicine? » *Bulletin of the History of Medicine* 72 (3) : 522-30.
- Bashford, Alison (2001), « Foreign Bodies : Vaccination, Contagion and Colonialism in the Nineteenth Century », dans Alison Bashford et Claire Hooker (eds.), *Contagion : Historical and Cultural Studies*, London : Routledge.
- id., (2002), « At the Border Contagion, Immigration, Nation », *Australian Historical Studies* 33 (120) : 344-58.
- id., (2004), *Imperial Hygiene : A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*, New York : Palgrave.
- id., (2006a), « Introduction », dans *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*. Alison Bashford (ed.), New York : Palgrave.
- id., (2006b), « Global Biopolitics and the History of World Health », *History of the Human Sciences*, 19 (1) : 67-88.
- Bashford, Alison, et Claire Hooker, eds. (2001), *Contagion : Historical and Cultural Studies*. London : Routledge.
- id., (2001), « Introduction : Contagion, Modernity and Postmodernity », dans Alison Bashford et Claire Hooker (eds.), *Contagion : Historical and Cultural Studies*, London : Routledge.
- Bashford, Alison, and Maria Nugent (2001), « Leprosy and the Management of Race, Sexuality and Nation in Tropical Australia », dans Alison Bashford and Claire Hooker (eds.), *Contagion : Historical and Cultural Studies*, London : Routledge.
- Booth, Ken (1991), « Security and Emancipation », *Review of International Studies*, 17(4).
- id., ed. (2005), *Critical Security Studies and World Politics*, Boulder et Londres: Lynne Rienner.
- Brown, Theodore M, Marcos Cueto, et Elizabeth Fee (2006), « The World Health Organisation and the Transition from "International" to "Global" Health », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York : Palgrave.
- Calain, Philippe (2007), « Exploring the International Arena of Global Public Health Surveillance », *Health Policy and Planning* 22 (2) : 2-12.
- Campbell, David (1998), *Writing Security : United States Foreign Policy and the politics of Identity*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Castel, Robert (1991), « From Dangerousness to Risk », dans G. Burchell, C Gordon et P. Miller (eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago: University of Chicago Press.
- Convery, Ian, John Welshman, et Alison Bashford (2006), « Where is the Border? : Screening for Tuberculosis in the United Kingdom and Australia », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York : Palgrave.
- Council on Foreign Relations (2001), *Why Health Is Important to U.S. Foreign Policy*, Jordan S. Kassalow (ed.) accessible en ligne à :
- [http : //www.cfr.org/content/publications/attachments/Why- Health-Is-Important-To-Foreign-Policy.pdf](http://www.cfr.org/content/publications/attachments/Why-Health-Is-Important-To-Foreign-Policy.pdf).
- D'Aoust, Anne-Marie, David Grondin et Alex Macleod (2007), « Les études de sécurité », dans *Théories des relations internationales : Contestations et résistance*, Montréal : Athéna Éditions.



- De Paolo, Charles (2006), *Epidemic Disease and Human Understanding : A Historical Analysis of Scientific and Other Writings*. Boston : McFarland & Company.
- Diderot, D, et D'Alembert (1973), *L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* Traduit par Stephen J. Gendzier, Paris: Flammarion.
- Dry, Sarah (2008), « Epidemics for All? Governing Health in a Global Age », STEPS Working Paper 9, STEPS Centre, Brighton.
- Elbe, Stephan (2005), « AIDS, Security, Biopolitics », *International Relations* 19 (4) : 403-419.
- Feldbaum, Harley, Preeti Patel, et Kelley Lee (2006), « The National Security Implications of HIV/AIDS », *PloS Med* 3(06).
- Feldbaum, Harley, Preeti Patel, Egbert Sondorp et Kelley Lee (2006), « Global health and national security: the need for critical engagement », *Medicine, Conflict and Survival* 22(03):192-98.
- Fidler, David P (1996), « Globalization, International Law, and Emerging Diseases », *Emerging Infectious Diseases* 2 : 77-84.
- id., (1997), « Return of the Fourth Horseman : Emerging Infectious Diseases and International Law », *Minnesota Law Review* 81 : 771-868.
- id., (2003), « SARS : Political Pathology of the First Post-Westphalian Pathogen », *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 31 : 485-505.
- Hansen, Lene (2006), *Security as Practice: Discourse Analysis and the Bosnian War*, London : Routledge.
- Heymann, David L. (2003), « The Evolving Infectious Disease Threat : Implications for National and Global Security », *Journal of Human Development and Capabilities* 4 (2) : 191-207.
- Heymann, David L., et G. Rodier (1998), « Global Surveillance of Communicable Diseases », *Emerging Infectious Diseases* 4 : 362-5.
- Hooker, Claire (2006), « Drawing the Lines : Danger and Risk in the Age of SARS », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* New York : Palgrave.
- Ingram, Alan (2005), « The New Geopolitics of Disease : Between Global Health and Global Security », *Geopolitics* 10 : 522-45.
- id., (2007), « HIV/AIDS, Security and the Geopolitics of US-Nigerian Relations », *Review of International Political Economy* 10 (3) : 510-34.
- id., (2008a), « Domopolitics and Disease : HIV/AIDS, Immigration, and Asylum in the UK », *Environment and Planning D* 26 : 875-94.
- id., (2008b), « Pandemic Anxiety and Global Health Security », dans R. Pain et S. J. Smith(eds.), *Fear : Critical Geopolitics and Everyday Life*, Aldershot : Ashgate.
- Institute of Medicine (1992), *Emerging Infections : Microbial Threats to Health in the United States*, Joshua Lederberg, Robert E. Shope, et Stanley C. Oaks, Jr. (eds.), Washington : National Academy Press.
- id., (1997), *America's Vital Interest in Global Health : Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*, Washington : National Academy Press.
- id., (2003), *Microbial Threats to Health : Emergence, Detection, and Response*, Mark S. Smolinski, Margaret A. Hamburg, et Joshua Lederberg (eds.), Washington : National Academy Press.

King, Nicholas B. (2002), « Security, Disease, Commerce : Ideologies of Post-Colonial Global Health », *Social Studies of Science* 32 (5-6) : 763-789.

id., (2003), « Immigration, Race and Geographies of difference in the Tuberculosis Pandemic », dans M. Gandy et A. Zumla (eds.), *The Return of the White Plague*, New-York : Verso.

id., (2004), « The Scale politics of Emerging Diseases », *Osiris* 19 : 62-76.

Mawani, Renisa (2006), « Screening out Diseased Bodies : Immigration, Mandatory HIV Testing, and the Making of a Healthy Canada », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York : Palgrave.

McInnes, Colin, et Kelley Lee (2006), « Health, Security and Foreign Policy », *Review of International Studies* 32 (1) : 5-23.

Minna Stern, Alexandra (2006), « Yellow Fever Crusade: US Colonialism, Tropical Medicine, and the International Politics of Mosquito Control, 1900-1920 », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York: Palgrave.

National Intelligence Council (2000), «National Intelligence Estimate : The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States», CIA, rapport no NIE 99-17D.

Roemer, Milton (1994), « Internationalism in Medicine and Public Health », dans D. Porter (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam : Rodopi.

Rose, Nikolas (2007), *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princetown: Princetown University Press.

Rose, Nikolas, et Paul Rabinow (2006), « Biopower Today », *BioSocieties* 1:195-217.

Said, Edward W. (1995), *Orientalism*. London : Penguin.

Schell, Heather (1997), « Outburst! A Chilling True Story about Emerging-Virus Narratives and Pandemic Social Change », *Configurations* 5 (1) : 93-133.

Shildrick, M. (2001), « Vulnerable Bodies and Ontological Contagion », dans Alison Bashford et Claire Hooker (eds.), *Contagion : Historical and Cultural Studies*, Abington : Routledge.

Strange, Carolyn. (2006), « Postcard from Plaguetown : SARS and the Exoticization of Toronto », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New-York : Palgrave.

Weir, Lorna, et Eric Mykhalovskiy (2006), « The Geopolitics of Global Public Health Surveillance in the Twenty-First Century », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York : Palgrave.

Wyn Jones, Richard (1999), « Theory: Reconceptualizing Security », dans *Security, Strategy and Critical Theory*. Boulder: Lynne Rienner.

Zerner, Charles (2005), « Emerging Cartographies of Environmental Danger : Africa, Ebola and AIDS », dans Besty Hartmann, Banu Subramanian et Charles Zerner (eds.), *Making Threats : Biofears and Environmental Anxieties*, Lanham : Rowman & Littlefield Publishers.

Zylberman, Patrick (2006), « Civilizing the State : Borders, Weak States and International Health in Modern Europe », dans Alison Bashford (ed.), *Medicine at the Border : Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York : Palgrave.