CONSEQUENCES DU RETRAIT DU FINANCEMENT AMERICAIN DE L'OMS SOUS DONALD TRUMP SUR LES INSTITUTIONS ET LES STRUCTURES SANITAIRES AFRICAINES

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

Résumé

Cette recherche mobilise une épistémologie qualitative à forte densité interprétative. Elle s'appuie sur une triangulation méthodologique comme instrument de validation croisée. L'objet est l'analyse des reconfigurations systémiques provoquées par le désengagement financier états-unien de l'OMS sous l'ère Trump. L'étude dévoile la fragilité constitutive des architectures sanitaires africaines. Elle montre leur hétéronomie, façonnée par des rapports de pouvoir géopolitiques asymétriques. Elle interroge la soutenabilité des partenariats internationaux dans un champ global en recomposition hiérarchique.
Mots clés : *Politique sanitaire, Institutions de santé, Géopolitique de la santé, Multilatéralisme sanitaire, Souveraineté sanitaire*

Abstract

This inquiry deploys a qualitative epistemology of high interpretative density. It relies upon methodological triangulation as a device of cross-validation. Its telos is the dissection of systemic reconfigurations precipitated by the United States' fiscal disengagement from the WHO during the Trump administration. The analysis exposes the constitutive fragility of African health architectures. It elucidates their heteronomy, moulded by asymmetrical configurations of geopolitical power. Finally, it interrogates the sustainability of international partnerships within a hierarchically re-ordered global field.
Keywords: *Health policy, Health institutions, Health geopolitics, Health multilateralism, Health sovereignty*

Introduction

Les constats empiriques révèlent plusieurs dynamiques structurantes. Premièrement, le retrait du financement américain a entraîné une réduction immédiate des ressources pour les programmes de santé en

Afrique, affectant notamment la lutte contre les pandémies et les maladies endémiques. Deuxièmement, les associations locales, fortement dépendantes des fonds internationaux, ont dû ajuster leurs stratégies, renforçant les logiques de précarisation et d'incertitude institutionnelle. Troisièmement, de nouveaux acteurs, notamment des puissances émergentes et des organisations philanthropiques privées, ont tenté de combler ce vide, reconfigurant les rapports de force dans la gouvernance sanitaire. Enfin, cette crise a accentué les inégalités entre États africains, certains bénéficiant de relais financiers alternatifs, tandis que d'autres ont vu leur système de santé s'effondrer.

Un paradoxe émerge de ces constats. Alors que les discours internationaux prônent une autonomisation des systèmes de santé africains, la dépendance aux financements extérieurs persiste et s'accentue. L'instabilité des engagements financiers révèle une asymétrie structurelle où les décisions d'une puissance extérieure redéfinissent les conditions sanitaires d'un continent entier. Cette situation interroge la souveraineté des politiques publiques de santé et la capacité des États africains à assurer une réponse durable face aux crises sanitaires globales.

Dans ce cadre, la question de recherche s'articule ainsi : comment le retrait du financement américain de l'OMS a-t-il restructuré les dynamiques institutionnelles et associatives de la santé en Afrique ? L'objectif de l'étude est d'analyser les reconfigurations institutionnelles induites par cette décision, en mettant en lumière les stratégies d'adaptation, les nouveaux acteurs impliqués et les impacts concrets sur les systèmes de soins. L'étude vise également à interroger les logiques de dépendance et de résilience qui traversent les dispositifs de santé africains face aux mutations géopolitiques.

Sur le plan scientifique, cette étude contribue à la sociologie politique de la santé en explorant les interactions entre financements internationaux, régulation institutionnelle et vulnérabilités sanitaires. Elle met en évidence les effets structurels des décisions politiques étrangères sur les systèmes de soins africains. D'un point de vue géopolitique, elle interroge les rapports de force dans la gouvernance mondiale de la santé, révélant le rôle croissant d'acteurs non étatiques et l'émergence de nouvelles dépendances. Enfin, elle ouvre la réflexion sur les alternatives possibles pour une plus grande autonomie des États africains en matière de financement et de gestion des politiques de santé.

L'article de Viossat (2025) met en lumière l'ampleur et la diversité de l'engagement des États-Unis en matière de santé mondiale. En 2023, le paye a consacré 12,4 milliards de dollars à ce secteur, représentant ainsi plus de 40 % du financement public international dans ce domaine. Ce soutien dépasse largement celui d'autres grandes nations donatrices comme le Royaume-Uni, l'Allemagne, le Japon ou la France, qui contribuent à des niveaux bien inférieurs. Une grande partie de ces fonds est accordée à des programmes bilatéraux de lutte contre les pandémies majeures telles que le sida, la tuberculose et le paludisme, permettant ainsi de sauver des millions de vies à travers le monde.

L'essentiel de ces fonds est réparti à des programmes bilatéraux, parmi lesquels le PEPFAR, initiative lancée en 2003 pour lutter contre le VIH/sida. Ce programme a permis de sauver plus de 25 millions de vies, de fournir des traitements à des millions de personnes et de renforcer les systèmes de santé dans plusieurs pays. De même, le PMI, lancé en 2005 pour combattre le paludisme, a contribué à une baisse significative du taux de mortalité liée à cette maladie en finançant des moustiquaires, des tests de diagnostic rapide et des traitements.

En parallèle, près de 19 % des financements américains sont dirigés vers des institutions multilatérales telles que l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que GAVI, l'Alliance mondiale pour les vaccins. Ces contributions ont joué un rôle clé dans la réduction de la mortalité liée aux grandes pandémies et dans le renforcement des systèmes de santé.

Outre ces initiatives directes, les États-Unis consacrent également près de 19 % de leurs financements à des organisations multilatérales comme l'OMS, l'UNICEF, ONUSIDA ou encore le Fonds mondial, qui joue un rôle clé dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Grâce à ces efforts, des millions de vies ont été sauvées, et les systèmes de santé ont été renfloués.

Enfin, ce soutien est coordonné par plusieurs institutions américaines, telles que le Département d'État, l'USAID, les CDC et les NIH, consolidant ainsi la place des États-Unis comme principal acteur du financement. Les décisions prises par Donald Trump, son secrétaire d'État Marco Rubio et Elon Musk, consistant à supprimer l'ensemble des programmes d'aide au développement et à dissoudre l'Agence du développement international (USAID), ont surpris les spécialistes de la santé mondiale. Ces mesures ont entraîné une situation chaotique sans

précédent, mettant gravement en danger la santé et la survie de millions de personnes.

En revanche, Kouwonou(2025) dans sa recherche souligne que l'avenir de l'OMS et de ses programmes, en particulier en Afrique, suscite des inquiétudes après la décision de Donald Trump de retirer les États-Unis de l'organisation. Ce retrait est d'autant plus préoccupant que les États-Unis en sont le principal contributeur financier. Dès son retour à la présidence, Trump a signé un décret actant ce désengagement, une mesure qu'il avait déjà prise en 2020 lors de son premier mandat. En réaction, l'OMS a exprimé son regret et a affirmé son intention d'engager un dialogue avec Washington afin de préserver leur collaboration, essentielle pour la santé mondiale.

Selon Coris, Piveteau, Gorry et Montalban (2021), la pandémie de Covid-19 a mis en évidence d'importantes ruptures dans l'approvisionnement en biens de santé essentiels, tels que les masques, respirateurs et médicaments de réanimation. La crise a révélé la vulnérabilité des chaînes d'approvisionnement pharmaceutiques, y compris dans les pays les plus développés, alors que les pénuries de médicaments et d'équipements médicaux étaient auparavant perçues comme un problème touchant principalement les nations aux ressources limitées.

Les analyses de Jaidi (2020) et Sourdive (2022) soulignent que Donald Trump a concrétisé sa menace en suspendant la contribution financière des États-Unis à l'OMS en pleine pandémie de Covid-19. Il justifie cette décision par une mauvaise gestion de la crise et un alignement supposé de l'OMS sur la Chine, malgré l'urgence sanitaire mondiale. Ce choix, perçu comme une rupture avec la solidarité internationale, contraste avec la nécessité d'une réponse collective face à la pandémie. Par ailleurs, le développement des entreprises de « souveraineté et de résilience » illustre un paradoxe : bien qu'il réponde à un intérêt commun, son financement reste largement privé, faute d'un engagement direct des pouvoirs publics.

1. Ancrage théorique & méthodologique

L'examen des effets du désengagement financier américain vis-à-vis de l'OMS sous l'administration Trump exige une mobilisation théorique plurielle. La théorie de la dépendance, énoncée par Theotonio Dos Santos (1970), révèle la perpétuation de rapports centre-périphérie issus

du colonialisme. Elle éclaire la sujétion structurelle des systèmes sanitaires africains aux flux financiers exogènes. Son application à l'étude permet de comprendre la vulnérabilité des dispositifs africains aux inflexions stratégiques des bailleurs hégémoniques.

La grille néolibérale, conceptualisée par David Harvey (2005), dévoile la logique de retrait étatique et de privatisation progressive des services publics. Elle rend intelligible l'externalisation croissante du financement sanitaire vers des sources internationales ou privées. L'usage de cette perspective permet d'interroger la recomposition des souverainetés sanitaires africaines dans un contexte d'austérité budgétaire et de gouvernance par projets.

Le néoréalisme, élaboré par Kenneth Waltz (1979), postule l'anarchie du système international et la centralité de la quête de puissance étatique. Il interprète le retrait américain comme une action unilatérale visant la maximisation d'intérêts nationaux au détriment du multilatéralisme sanitaire. Son intégration à l'analyse situe la décision états-unienne dans un jeu de rapports de force géopolitiques asymétriques.

Ces approches conjointes offrent une intelligibilité systémique des reconfigurations induites. La dépendance souligne la subordination structurelle. Le néolibéralisme explicite l'érosion de l'État-providence sanitaire. Le néoréalisme resitue la décision américaine dans l'économie politique du pouvoir mondial. Toutefois, chacune comporte des apories : déterminisme économique de la dépendance, indifférence du néolibéralisme aux particularismes locaux, étatisme réducteur du néoréalisme.

Leur mobilisation combinée n'en demeure pas moins heuristique. Elle autorise une lecture stratifiée, articulant économie politique globale, transformations internes des États africains et configurations de puissance internationales. Appliquer ces cadres à l'étude confère une profondeur analytique apte à saisir la complexité des vulnérabilités structurelles et des asymétries de gouvernance sanitaire.

Pour analyser cet impact dans le contexte africain, et spécifiquement en Côte d'Ivoire, la recherche a adopté une méthodologie qualitative. Ce choix a répondu à la nécessité de saisir en profondeur les perceptions, expériences et stratégies des acteurs locaux face à la reconfiguration des financements. Les personnes interrogées ont compris des responsables d'institutions publiques de santé, des membres d'associations locales, des

représentants d'ONG internationales opérant en Côte d'Ivoire, ainsi que des experts en politiques sanitaires.

Les critères d'inclusion ont consisté en une implication directe dans la gestion ou la mise en œuvre de programmes de santé dépendant du financement de l'OMS. Les individus sans lien direct avec ces programmes ou dépourvus de connaissance approfondie ont été exclus. L'échantillonnage a suivi une logique raisonnée, ciblant des acteurs clés disposant d'une expertise ou d'une expérience significative.

La collecte des données a mobilisé des entretiens semi-directifs. Cette technique a permis aux participants d'exprimer librement leurs points de vue tout en cadrant l'échange autour de thématiques précises. Le dépouillement a reposé sur une analyse thématique, qui a dégagé motifs récurrents et divergences discursives.

Les données ont ensuite été soumises à une analyse de contenu, identifiant des régularités tout en préservant la densité et la singularité des récits. Cette approche qualitative a fourni une compréhension fine des effets du retrait du financement américain sur les structures sanitaires ivoiriennes. Elle a mis en évidence les vulnérabilités, les ajustements institutionnels et les stratégies d'adaptation déployées par les acteurs locaux.

2. Résultats

2.1. Érosion des soutiens institutionnels et réagencements des régimes d'action sanitaire

Le désengagement financier opéré par les États-Unis a induit une contraction significative des flux de ressources affectées aux dispositifs de santé publique, entraînant une désarticulation partielle des chaînes de soutenabilité des services essentiels. Cette rétraction budgétaire a particulièrement affecté les programmes de vaccination, les soins de santé primaires ainsi que les interventions ciblées sur les pathologies endémiques, compromettant la continuité des réponses sanitaires territorialisées. Dans plusieurs infrastructures biomédicales en Afrique subsaharienne, et notamment en Côte d'Ivoire, cette dynamique de déstructuration s'est matérialisée par des pénuries récurrentes en intrants médicaux, révélant la vulnérabilité chronique des systèmes de soins à une hétéronomie financière structurelle. Ce déficit d'approvisionnement, symptôme d'une gouvernance sanitaire asymétrique, interroge la

soutenabilité des régimes de santé décentrés dans un contexte de dépendance aux logiques d'extraversion.

> ***Tissu discursif construit en contexte*** *: « Avant, on recevait des vaccins gratuits pour les enfants, mais maintenant, on doit dire aux parents d'acheter eux-mêmes. Certains ne peuvent pas, et les enfants ne sont plus protégés. »* ***(Responsable de centre de santé rural)***

Le propos recueilli a révélé une reconfiguration profonde de l'offre de soins préventifs, en particulier concernant la gratuité des vaccins pédiatriques. Il a signalé un passage d'un modèle institutionnel de prise en charge vers une responsabilisation financière des familles. Les parents ont été contraints d'assumer directement le coût de l'immunisation de leurs enfants.

Ce basculement a traduit une rupture du contrat social implicite structurant les politiques de santé publique. Dans un contexte rural marqué par la précarité économique, il a produit une exclusion sanitaire différée affectant prioritairement les groupes socialement vulnérables.

L'évocation d'enfants « non protégés » a révélé une défaillance structurelle du système sanitaire. Elle a mis en évidence l'incapacité de l'État à garantir l'universalité et l'équité de l'accès aux soins primaires. Cette inaccessibilité n'a pas résulté d'une simple contingence logistique. Elle a manifesté une désinstitutionnalisation partielle des politiques publiques de prévention. La santé de l'enfant, supposée constituer un impératif absolu de justice sociale et de développement durable, a été subordonnée à la solvabilité parentale. Ce processus a instauré une médecine à plusieurs vitesses. Il a fragmenté les droits à la santé et a accru les inégalités d'accès aux soins essentiels.

Ce témoignage a ouvert un questionnement élargi sur la position des acteurs de première ligne, ici les responsables de centres de santé, dans la médiation entre politiques sanitaires et réalités empiriques. Leur discours a révélé une tension structurelle entre injonctions institutionnelles et normes éthiques propres à leur engagement professionnel. Cette tension a mis en évidence les effets délétères du désengagement étatique dans la régulation des biens publics sanitaires. Elle a conduit à envisager la nécessité d'une réévaluation des mécanismes de soutien aux dispositifs préventifs dans les territoires périphériques.

La déclaration a exposé l'impact profond des reconfigurations géopolitiques sur les inégalités sanitaires mondiales. Elle a montré comment les asymétries de pouvoir entre États ont façonné les régimes de distribution des ressources vitales, notamment en santé. Le retrait d'un acteur central du financement d'une organisation sanitaire globale a révélé les interdépendances structurelles reliant les systèmes de santé africains aux flux financiers transnationaux. Cette architecture de dépendance les a rendus vulnérables aux inflexions des agendas diplomatiques.

Le désengagement a induit une contraction des ressources destinées à la vaccination. Il a accentué les fractures sanitaires, touchant principalement les enfants des classes populaires, exposés à des pathologies évitables. Ces faits ont illustré la matérialisation locale d'arbitrages politiques opérés dans les sphères du pouvoir global, transformés en inégalités concrètes de vie et de survie.

Dans ce contexte, l'effacement partiel de l'État social dans les politiques de santé publique s'est accompagné d'une délégation implicite au marché, amorçant une privatisation progressive. Cette dynamique a témoigné de l'ascension d'une rationalité gestionnaire transnationale, où logiques marchandes et financiarisation se sont substituées à l'universalité des droits sociaux. L'accès aux dispositifs préventifs, auparavant garanti par des financements mutualisés, est devenu conditionné par la solvabilité individuelle, renforçant les clivages socio-économiques et les inégalités d'accès aux soins.

Cette configuration a révélé un affaiblissement inquiétant des mécanismes de solidarité internationale. Elle a traduit la marchandisation croissante des soins et la redéfinition des priorités selon les intérêts des puissances dominantes.

Plus largement, cette dynamique a interrogé les conditions mêmes de la souveraineté sanitaire des États périphériques du système-monde. La capacité des systèmes nationaux à garantir des politiques résilientes a été compromise par leur dépendance vis-à-vis de décisions stratégiques prises hors de leur champ d'action.

La suspension du financement de programmes de santé cruciaux, considérés comme biens publics mondiaux, a produit des effets d'éviction aggravant des processus d'exclusion structurelle préexistants. Elle a consolidé un ordre mondial différencié, reléguant certaines populations aux marges des circuits de soins. Cette situation a rendu

impératif de penser un modèle alternatif fondé sur une justice sanitaire globale, affranchie des logiques hégémoniques et des contingences unilatérales de la gouvernance internationale.

2. 2. Déstabilisation des configurations associatives en santé : logiques d'affaiblissement et recompositions sectorielles

Nombre d'organisations non gouvernementales africaines, dont les logiques d'action s'inscrivent dans des configurations partenariales dominées par les financements exogènes issus de l'OMS et de ses alliés stratégiques, ont vu leurs capacités opérationnelles drastiquement rétractées à la suite du désengagement financier mentionné. Cette contraction des ressources a engendré une réduction significative, voire une cessation totale, de leurs interventions socio-sanitaires territorialisées. Cette dynamique de fragilisation structurelle a eu pour effet immédiat la déstabilisation des dispositifs de prise en charge ciblant les franges les plus précarisées de la population, notamment les femmes enceintes et les personnes vivant avec le VIH, dont les trajectoires de santé sont intimement liées à la soutenabilité des dispositifs d'aide extraterritorialisée. Cette situation révèle les tensions inhérentes à une gouvernance sanitaire fondée sur des régimes de dépendance, où l'interruption des flux financiers internationaux agit comme facteur de discontinuité dans l'accès aux biens de santé essentiels, renforçant ainsi les inégalités sociales de santé au sein des contextes postcoloniaux.

> ***Trame langagière observée*** : *« Notre programme de sensibilisation sur le paludisme a été suspendu. Avant, on distribuait des moustiquaires et des médicaments. Maintenant, on n'a plus les moyens, et les cas graves augmentent. »* ***(Membre d'une association de santé)***

Le propos recueilli a révélé une désarticulation progressive des interventions communautaires en santé publique. Cette désarticulation a concerné surtout la lutte contre le paludisme. La suspension du programme de sensibilisation a marqué une rupture nette. Ce programme reposait sur la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées et de médicaments antipaludiques. Cette interruption a signalé une défaillance dans la continuité des actions de prévention primaire. Ce repli opérationnel n'est pas anodin : il s'inscrit dans une logique de fragilisation

des dispositifs collectifs de protection sanitaire, avec des conséquences épidémiologiques directes, comme l'augmentation des cas graves évoquée par l'intervenant.

Cette interruption ne peut être analysée uniquement sous l'angle d'un déficit de ressources financières ; elle doit être comprise comme un symptôme d'un désinvestissement structurel de l'action publique en santé communautaire. En transférant implicitement la responsabilité de la prévention aux populations elles-mêmes, le système de santé expose les communautés à un risque de vulnérabilité accrue, particulièrement dans les contextes où les inégalités sociales d'accès aux soins sont déjà fortement marquées. Le paludisme, maladie endémique dans de nombreuses régions tropicales, exige pourtant une réponse systémique et continue, reposant sur l'alliance entre prévention, éducation sanitaire et traitement précoce.

En outre, le passage d'un mode de gestion programmatique à un mode d'attente ou de survie institutionnelle produit un double effet pervers : d'une part, une érosion de la confiance des populations envers les dispositifs de santé ; d'autre part, une démobilisation des acteurs communautaires eux-mêmes, qui voient leurs efforts invalidés par l'absence de soutien structurel.

Ce propos révèle ainsi la nécessité de repenser les conditions de pérennité des initiatives locales de santé publique, non pas comme des opérations ponctuelles dépendantes de financements extérieurs, mais comme des éléments constitutifs d'une politique de santé équitable et territorialisée.

L'interruption des programmes de sensibilisation au paludisme constitue un révélateur brutal de la précarité structurelle des systèmes de santé insérés dans des logiques de dépendance financière internationale. Ce phénomène met en lumière les effets délétères de l'intégration asymétrique des États dans l'économie politique globale, où les flux d'aide conditionnent la soutenabilité des politiques sanitaires locales. L'arrêt des financements extérieurs provoque une désarticulation des dispositifs de prévention, telle que la distribution de moustiquaires imprégnées ou l'accès aux traitements antipaludiques, entraînant une vulnérabilité accrue des populations face à une endémie historiquement enracinée. Cette défaillance manifeste l'absence de souveraineté sanitaire, entendue comme la capacité d'un État à organiser durablement ses

réponses aux enjeux épidémiologiques indépendamment des injonctions et rétractions de l'aide internationale.

Cette configuration a relevé d'une dynamique de rétraction des politiques publiques. Elle a été portée par des rationalités néolibérales. Ces rationalités ont remplacé la solidarité collective par des logiques de rentabilité et de contractualisation. L'État s'est progressivement désengagé des campagnes de prévention.

Ce retrait a favorisé des solutions marchandes. Il a créé une segmentation de l'accès aux soins. Seule une minorité solvable a pu garantir sa protection. L'effritement du filet sanitaire public a renforcé les inégalités sociales de santé. Il a touché surtout les catégories populaires, déjà surexposées aux risques pathogènes. Le paludisme, loin d'être uniquement un problème médical, devient alors le symptôme d'un ordre socio-sanitaire profondément inégalitaire.

Ce processus a montré comment les logiques économiques transnationales ont produit et reproduit l'exclusion sociale. Elles l'ont fait par une gestion différenciée de la vulnérabilité. La privation des instruments de prévention n'a pas relevé d'un simple déficit technique. Elle a résulté d'un choix politique assumé. Ce choix s'est inscrit dans une gouvernance mondiale hiérarchisée. Les puissances économiques ont imposé leurs impératifs stratégiques. Elles ont déterminé les conditions d'existence des populations périphériques.

La recrudescence du paludisme n'a pas pu être séparée de cette reconfiguration globale. Elle a révélé l'effet concret des rapports de force internationaux. Les corps des plus démunis sont devenus des lieux d'inscription de ces tensions géopolitiques. Ils ont matérialisé les inégalités structurelles. Cette situation a constitué une manifestation tangible de l'insécurité sanitaire contemporaine. Elle a montré l'enracinement de cette insécurité dans la stratification internationale des droits à la santé.

2. 3. Reconfiguration des sources de financement et montée d'acteurs alternatifs

Dans le contexte de désengagement unilatéral de certains bailleurs traditionnels, des États africains ainsi que des acteurs associatifs locaux ont été contraints d'engager des stratégies adaptatives de redéploiement partenarial, mobilisant de nouveaux vecteurs de financement en direction d'acteurs étatiques non occidentaux tels que la Chine ou la Russie, ainsi

que de structures philanthropiques transnationales. Ce déplacement des circuits de légitimation et de soutien financier a participé à une reconfiguration des rapports de force géopolitiques au sein du champ sanitaire africain, et plus particulièrement ivoirien, où s'opère désormais une redéfinition des modalités d'influence, des logiques de coopération et des formes d'autorité épistémique. Cette recomposition asymétrique des régimes d'aide et de gouvernance sanitaire interroge à la fois la soutenabilité des alliances alternatives et les dynamiques d'hétéronomie persistantes qui conditionnent la souveraineté décisionnelle en matière de politiques de santé publique dans les contextes postcoloniaux.

> ***Corpus énonciatif recueilli*** : *« On reçoit maintenant des aides d'autres pays, mais ce n'est pas pareil. Les conditions ont changé, et parfois, il faut suivre leurs propres règles pour obtenir du soutien. »* ***(Directeur d'une ONG de santé)***

Ce propos a mis en évidence les mécanismes de dépendance structurelle aux financements internationaux en santé globale. Il a montré les tensions générées par les conditionnalités associées à l'aide extérieure.

Il a révélé un déplacement du pouvoir décisionnel. Les interventions sanitaires n'ont plus été orientées par des dynamiques endogènes. Elles ont été subordonnées à des logiques exogènes, normatives et prescriptives. La réception de l'aide n'a pas été neutre. Elle a impliqué une redéfinition des priorités et des modalités d'action. Elle a imposé des cadres d'évaluation conformes aux exigences des bailleurs. Ce changement de paradigme a transformé les acteurs locaux, tels que les ONG, en opérateurs d'agendas extérieurs. L'autonomie institutionnelle, déjà fragile, a été encore réduite. La gouvernance par projet s'est imposée. Elle a reposé sur la contractualisation, la standardisation des indicateurs de performance et des temporalités fixées par les cycles de financement.

Les règles imposées par les bailleurs sont devenues des instruments de régulation. Elles ont pu restreindre l'innovation locale et inhiber les réponses contextualisées. Elles ont aussi fragilisé les logiques de responsabilité sociale des acteurs de terrain. Cette dynamique a révélé une asymétrie politique dans la coproduction des politiques de santé. Les acteurs nationaux et communautaires ont été soumis à des normes de gestion externes. Ces normes n'ont pas toujours intégré les spécificités

sociales, culturelles et institutionnelles locales. Il en a résulté une dissonance programmatique. Les pratiques de terrain ont parfois été en décalage avec les cadres prescrits. L'efficacité et la durabilité des interventions s'en sont trouvées menacées.

Le témoignage a illustré l'ambivalence de la coopération internationale. L'aide a été une ressource indispensable dans un contexte de sous-financement chronique. Mais elle a impliqué des contreparties symboliques et opérationnelles. Ces contreparties ont affaibli les capacités d'agir localement. La question centrale a été celle de la souveraineté sanitaire. Elle a concerné les conditions d'une refondation de partenariats plus équitables, respectueux des logiques sociales locales.

Le retrait d'un acteur central de la scène diplomatique a modifié les modalités de l'aide internationale. Cette reconfiguration a révélé les mécanismes de domination inscrits dans la gouvernance globale. Elle a confirmé la permanence d'un ordre international hiérarchisé.

Les pays périphériques ont continué à subir les logiques prescriptives des centres de pouvoir. L'arrivée de nouveaux bailleurs n'a pas signifié un partage plus équitable. Elle a introduit de nouveaux acteurs porteurs d'intérêts propres et de conditionnalités spécifiques. Les États les plus fragiles ont dû réajuster leurs stratégies sanitaires selon des impératifs exogènes. Cette dépendance systémique aux flux financiers a renforcé les déséquilibres structurels internationaux.

L'aide internationale n'a donc pas été une simple solidarité. Elle a fonctionné comme un instrument de normalisation et de discipline transnationale. Elle n'a pas favorisé l'autonomie décisionnelle. Elle a imposé des cadres normatifs et des agendas souvent déconnectés des réalités locales. Le remplacement d'un bailleur par un autre n'a pas produit de libération. Il a déplacé les centres de décision, perpétuant la dépendance.

Ce déplacement a enfermé les États bénéficiaires dans une logique d'ajustement permanent. Les priorités de santé publique ont été reléguées au second plan. La médicalisation des relations internationales a instauré un mode de gouvernement indirect par la santé. Les aides et transferts de ressources ont été assortis de normes techniques, politiques et comportementales. La santé est ainsi devenue un levier de régulation des populations. Les dispositifs d'aide ont calibré les pratiques sanitaires selon des standards préétablis. Le financement a servi d'outil de pilotage. Il a assigné aux États bénéficiaires un rôle d'exécutants de stratégies

définies hors de leur sphère souveraine. Cette configuration a profondément interrogé la possibilité d'une souveraineté sanitaire réelle. Elle a posé la question de la capacité des États postcoloniaux à développer une résilience institutionnelle face aux rapports de force internationaux.

2. 4. Érosion de la légitimité des institutions sanitaires globales : dynamiques de méfiance et recompositions de l'autorité experte

Le désengagement financier opéré par les États-Unis a amplifié une crise de légitimité symbolique et opérationnelle des dispositifs multilatéraux de gouvernance sanitaire, suscitant un affaiblissement de la confiance des populations envers les institutions internationales, au profit d'une reterritorialisation des régulations sanitaires. Ce processus de redéfinition de la souveraineté sanitaire a engendré une résurgence des logiques d'ancrage local des normes et des savoirs, dans un contexte où l'Organisation mondiale de la santé tend à être perçue non plus comme un arbitre neutre de l'agenda global de santé, mais comme une entité hétérodirigée, susceptible de refléter les intérêts stratégiques des puissances dominantes. Cette reconfiguration perceptive a affecté la performativité discursive et pratique des campagnes de santé publique, en réduisant leur capacité de mobilisation collective, notamment dans les contextes postcoloniaux où l'autorité normative des acteurs internationaux se trouve historiquement contestée.

> ***Empreintes discursives issues de l'enquête*** :
> *« On nous disait que l'OMS nous aidait pour notre bien, mais si un pays peut couper l'aide du jour au lendemain, alors à quoi bon leur faire confiance ? »* ***(Responsable communautaire)***

Ce propos révèle la fragilité structurelle des systèmes de santé communautaires dépendants de l'aide internationale, ainsi que la crise de confiance qui peut en découler. Derrière cette interrogation se dessine une critique implicite des logiques d'assistance marquées par l'instabilité, l'unilatéralisme des décisions et l'asymétrie des rapports de pouvoir entre bailleurs et bénéficiaires. En remettant en question la fiabilité d'une institution perçue comme garante de la santé globale, ce témoignage

exprime une forme de désillusion politique et sociale quant à la durabilité des engagements internationaux.

La discontinuité de l'aide, perçue comme arbitraire et détachée des réalités locales, alimente un sentiment de vulnérabilité collective. Cette discontinuité n'est pas seulement économique ou logistique ; elle affecte les représentations sociales de l'engagement, de la solidarité et de la responsabilité. Le retrait soudain d'un soutien, indépendamment des besoins ou des performances des bénéficiaires, peut être interprété comme un acte de domination symbolique, où les populations locales sont reléguées à un statut d'objets passifs de politiques extérieures fluctuantes.

La mise en doute de la « bienveillance » déclarée des organisations internationales révèle aussi une prise de conscience critique des dispositifs de l'aide, longtemps naturalisés comme neutres ou altruistes. Ce scepticisme traduit une rupture dans le contrat moral implicite entre les acteurs communautaires et les instances globales, et ouvre la voie à une relecture politique des relations d'aide, envisagées non plus comme des formes de coopération horizontale, mais comme des instruments de régulation verticale.

Il s'agit donc ici d'un déplacement du regard porté sur l'aide, où les bénéficiaires revendiquent un droit à la transparence, à la stabilité des engagements et à une reconnaissance effective de leur souveraineté décisionnelle. Ce propos témoigne, en filigrane, d'une volonté d'émancipation des logiques de dépendance, et d'un appel à repenser les partenariats en santé selon des modalités plus réciproques, plus contractualisées, et ancrées dans les réalités locales. L'enjeu n'est plus seulement technique ou sanitaire, il est profondément politique et éthique : il s'agit de redonner du sens à la coopération, en la fondant sur la confiance mutuelle et la justice structurelle.

Cette déclaration met en évidence la vulnérabilité structurelle des systèmes de santé africains, construits sur une architecture de dépendance vis-à-vis des ressources extérieures et exposés aux reconfigurations géopolitiques. Le financement international, loin d'être un simple mécanisme de soutien, constitue en réalité un pilier central du fonctionnement sanitaire dans de nombreux pays du Sud, rendant ces derniers sensibles aux retraits unilatéraux et aux redéploiements stratégiques des puissances donatrices. L'arrêt brutal du soutien par un acteur majeur de la coopération internationale révèle ainsi l'ampleur d'un

déséquilibre structurel dans lequel les capacités locales d'autonomisation sont durablement compromises. Cette dynamique alimente une crise de confiance envers les institutions multilatérales, notamment lorsque celles-ci apparaissent soumises aux intérêts fluctuants des États les plus influents, en contradiction avec leur mission affichée d'universalisation des droits sociaux fondamentaux.

Dans cette configuration, l'aide internationale s'inscrit dans des rapports historiques de domination. Elle s'inscrit aussi dans des trajectoires postcoloniales. Loin d'être un levier d'émancipation, elle reproduit des logiques d'assujettissement. L'accès aux ressources vitales dépend de l'adhésion à des normes et programmes définis hors du champ décisionnel des États récipiendaires.

La suspension d'un financement essentiel révèle ces logiques conditionnelles. Elle met à nu les discours sur la solidarité mondiale. Ce dévoilement reconfigure les imaginaires politiques locaux.
L'idée d'un développement endogène et souverain y gagne en légitimité. Elle s'oppose au modèle de dépendance qui réduit les États à des exécutants de décisions extérieures.

Ainsi, la question de la légitimité des institutions internationales se pose avec acuité, notamment lorsqu'elles revendiquent une autorité morale et technique universelle tout en demeurant structurellement dépendantes des contributions volontaires de quelques puissances hégémoniques. Cette asymétrie met en évidence le caractère performatif mais contesté de leur autorité, dès lors que leur fonctionnement se trouve soumis à des arbitrages stratégiques extérieurs. La possibilité même d'un retrait unilatéral remet en cause l'idée d'un système de gouvernance fondé sur des principes d'égalité entre les États. Cette mise en lumière des rapports de domination dans la gouvernance sanitaire mondiale alimente une crise de légitimation croissante et renforce les appels à une refondation des politiques de santé fondée sur l'autonomie décisionnelle, la résilience institutionnelle et la production de normes adaptées aux réalités locales. Dans ce contexte, la souveraineté sanitaire n'apparaît plus comme une revendication idéologique, mais comme une exigence stratégique face à l'instabilité des alliances internationales.

3. Discussion

La réduction des ressources a profondément affecté les systèmes de

santé en Afrique, exposant les populations vulnérables à un risque accru. La diminution du financement a entraîné une rupture des stocks de médicaments essentiels, une limitation des campagnes de vaccination et une baisse du personnel médical disponible. Cette contraction budgétaire a particulièrement impacté les zones rurales, où l'accès aux soins dépend fortement des programmes soutenus par l'OMS. En conséquence, les structures sanitaires locales ont dû prioriser les soins d'urgence au détriment des actions préventives, aggravant ainsi l'incidence des maladies évitables.

Parallèlement, la fragilisation des programmes de lutte contre les pandémies a exacerbé l'instabilité sanitaire. Des initiatives cruciales, telles que la prévention du paludisme, la prise en charge du VIH/SIDA et la lutte contre la tuberculose, ont connu une baisse de financement, compromettant leur efficacité. L'absence de ressources a limité la capacité des institutions sanitaires locales à organiser des campagnes de sensibilisation et de suivi des patients. De plus, le manque de coordination entre les acteurs nationaux et internationaux a accru la fragmentation des réponses sanitaires, mettant en péril les avancées réalisées au cours des décennies précédentes.

Face à cette crise, une reconfiguration des partenariats internationaux s'est imposée, modifiant les rapports de force en matière de coopération sanitaire. La recherche de nouveaux bailleurs de fonds a conduit plusieurs États africains à renforcer leurs relations avec des puissances émergentes et des organisations privées. Cependant, ces nouveaux partenariats ont introduit des conditionnalités spécifiques, influençant les politiques de santé des pays bénéficiaires. Cette redistribution des influences a révélé la vulnérabilité des structures de santé africaines face aux décisions géopolitiques des grandes puissances, soulignant la nécessité d'une autonomisation accrue des systèmes sanitaires locaux pour garantir une résilience durable.

Au regard des résultats susmentionnés, notre analyse s'insère dans une logique discursive organisée afin d'éviter toute répétition avec le chapitre des résultats. Elle met en avant : « Détérioration de la confiance envers les institutions sanitaires internationales »

La détérioration de la confiance envers les institutions sanitaires internationales s'explique par l'érosion de leur légitimité perçue, amplifiée par la gestion inégale des crises sanitaires et les jeux de pouvoir géopolitiques. Anthony Giddens (1991) a montré que les institutions

modernes reposent sur des systèmes abstraits nécessitant un haut degré de confiance du public. Toutefois, lorsque ces institutions apparaissent comme soumises aux intérêts des puissances économiques, elles perdent leur crédibilité. La gestion des pandémies et des crises sanitaires récentes a révélé des prises de décision marquées par des rapports de force et des stratégies de domination, réduisant la perception d'impartialité des organisations comme l'OMS. La politisation des financements et l'ingérence des États dans les recommandations sanitaires ont accentué cette crise de légitimité, renforçant un sentiment de méfiance, notamment dans les pays du Sud.

Ulrich Beck (2007) a analysé comment la société du risque global a produit une anxiété généralisée face aux institutions censées garantir la sécurité collective. La défiance envers les organisations sanitaires internationales s'est renforcée à mesure que leurs décisions semblaient dictées par des intérêts économiques plutôt que par une volonté d'assurer une justice sanitaire mondiale. Les États africains, dépendants des financements extérieurs, ont été contraints de suivre des directives parfois en décalage avec leurs réalités locales, alimentant une perception de néocolonialisme sanitaire. Cette situation a conduit certaines populations et gouvernements à explorer des alternatives régionales ou endogènes, marquant une recomposition des rapports de confiance et une quête de souveraineté sanitaire.

Ces constats rejoignent les analyses de Viossat (Op. cit.), qui mettent en évidence l'impact des décisions prises par Donald Trump, son secrétaire d'État Marco Rubio et Elon Musk. En suspendant l'ensemble des programmes d'aide au développement et en démantelant l'Agence du développement international (USAID), ces choix, insuffisamment anticipés par la communauté des experts en santé mondiale, ont provoqué une crise sans précédent, menaçant la santé et la survie de millions de personnes à travers le monde. L'interruption soudaine de ces financements essentiels a plongé de nombreux systèmes de santé dans l'incertitude, entraînant l'arrêt ou la réduction drastique de programmes vitaux, notamment ceux liés à la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. Cette situation compromet non seulement les soins médicaux immédiats, mais aussi la pérennité des infrastructures sanitaires et la stabilité des services de santé dans de nombreux pays en développement.

Dès son premier jour au pouvoir, le 20 janvier, Donald Trump a signé un décret intitulé « Réévaluation et réalignement de l'aide étrangère des États-Unis ». Ce texte imposait un gel de 90 jours sur les nouvelles subventions et les décaissements liés à l'aide au développement, le temps d'évaluer leur efficacité et leur alignement avec la politique étrangère américaine. Il prévoyait également un examen approfondi des programmes sous la supervision du secrétaire d'État, en collaboration avec le directeur du budget et de la gestion (OMB). Toutefois, le décret accordait au secrétaire d'État la latitude de lever cette suspension pour certains programmes, sans préciser de critères clairs pour justifier ces exceptions.

Le 24 janvier, le secrétaire d'État Marco Rubio a précisé une directive aux représentants diplomatiques et consulaires, allant au-delà du décret initial. Il ordonnait l'arrêt total des subventions existantes en matière d'aide au développement, et pas seulement la suspension des nouvelles subventions ou des décaissements récents. Cette mesure a entraîné la suppression de 40 % des programmes d'aide à la santé mondiale, y compris le PEPFAR, initiatives qualifiées d'« aide humanitaire vitale », englobant les soins médicaux de base, la nourriture, les abris et les fournitures essentielles. Néanmoins, son instruction excluait des financements les programmes liés à l'avortement, à la planification familiale, aux conférences, aux coûts administratifs non couverts par l'aide humanitaire, ainsi qu'aux initiatives axées sur l'idéologie de genre, la diversité et l'inclusion.

Le PEPFAR, dont le financement n'avait été prolongé que jusqu'en mars 2025, a obtenu une dérogation le 1er février, mais uniquement pour les traitements urgents du VIH. En revanche, d'autres programmes comme le dépistage du cancer du col de l'utérus, le soutien aux enfants vulnérables, la lutte contre le paludisme et la tuberculose, ainsi que la santé maternelle et infantile, n'ont reçu aucun financement supplémentaire. Cette situation provoque une crise sans précédent, privant des millions de personnes de soins essentiels et menaçant la survie de nombreux établissements de santé. L'incertitude pèse aussi sur l'avenir du Fonds mondial. Les pays d'Afrique subsaharienne, qui reçoivent une grande partie de l'aide américaine en santé, seront les plus touchés, notamment le Nigeria, la Tanzanie, le Mozambique et l'Afrique du Sud. Au total, les services de santé dans 80 pays bénéficiant du soutien des États-Unis sont déjà en grande partie ou totalement suspendus,

entraînant une crise sanitaire majeure et une incertitude sans précédent pour les populations concernées.

L'arrêt brutal de l'aide au développement prend une tournure encore plus dramatique avec la volonté d'Elon Musk d'éliminer complètement l'USAID, principal financier des programmes américains de santé mondiale. Ses déclarations sont sans équivoque : il considère l'agence comme irrémédiablement corrompue et appelle à sa suppression totale. Donald Trump a appuyé cette position en dénonçant une administration « dirigée par des extrémistes » et en affirmant qu'elle devait être démantelée. La Maison-Blanche a justifié cette décision en évoquant des problèmes de gaspillage et de mauvaise gestion au sein de l'agence. Conséquence immédiate : le site web de l'USAID a été supprimé, ses bureaux fermés, et la quasi-totalité de ses employés licenciés ou rapatriés. Si cette situation menace des millions de traitements médicaux et de programmes vitaux, le retrait des États-Unis de l'OMS, bien que symboliquement fort, apparaît comme moins déstabilisant à court terme. Cependant, la suppression de l'USAID plonge de nombreux acteurs de la santé mondiale dans une incertitude totale, mettant en péril les infrastructures et les services essentiels dont dépendent de de nombreuses populations à travers le monde. La fermeture de l'agence et la mise en congé forcé de la majorité de son personnel entraîne un arrêt brutal des financements, compromettant la continuité des soins et des interventions.

En pleine pandémie de Covid-19, Donald Trump avait annoncé en 2020 le retrait des États-Unis de l'OMS, l'accusant d'inefficacité et de soumission à la Chine. Bien que Joe Biden ait annulé cette décision dès son arrivée au pouvoir en 2021, Trump a signé un nouveau décret de retrait dès son retour à la Maison-Blanche en 2025. Cette fois, en plus de reprocher à l'OMS sa gestion des crises sanitaires et son manque d'indépendance, il critique une répartition inéquitable des contributions financières. Contrairement aux recommandations du « Projet 2025 », qui suggérait seulement des conditions plus strictes au financement de l'organisation, ce décret suspend immédiatement tout soutien américain à l'OMS et ordonne la réallocation des ressources et du personnel vers d'autres partenaires jugés plus fiables.

Conclusion

L'étude a révélé la fragilité structurelle des institutions sanitaires ivoiriennes face aux fluctuations des financements internationaux. Le retrait des fonds américains de l'OMS a exposé la dépendance chronique du système de santé aux aides extérieures. La réduction des ressources a affecté l'accès aux soins, la prévention et la continuité des programmes publics. Elle a aggravé les inégalités sanitaires et accentué l'incertitude institutionnelle.

L'analyse qualitative triangulée a identifié des stratégies locales d'adaptation. Des partenariats se sont reconfigurés. De nouveaux acteurs ont émergé. Les priorités sanitaires ont été redéfinies. Toutefois, ces recompositions ont souvent été imposées par des impératifs exogènes. Elles ont réduit la marge d'autonomie des structures locales.

Le déficit de financements propres a fragilisé la capacité des institutions ivoiriennes à répondre efficacement aux crises. L'étude a montré comment la dépendance internationale a désarticulé les réponses endogènes aux urgences sanitaires. Elle a mis en évidence la rupture de continuité dans les interventions stratégiques, notamment la vaccination et la lutte contre les pandémies.

Sur le plan scientifique, la recherche a éclairé les logiques de domination dans la gouvernance mondiale de la santé. Elle a révélé l'asymétrie entre puissances économiques et États africains. Elle a posé la question de la souveraineté sanitaire et de la capacité à garantir un accès équitable aux soins.

Cette étude a offert un cadre analytique pour anticiper les risques de déstabilisation et d'exclusion sanitaire dans les contextes de dépendance extrême. Elle a plaidé pour la diversification des financements et le renforcement de l'autonomie institutionnelle. Elle a constitué une contribution empirique majeure à la compréhension des vulnérabilités façonnées par l'hétéronomie financière. Elle a mobilisé une approche critique, fondée sur la triangulation méthodologique, pour produire des connaissances utiles à la redéfinition des paradigmes de financement international.

En somme, elle a insisté sur la nécessité de repenser la souveraineté sanitaire africaine. Elle a appelé à renforcer les capacités endogènes, à ancrer territorialement les politiques de santé et à anticiper les effets

différenciés des mutations géopolitiques dans les contextes postcoloniaux.

En perspectives, nous avons esquissé des pistes de réflexion invitant à dépasser la simple lecture conjoncturelle du désengagement financier pour interroger les déterminants structurels de la dépendance sanitaire africaine. Il s'agit d'ouvrir un espace critique sur les rapports de pouvoir asymétriques qui organisent la gouvernance globale de la santé, en articulant les logiques économiques transnationales, les héritages postcoloniaux et les contraintes normatives imposées par les bailleurs. Ces perspectives appellent à une reconfiguration des paradigmes de financement, fondée sur la diversification des ressources, le renforcement des capacités endogènes et la construction d'une souveraineté sanitaire effective. Elles engagent également une réflexion sur les formes d'appropriation locale des politiques de santé, en valorisant les savoirs situés, les dynamiques communautaires et les pratiques institutionnelles contextualisées comme leviers de résilience face aux fluctuations géopolitiques.

- ✓ ***La dépendance institutionnelle et la fabrique de la fragilité organisationnelle***

Il s'agit, en premier lieu, d'interroger les modalités concrètes par lesquelles les structures sanitaires africaines hôpitaux publics, agences de surveillance épidémiologique, programmes verticaux dédiés à des pathologies spécifiques s'inscrivent dans des régimes de dépendance institutionnelle vis-à-vis des financements internationaux. L'arrêt brutal des flux financiers en provenance des États-Unis a déclenché un effet en chaîne perturbant les dispositifs de mise en œuvre sanitaire, révélant ainsi une fragilité systémique au cœur des politiques publiques. Cette situation met en évidence le caractère souvent extraverti de ces politiques, davantage configurées par des logiques d'offre externe que par une planification articulée aux besoins sanitaires exprimés localement. Elle appelle, en ce sens, une réflexion approfondie sur le déficit d'ancrage endogène et sur les conditions structurelles d'une plus grande autonomie stratégique.

- ✓ ***Les reconfigurations stratégiques des acteurs locaux et internationaux***

Une deuxième perspective consiste à analyser les dynamiques de repositionnement des acteurs à la suite de ce retrait : comment les gouvernements africains, les ONG locales, les bailleurs alternatifs (notamment la Chine, l'Union européenne ou les fondations philanthropiques) ont-ils redéfini leurs stratégies ? La sociologie des champs (Bourdieu, 1994) permet ici d'examiner les luttes symboliques et matérielles pour la (re)légitimation dans l'espace de la gouvernance sanitaire globale. L'intérêt est d'identifier les formes de résilience, d'innovation institutionnelle ou, à l'inverse, de délitement de l'action publique, dans un contexte marqué par l'instabilité des ressources.

- ✓ ***L'épreuve de réalité pour les ONG et les dispositifs communautaires***

Une attention particulière devrait être accordée aux acteurs infra-étatiques, notamment les associations de santé communautaires et les ONG locales. Ces dernières, souvent en première ligne dans les dispositifs de santé primaires, ont été confrontées à une raréfaction soudaine des ressources. Cette situation ouvre un questionnement sur les capacités d'autonomisation financière, mais aussi sur les transformations des pratiques professionnelles, des normes de gestion et des formes de gouvernementalité locale en santé (Fassin, 2001). Une sociologie de l'action collective en contexte de rareté permettrait de saisir les modalités d'ajustement ou de désengagement progressif de certains services.

- ✓ ***La crise comme révélateur d'une souveraineté sanitaire inachevée***

Cette rupture du financement international peut être interprétée comme une épreuve de vérité pour les politiques sanitaires africaines, en ce qu'elle met à nu les angles morts de la souveraineté sanitaire. Elle invite à interroger la capacité des systèmes de santé du continent à se constituer en espaces autonomes de décision, de planification et de financement, dans un ordre mondial marqué par des rapports de force structurellement inégaux. Ce désengagement peut ainsi être saisi comme un levier

analytique, ouvrant la voie à une réflexion sur les conditions d'émergence d'un tournant souverainiste dans la gouvernance sanitaire publique.

- ✓ ***Les répercussions à long terme sur la gouvernance sanitaire et la fabrique des priorités***

Enfin, une perspective diachronique est nécessaire pour évaluer les effets à moyen et long termes de cette crise sur la gouvernance sanitaire en Afrique. Cela implique une sociologie politique des priorités sanitaires : quels programmes ont été abandonnés, lesquels ont été maintenus, selon quelles logiques de choix ? La lecture foucaldienne de la biopolitique permettrait d'analyser comment certains corps, certaines pathologies ou certaines catégories sociales deviennent occultées ou dépriorisées dans les arbitrages post-crise, reproduisant ainsi des hiérarchies dans l'accès aux soins et à la reconnaissance institutionnelle.

Ces perspectives ne visent pas seulement à décrire un désengagement financier. Elles cherchent à comprendre les mécanismes structurels qui conditionnent l'autonomie et la légitimité des systèmes de santé africains. Elles interrogent aussi leur efficacité dans un contexte de dépendance internationale. Elles ouvrent un champ critique sur les interdépendances postcoloniales de la gouvernance sanitaire. Elles examinent enfin les marges de manœuvre des sociétés africaines. Elles posent la question de leur capacité à se réapproprier leur avenir sanitaire.

Bibliographie

BAYART Jean-François, 1989. *L'État en Afrique : La politique du ventre*, Fayard, Paris

BECK Ulrich, 2007. *World at Risk*, Polity Press, Cambridge

BOURDIEU Pierre, 1994, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Éditions du Seuil, Paris

BOURDIEU Pierre, 2012. *Sur l'État : Cours au Collège de France* (1989-1992), Seuil, Paris

CROUCH Colin, 2004. *Post-Democracy*, Polity Press, Cambridge

CORIS Marie, PIVETEAU Alain, GORRY Philippe et MONTALBAN Matthieu, 2021. « Sécurité sanitaire sous dépendance Une construction politique à repenser », in Revue de la régulation, https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2021-10/010083423.pdf

FASSIN Didier, 2001, *L'ombre du sida. Une épidémie sous contrôle*, Éditions du Seuil, Paris
FOUCAULT Michel, 2004. *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France* (1978-1979), Gallimard/Seuil, Paris
GIDDENS Anthony, 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge
HELD David, 1999. *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*, Stanford University Press, Stanford
JAIDI Larabi, 2020. « Le désengagement financier américain de l'OMS de quoi est-il révélateur ? », in Policy Center for the New South, Avril, https://www.policycenter.ma/sites/default/files/PB_20-35_Jaidi.pdf
KOUWONOU Isidore, 2025. *Comment le retrait des Etats-Unis de l'OMS pourrait-il affecter l'Afrique ?*, https://www.bbc.com/afrique/articles/ce3lnygwg2jo
MANN Michael, 1986.*The Sources of Social Power*, Cambridge University Press, Cambridge
MBEMBE Achille, 2010. *Sortir de la grande nuit : Essai sur l'Afrique décolonisée*, La Découverte, Paris
MBEMBE Achille, 2013. *Critique de la raison nègre*, La Découverte, Paris
SASSEN Saskia, 2014. *Expulsions: Brutality and Complexity in the Global Economy*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts)
SOURDIVE David, 2022, *Souveraineté et résilience sanitaire*, https://fnep.org/wp-content/uploads/2022/05/Souverainete-et-Resilience-Sanitaires.pdf
VIOSSAT Louis-Charles, 2025. *Trump et la santé mondiale : chronique d'un mois de destitution*, https://legrandcontinent.eu/fr/2025/02/20/trump-et-la-sante-mondiale-chronique-dun-mois-de-destruction/
WALLERSTEIN Immanuel, 1974. *The Modern World-System*, Academic Press, New York