POLITIQUES INDUSTRIELLES ET JUSTICE SOCIALE : LECTURE CRITIQUE DE L'OCCULTATION DES BESOINS DES MALADES RENAUX EN COTE D'IVOIRE

Ablakpa Jacob AGOBE
Maître de Conférences(CAMES)
Ecole Doctorale SCALL-ETAMP
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
jacobagobe@yahoo.fr
agobe.jacob42@ufhb.edu.ci
EBEN-EZER César Léonce Koffi
Maître de Conférences(CAMES)
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
ebenezercesae@yahoo.fr

Résumé :

Cette étude interroge, à partir d'une démarche qualitative articulant entretiens et observations, les modalités par lesquelles les politiques industrielles ivoiriennes contribuent à l'occultation des besoins des personnes atteintes d'insuffisance rénale. Elle met en évidence une hiérarchisation des secteurs selon leur rentabilité, au détriment des impératifs d'équité sanitaire. Les résultats révèlent une marginalisation structurelle des malades rénaux, symptôme d'un déficit de justice sociale. L'analyse éclaire les logiques de production de l'indifférence étatique. La conclusion appelle à une reconfiguration inclusive des priorités industrielles.
Mots clés : *Inégalités sociosanitaires, Rationalité néolibérale, Marginalisation institutionnelle*

Abstract:

This study examines, through a qualitative approach combining interviews and observations, the ways in which Ivorian industrial policies contribute to the concealment of the needs of individuals suffering from renal failure. It highlights a sectoral prioritisation driven by profitability, to the detriment of imperatives of health equity. The findings expose a structural marginalisation of renal patients, symptomatic of a broader deficit in social justice. The analysis sheds light on the underlying logics that produce institutional indifference. The conclusion advocates for an inclusive reconfiguration of national industrial priorities.
Keywords: *Socio-health inequalities, Neoliberal rationality, Institutional marginalisation*

Introduction

Les données de terrain montrent une occultation persistante des malades rénaux dans les priorités de santé publique. Les structures de prise en charge sont rares, souvent saturées, et situées dans les grandes villes. Les coûts de traitement, notamment pour la dialyse, sont prohibitifs. Très peu de politiques ciblent directement cette catégorie de malades. Dans le même temps, la politique industrielle ivoirienne affiche des ambitions de relance pharmaceutique. Elle met l'accent sur la substitution aux importations, la valorisation locale des intrants et le soutien à la production nationale. Toutefois, les pathologies chroniques lourdes ne figurent pas au cœur de ces plans industriels. Ce décalage crée une inégalité structurelle dans l'accès aux traitements.

Le paradoxe est frappant. L'État revendique une volonté d'industrialisation au service du progrès social. Pourtant, les dispositifs mis en œuvre profitent surtout aux segments rentables du marché pharmaceutique. Les besoins spécifiques des malades chroniques, comme les insuffisants rénaux, restent en marge. Ils sont absents des programmes d'innovation. Ils sont absents du débat public. Ils sont absents des chiffres de rentabilité. Cette absence n'est pas fortuite. Elle résulte d'un arbitrage politique entre profit industriel et vulnérabilité sanitaire. D'où la question suivante : comment les politiques industrielles contemporaines en Côte d'Ivoire participent-elles à la marginalisation des malades rénaux dans l'espace sanitaire et symbolique ?

Cette recherche vise une double contribution. Elle éclaire, d'un point de vue scientifique, les mécanismes sociaux de production de l'invisibilité dans les politiques publiques. Elle mobilise une sociologie critique de la santé, attentive aux logiques d'exclusion, aux rapports de pouvoir, et aux régimes de reconnaissance. D'un point de vue utilitaire, elle interpelle les décideurs sur les angles morts de l'industrialisation en santé. Elle plaide pour une reconfiguration des priorités industrielles à partir des besoins réels des populations. Elle donne voix aux oubliés du développement. Et elle pose une exigence : celle d'une justice sociale ancrée dans les réalités sanitaires les plus urgentes.

Les politiques industrielles dans les pays du Sud sont souvent conçues selon des logiques de croissance macroéconomique, laissant en marge les besoins spécifiques des groupes vulnérables. Dans *La misère du monde* (Bourdieu, 1993), l'auteur rappelle que les souffrances sociales invisibles

sont produites par les structures économiques et symboliques qui dénient aux individus les moyens d'expression et de reconnaissance. En Côte d'Ivoire, les insuffisants rénaux incarnent cette population silencieuse, doublement marginalisée par une maladie chronique invalidante et par une politique de santé qui privilégie l'importation de solutions prêtes-à-l'emploi plutôt que la structuration d'une industrie pharmaceutique orientée vers les maladies non transmissibles. L'invisibilisation des besoins de ces malades révèle ainsi une forme d'oubli structurel inscrit dans les priorités industrielles, souvent tournées vers l'exportation ou la compétitivité, au détriment de la justice sanitaire.

Dans cette perspective, les travaux de Nancy Fraser (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, permettent d'éclairer les formes contemporaines d'injustice, notamment lorsque la reconnaissance des groupes sociaux est entravée par des rapports de pouvoir économiques et politiques. Les malades rénaux en Côte d'Ivoire se trouvent à l'intersection d'une double injustice : d'une part, ils sont exclus des circuits de redistribution (faible couverture sociale, coûts élevés des soins), et d'autre part, leurs revendications n'accèdent pas à l'espace public, faute de représentation politique ou associative efficace. L'absence d'une industrie pharmaceutique locale capable de produire les intrants nécessaires à la dialyse traduit alors un choix politique implicite, qui alimente une hiérarchie silencieuse des vies, où certaines pathologies reçoivent une attention institutionnelle tandis que d'autres demeurent reléguées dans les marges du système de santé.

Enfin, l'approche développée par Fassin (2018), dans *La vie. Mode d'emploi critique*, souligne que la biopolitique moderne ne se réduit pas à la gestion technicienne des corps, mais qu'elle organise des formes différentielles de vie, où certaines existences sont médicalement et socialement moins valorisées. En Côte d'Ivoire, les politiques industrielles en santé ne prennent pas en compte les formes de vie vulnérables que sont les malades chroniques, notamment ceux souffrant d'insuffisance rénale, faute de pression sociale ou d'intérêt économique immédiat. Cette absence de production pharmaceutique locale adaptée ne relève donc pas d'un simple déficit technique, mais d'un arbitrage politique qui reflète les priorités d'un État orienté vers une rationalité économique néolibérale. Ainsi, la négation symbolique des malades rénaux devient un révélateur d'une justice sociale inachevée, où les

promesses de développement industriel se déploient sans tenir compte des urgences sanitaires réelles des populations.

1. Ancrage théorique et méthodologique

L'analyse sociologique de l'effacement discursif des besoins des malades rénaux dans le contexte des politiques industrielles ivoiriennes a mobilisé plusieurs cadres théoriques. La théorie de la justice sociale proposée par Nancy Fraser (2005) a permis de penser simultanément la redistribution des ressources sanitaires et la reconnaissance des identités sociales vulnérabilisées. Cette approche a été mise en dialogue avec la sociologie critique de Bourdieu (2001), notamment pour comprendre comment les rapports de pouvoir symboliques entre champs industriel, médical et politique produisent des formes d'invisibilité sociale. Enfin, la perspective foucaldienne sur la biopolitique (Foucault, 1976) a contribué à situer cette mise sous silence dans un régime global de gouvernement des populations, où certaines vies sont rendues administrativement négligeables.

La critique comparative de ces théories a permis de saisir les convergences et les lignes de tension dans la compréhension de l'objet. Fraser et Bourdieu convergent sur le rôle des structures dans la production des inégalités, mais divergent sur la place de l'agent : Fraser insiste sur la possibilité d'une transformation normative par la mobilisation des acteurs sociaux, alors que Bourdieu met en lumière la reproduction des dominations par l'intériorisation des habitus. Foucault, quant à lui, se distingue par son refus de la centralité du sujet politique, insistant davantage sur les effets de pouvoir diffus dans les dispositifs sanitaires. Si ces approches permettent toutes d'élucider les mécanismes de mise à l'écart des malades rénaux, elles diffèrent dans leur posture vis-à-vis de la transformation sociale : prescriptive chez Fraser, analytique chez Bourdieu, généalogique chez Foucault.

L'étude s'était inscrite dans une démarche qualitative inductive, attentive aux significations que les acteurs eux-mêmes attribuaient à leur expérience de la maladie et de l'accès aux traitements. Le choix du site d'Abidjan se justifiait par sa position centrale dans la gouvernance nationale du secteur pharmaceutique et par la concentration des infrastructures néphrologiques publiques et privées. Ce contexte permettait de documenter à la fois les logiques institutionnelles de

priorisation industrielle et les pratiques concrètes de prise en charge ou d'abandon thérapeutique. Les critères d'inclusion avaient retenu les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, les membres de leurs familles, les professionnels de santé spécialisés en néphrologie, ainsi que les responsables institutionnels en charge des politiques industrielles et sanitaires.

L'échantillonnage avait été réalisé selon une méthode raisonnée, fondée sur la recherche de saturation thématique. Les entretiens semi-directifs, conduits auprès d'une vingtaine de participants, avaient été enregistrés, transcrits puis analysés à l'aide de l'analyse thématique selon la méthode de Braun et Clarke (2006). Le processus analytique s'était articulé en trois temps : codage initial, élaboration de catégories intermédiaires, puis mise en lien avec les cadres théoriques. Cette triangulation empirico-théorique avait permis de faire émerger des logiques de priorisation industrielle, de marginalisation sanitaire, et de non-reconnaissance institutionnelle, éclairant ainsi la production sociale de l'invisibilité des besoins des malades rénaux comme un enjeu central de justice sociale.

2. Résultats

2. 1. L'effacement politique des maladies non-rentables : entre indifférence institutionnelle et rationalité économique

Cet axe a mis en évidence un mécanisme d'occultation institutionnelle des pathologies jugées peu rentables industriellement ou l'oubli institutionnalisé des maladies non-rentables, tel que l'insuffisance rénale chronique. La non-intégration des besoins spécifiques de ces patients dans les politiques industrielles trahit une logique de tri sanitaire, où les vies socialement disqualifiées sont écartées du périmètre des priorités industrielles. Ce processus renvoie à ce que Nancy (2005) qualifie d'« injustice de reconnaissance ».

> **Données discursives collectées** : *« On parle de paludisme et de vaccination partout, mais jamais des malades du rein. Pourtant, on meurt chaque semaine. »* (**Enquêté 6, patient, 47 ans**) ; *« Dans les discours officiels, notre maladie n'existe pas. Ils ne la mentionnent même pas dans*

*leurs plans. » (**Enquêté 10, responsable d'association de patients**) ; « Pour les industriels, produire pour nous ne rapporte rien, alors ils nous ignorent. » (**Enquêté 3, néphrologue)***

Ces données discursives mettent en lumière un processus d'occultation sanitaire structurée, révélateur des hiérarchies implicites de reconnaissance au sein des politiques de santé publique et industrielle. Le fait que les pathologies rénales soient marginalisées dans les représentations discursives officielles et les priorités institutionnelles indique une logique sélective de visibilité biopolitique. Ce mécanisme d'effacement symbolique ne procède pas d'un oubli accidentel, mais d'une rationalisation technocratique fondée sur des critères de rendement, de fréquence statistique ou de visibilité médiatique. Loin d'être neutre, cette hiérarchisation des vies à soigner participe d'une production inégale de la valeur sociale des existences biologiques.

Le silence des politiques publiques, tel que dénoncé par les acteurs associatifs et les patients eux-mêmes, s'apparente à une forme de violence symbolique institutionnalisée. Le non-dit, l'omission ou l'absence dans les documents stratégiques de santé constituent autant de formes de délégitimation tacite de certaines souffrances. Ce déficit de reconnaissance se traduit concrètement par un manque de dispositifs ciblés, d'investissements dédiés ou de structures adaptées. En marginalisant certaines maladies dans les priorités de planification sanitaire, l'État participe à la naturalisation de leur invisibilité, renforçant un régime de vulnérabilité structurelle.

Pour finir, l'énoncé du néphrologue révèle la collusion entre rationalité économique et hiérarchie des vies soignables. Le refus implicite des industriels d'investir dans des traitements pour les insuffisants rénaux, au nom de la non-rentabilité, illustre une forme de gouvernement par le marché, où la logique du profit supplante la logique de l'éthique collective. Ce déplacement du soin vers l'économiquement pertinent transforme les patients atteints de maladies lourdes en « vies sans valeur marchande », et rend manifeste la façon dont la structure industrielle participe à la reproduction des inégalités sanitaires. Il en résulte une forme d'oubli organisé, où le silence devient un outil de gestion des existences non rentables.

2. 2. Fragmentation institutionnelle et dilution de la responsabilité publique : sociologie des zones grises de l'action étatique en contexte néolibéral

Les résultats ont montré que la gestion des besoins des malades rénaux souffre d'une absence de coordination entre les ministères de la santé, de l'industrie et de la solidarité. Cette fragmentation bureaucratique a créé des zones grises de responsabilité où les acteurs institutionnels se renvoient la charge, favorisant un effacement des obligations de l'État social, au sens de Castel (1995).

> **Matériel d'analyse textuelle** : *« Le ministère de la santé dit que ce n'est pas à lui de penser aux médicaments. L'industrie dit qu'elle ne fait que du business. » (**Enquêté 11, cadre technique**) ; « Quand on demande de l'aide, on nous dit que ce n'est pas prévu dans les politiques actuelles. » (**Enquêté 5, malade, 52 ans**), « Aucun ministère ne se sent directement concerné. Résultat : on reste seuls. » (**Enquêté 8, infirmier néphrologique**)*

Le matériau discursif recueilli met en lumière un phénomène de disjonction institutionnelle, où les logiques de sectorialisation administrative produisent une fragmentation des responsabilités et une dilution des devoirs publics. La répartition cloisonnée des compétences entre les différents ministères santé, industrie, économie aboutit à une forme d'irresponsabilité systémique dans laquelle aucun acteur institutionnel ne s'autorise à porter la question du médicament pour les maladies chroniques non transmissibles comme l'insuffisance rénale. Ce que révèlent ces discours, c'est moins une absence d'acteurs que la présence d'une architecture bureaucratique qui, sous couvert de spécialisation fonctionnelle, fabrique de l'inaction.

Ce jeu de renvois entre institutions traduit une dépolitisation progressive du soin pharmaceutique, délégué soit au marché, soit à des logiques techniques déconnectées des souffrances vécues. L'énoncé selon lequel « l'industrie ne fait que du business » illustre le désengagement éthique d'un secteur marchand fonctionnant selon une rationalité strictement économique, tandis que l'invocation par le

ministère de la santé de sa non-compétence pharmacologique consacre une rupture du lien entre santé publique et politiques du médicament. Ce découplage entre les sphères décisionnelles produit un vide de gouvernance qui accentue la précarisation des malades.

Le sentiment d'abandon exprimé par les soignants et les patients témoigne ainsi d'un effondrement de la responsabilité collective, au profit d'une gestion bureaucratisée du vide. Ce vide institutionnel, loin d'être un simple déficit d'organisation, constitue une modalité active de gestion différenciée des vies. Il participe à la construction d'une population perçue comme « résiduelle », pour laquelle aucune anticipation, aucun dispositif, aucune volonté politique ne sont « prévus ». L'invisibilité programmée des insuffisants rénaux devient dès lors le produit d'une chaîne d'évitements structurels, où l'impossibilité d'imputer une responsabilité identifiable est elle-même un mode de production de l'exclusion sanitaire.

2. 3. Logiques néolibérales et marchandisation de la santé

Ce troisième axe a révélé une pénétration croissante des logiques néolibérales dans la régulation industrielle et sanitaire, traduite par la privatisation de l'offre pharmaceutique, la recherche de rentabilité à court terme, et la délégation des responsabilités sociales au marché. La santé devient une marchandise, et l'accès aux traitements des plus vulnérables est renvoyé à leur pouvoir d'achat, dans une dynamique dénoncée par Dardot et Laval (2009) dans *La Nouvelle Raison du Monde*.

> **Corpus des discours collectés** *: « Tout est devenu une affaire d'argent. Celui qui n'a pas de moyens ne se soigne pas. » (**Enquêté 1, patient, 63 ans**) ; « Les laboratoires produisent ce qui se vend bien, pas ce qui est vital. » (**Enquêté 9, pharmacien hospitalier**) ; « Même les hôpitaux publics ont des comportements d'entreprise aujourd'hui. » (**Enquêté 13, médecin-chef**)*

Le corpus recueilli met en exergue une marchandisation croissante de la santé, où la logique économique s'impose comme principe organisateur des décisions médicales, industrielles et institutionnelles. Les propos des enquêtés révèlent une translation axiologique, selon

laquelle la valeur marchande supplante la valeur sociale des traitements. Le soin, autrefois inscrit dans une éthique de la solidarité nationale, devient conditionné par l'accès aux ressources financières individuelles, instaurant une hiérarchie implicite entre les vies solvables et celles rendues invisibles faute de rentabilité. L'inégalité devient ainsi une forme d'ordonnancement légitimé du champ sanitaire.

Dans ce contexte, l'industrie pharmaceutique locale, loin d'être conçue comme un vecteur de souveraineté thérapeutique, se configure selon les régulations du marché, orientant la production non en fonction des besoins pathologiques les plus urgents, mais en fonction des niches de consommation les plus rentables. Cette rationalité économique, décrite dans les propos des enquêtés, opère une sélection implicite des maladies "valorisables", reléguant les affections lourdes et chroniques comme l'insuffisance rénale à une marginalité structurelle. Le soin cesse ainsi d'être un droit universel pour devenir un produit différencié, distribué selon des logiques de profit et non d'équité.

Par ailleurs, l'évocation d'une « entreprise hospitalière » illustre un processus d'hybridation institutionnelle où les établissements publics, contraints par la réduction des subventions et la pression sur les coûts, adoptent progressivement des comportements inspirés du secteur privé : tarification des actes, orientation des services vers des activités rentables, sélectivité implicite des patients. Cette transformation des hôpitaux publics en entités gestionnaires contribue à l'érosion du pacte social initial, dans lequel l'État se posait en garant d'une médecine accessible et non-discriminante.

En somme, l'ensemble des discours convergent vers une même configuration : la domination du paradigme marchand au détriment du paradigme social dans la gouvernance sanitaire. L'insuffisance rénale devient alors un révélateur paradigmatique d'un système de santé fragmenté, stratifié et profondément inégalitaire, dans lequel la rentabilité agit comme filtre d'existence médicale, et où les institutions, qu'elles soient industrielles ou hospitalières, ne résistent plus à l'impératif néolibéral de performance économique.

2. 4. Expériences vécues de la relégation sanitaire des malades rénaux : une socio-analyse des inégalités de reconnaissance et des formes d'indifférence institutionnalisée

Les personnes vivant avec l'insuffisance rénale développent un

sentiment d'abandon structurel, nourri par des dispositifs de soins inadaptés, un isolement institutionnel et une précarité persistante. Leur souffrance est non seulement biologique mais aussi sociale, traduisant une relégation intériorisée, au sens de Loïc Wacquant (2004). Cette relégation affecte leur dignité, leur capacité d'agir ou de leur dynamique d'action sociale et leur rapport à l'État.

> **Matériel d'analyse textuelle** : *« Nous sommes comme des morts en sursis. Personne ne nous considère. »* (***Enquêté 4, veuve d'un patient décédé***) ; *« À chaque dialyse, je me dis que c'est peut-être la dernière faute d'argent. »* (***Enquêté 12, patient***) ; *« Même nos proches nous regardent comme des fardeaux. »* (***Enquêté 2, femme de 45 ans***)

Les discours recueillis dévoilent une mise en invisibilité sociale des malades rénaux, que l'on peut interpréter comme une forme de relégation symbolique et matérielle. L'expression « morts en sursis » signale une désubjectivation radicale, dans laquelle les individus ne sont plus reconnus comme porteurs d'un droit à la vie, mais comme des existences suspendues à des contingences économiques. Cette désaffiliation progressive traduit l'abandon d'un rôle protecteur de l'État, défaillant dans sa fonction régulatrice, au profit d'un système de santé fragmenté où les individus les plus vulnérables se voient symboliquement expulsés de la communauté politique.

La précarité économique qui entoure l'accès aux soins, notamment à travers la dialyse, opère ici comme une mécanique d'incertitude existentielle permanente. Le fait de « penser que chaque dialyse peut être la dernière » rend visible une inscription de la maladie dans le temps court, marqué par l'instabilité et la dépendance. Cette temporalité fragmentée, angoissée, déstructure les rapports au futur et rend impossible toute projection biographique. Le soin devient alors un événement conditionné par l'aléatoire financier, ce qui génère une détresse psychosociale où l'État social est perçu comme démissionnaire.

À cela s'ajoute une stigmatisation silencieuse au sein même de l'espace domestique. Le sentiment d'être perçu comme un fardeau par les proches traduit une dégradation du lien social, où la solidarité primaire, fondée sur les obligations morales de parenté, est minée par le poids du coût de

la maladie. Cette dynamique engendre un isolement affectif qui se superpose à l'exclusion institutionnelle, renforçant la marginalité des patients. L'intériorisation de cette charge identitaire négative participe d'un processus de dépossession subjective, où la dignité devient difficilement soutenable.

En somme, cette analyse met en lumière un triple processus : invisibilisation par les politiques publiques, incertitude produite par la marchandisation du soin, et désaffiliation affective dans la sphère intime. Ce triptyque révèle que la maladie rénale chronique, dans le contexte ivoirien, ne relève pas seulement d'un enjeu sanitaire, mais constitue un analyseur puissant des inégalités sociales, des ruptures institutionnelles et des failles dans la reconnaissance des vies vulnérables comme dignes d'attention et de protection.

2. 5. Appel à une justice redistributive et épistémique

Malgré l'adversité, les enquêtés ont exprimé un désir de reconnaissance institutionnelle et une demande d'inclusion dans les politiques publiques industrielles. Loin d'un simple plaidoyer moral, leur discours s'ancre dans une revendication de justice sociale (Rawls, 1971) et de justice épistémique (Fricker, 2007), appelant à la reconfiguration des priorités industrielles pour inclure les besoins des populations médicalement et socialement vulnérables.

> **Corpus discursif recueilli** : *« Ce pays doit penser aussi aux oubliés, pas seulement à ce qui rapporte. » (**Enquêté 7, patient, enseignant à la retraite**) ; « Nous voulons des politiques industrielles humaines, pas seulement économiques. » (**Enquêté 14, ONG santé communautaire**) ; « Ce qu'on vit doit servir à changer les choses pour les autres après nous. » (**Enquêté 15, malade en phase terminale**)*

Le corpus discursif met en exergue une critique fondamentale des orientations étatiques et industrielles, perçues comme exclusivement centrées sur la rentabilité économique au détriment de la justice sociale. L'expression « penser aussi aux oubliés » incarne une revendication pour une reconnaissance sociopolitique élargie, dénonçant une logique de

marginalisation systémique. Cette critique reflète une tension profonde entre les impératifs économiques du développement industriel et les exigences éthiques d'inclusion sociale, où les populations vulnérables sont systématiquement reléguées à la périphérie des politiques publiques.

L'appel à des « politiques industrielles humaines » traduit une demande d'intégration des dimensions sociales dans la construction des stratégies économiques. Ce glissement discursif souligne la nécessité d'une redéfinition du rôle de l'État et des acteurs industriels, non plus uniquement comme producteurs de richesse, mais comme garants d'une redistribution équitable des ressources et d'une prise en charge effective des besoins spécifiques. Cette demande exprime implicitement un reproche quant à l'insuffisance des mécanismes de régulation sociale dans les politiques actuelles, qui perpétuent les inégalités et l'exclusion.

Finalement, la posture anticipatrice exprimée par le malade en phase terminale, qui souhaite que son expérience contribue à transformer les conditions pour les générations futures, révèle un horizon d'émancipation collective. Ce témoignage illustre une conscience critique qui dépasse la seule condition individuelle, mobilisant une dimension politique et morale à travers la mémoire vécue de la maladie. Il s'inscrit dans une dynamique d'agentivité où les acteurs marginalisés revendiquent un rôle actif dans la production des savoirs et des politiques, revendiquant ainsi une justice réparatrice et une reconfiguration des priorités sociétales.

3. Discussion

Les résultats mettent en lumière une marginalisation structurelle persistante des insuffisants rénaux, laquelle se manifeste par un accès inégalitaire et précaire aux traitements essentiels. Cette marginalisation ne relève pas d'un simple dysfonctionnement ponctuel, mais s'inscrit dans un système social et politique où les besoins spécifiques des malades chroniques sont systématiquement relégués au second plan. Elle traduit ainsi un déficit profond de justice sociale, caractérisé par une reconnaissance insuffisante des droits à la santé et une répartition inéquitable des ressources médicales. Cette invisibilisation institutionnelle des patients atteints d'insuffisance rénale illustre la manière dont les politiques publiques et industrielles perpétuent les

hiérarchies sociales et économiques en excluant les groupes vulnérables de l'accès aux soins.

Les résultats obtenus convergent avec les analyses classiques sur la marginalisation structurelle telle que décrite dans la sociologie critique. En effet, ces constats rejoignent la conceptualisation de la justice sociale comme lutte pour la reconnaissance et la redistribution, telle que formulée par Nancy (2003) dans *"Justice Interruptus"*. Fraser insiste sur le fait que l'injustice se manifeste à la fois par une non-reconnaissance culturelle et par des inégalités économiques structurelles, deux dimensions intimement liées et observables dans l'exclusion des malades rénaux. L'étude corrobore ainsi l'idée que la marginalisation sanitaire est une forme paradigmatique de reconnaissance insuffisante, qui engendre une distribution inéquitable des ressources et une précarisation des conditions de vie.

Cependant, une divergence apparaît lorsqu'on confronte ces résultats avec l'approche fonctionnaliste de Talcott (1951) dans *"The Social System"*. Parsons postule que les institutions sociales tendent vers la stabilité et l'intégration des individus par des mécanismes normatifs et fonctionnels. Or, les données montrent au contraire une désintégration manifeste des droits à la santé pour ce groupe spécifique. Cette discordance souligne la limite d'une théorie qui sous-estime les rapports de pouvoir et les conflits d'intérêts inhérents aux politiques publiques, particulièrement dans un contexte néolibéral marqué par la marchandisation du soin.

La grille d'analyse foucaldienne de la biopolitique, développée par Michel Foucault (1976) dans *"La Volonté de savoir"*, éclaire également ces résultats. La marginalisation des insuffisants rénaux peut être interprétée comme une manifestation de dispositifs de pouvoir qui gèrent les populations en fonction de critères économiques et productifs. La « gestion des vies » opérée par les politiques industrielles favorise les sujets rentables, excluant ainsi les malades chroniques non productifs. Cette perspective révèle les mécanismes subtils d'exclusion et de contrôle qui sous-tendent l'indifférence institutionnelle relevée dans l'étude.

Enfin, cette analyse rejoint la critique de Bourdieu (1993) sur la reproduction des inégalités dans *"La Misère du monde"*. Bourdieu démontre comment les structures sociales, notamment à travers les institutions de santé, reproduisent les hiérarchies sociales. L'invisibilisation des malades rénaux s'inscrit dans ce processus, où le

capital économique et symbolique conditionne l'accès aux soins, amplifiant la vulnérabilité des groupes marginalisés.

Ainsi, la justice sociale ne peut être pensée sans une remise en cause des rapports de domination intégrés au cœur des politiques publiques et industrielles.

En somme, les résultats de cette étude dialoguent avec des perspectives critiques qui soulignent la dimension politique et sociale de la santé, tout en mettant en évidence les limites des approches fonctionnelles et normatives. Ils invitent à penser une justice sociale élargie, intégrant à la fois reconnaissance, redistribution et transformation des structures de pouvoir qui régissent l'accès aux soins.

Conclusion

Cette étude a permis d'explorer, à travers une approche qualitative rigoureuse, les dynamiques sociales et politiques qui sous-tendent l'invisibilisation des besoins spécifiques des malades rénaux en Côte d'Ivoire. En mobilisant une analyse sociologique fine, elle a mis en exergue la marginalisation structurelle des insuffisants rénaux, inscrite dans un système où les politiques industrielles privilégient des logiques économiques excluantes au détriment d'une justice sociale véritable. Le choix d'Abidjan comme terrain d'étude s'est justifié par son rôle central dans les politiques sanitaires et industrielles nationales, ainsi que par la concentration des acteurs institutionnels et des populations affectées. Cette méthodologie a permis de recueillir un matériau discursif riche, révélateur des tensions entre les impératifs économiques et les exigences de santé publique.

Les résultats obtenus traduisent une dépendance technologique marquée et une précarité sanitaire exacerbée par la faiblesse de la production pharmaceutique locale. Ils illustrent la manière dont les mécanismes d'exclusion s'opèrent au travers de politiques publiques fragmentées et d'un désengagement étatique dans un contexte néolibéral. Cette marginalisation est renforcée par l'absence d'une reconnaissance institutionnelle adéquate des malades rénaux, qui se traduit par un accès inégal et souvent interrompu aux traitements vitaux. Ces constats soulignent ainsi l'urgence de repenser la place des maladies chroniques dans les politiques sanitaires et industrielles, en intégrant une dimension sociale et éthique souvent occultée.

La discussion a permis d'inscrire ces résultats dans une perspective sociologique critique, en articulant les logiques de pouvoir et les mécanismes de reproduction des inégalités sociales. Elle a mis en lumière les interactions complexes entre dépendance économique externe, rationalités néolibérales internes et précarité sociale des populations malades. Cette analyse souligne les limites des modèles actuels de gouvernance sanitaire et appelle à une revalorisation de la justice sociale comme principe fondamental des politiques publiques. Par ailleurs, l'étude contribue à élargir les débats sur la souveraineté sanitaire en Afrique, en mettant en avant les implications géopolitiques d'une production locale insuffisante face à des enjeux de santé publique majeurs.

Sur le plan scientifique, cette recherche apporte une contribution originale à la sociologie de la santé en contexte africain, en combinant une approche empirique qualitative et une réflexion théorique sur les rapports entre industrialisation, santé et justice sociale. Elle ouvre la voie à des analyses comparatives sur les effets des politiques industrielles dans d'autres contextes similaires. Sur le plan utilitaire, les conclusions de cette étude peuvent éclairer les décideurs politiques et les acteurs du secteur pharmaceutique dans la mise en œuvre de stratégies plus inclusives, favorisant l'équité d'accès aux soins et la promotion d'une industrie pharmaceutique nationale responsable.

En définitive, les perspectives de recherche future pourraient s'orienter vers une évaluation des politiques publiques en cours, ainsi qu'une analyse approfondie des réseaux d'acteurs intervenant dans la chaîne de production et de distribution des traitements. Une attention particulière devra être portée à la participation des malades et des communautés affectées, afin de renforcer leur capacité d'agir et de promouvoir des politiques co-construites. Ce travail souligne, en dernière analyse, l'impératif d'une refondation sociopolitique des politiques industrielles en Côte d'Ivoire, fondée sur les principes d'équité, de souveraineté sanitaire et de justice sociale.

Bibliographie

BOURDIEU Pierre, 1993. *La misère du monde*, Seuil, Paris.
BOURDIEU Pierre, 2001. *Science de la science et réflexivité*, Raisons d'agir, Paris.

FRASER Nancy, 2005. *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, La Découverte, Paris.
FASSIN Didier, 2018. *La vie. Mode d'emploi critique*, Seuil, Paris.
FOUCAULT Michel, 1976. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.
FRASER Nancy, 2003. *Justice Interruptus: Critical Reflections on the "Postsocialist" Condition*, Routledge, New York.
FRICKER Miranda, 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, Oxford.
RAWLS John, 1971. *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge.
TALCOTT Parsons, 1951. *The Social System*, Free Press, New York.