MAUREEN KEMBOU NGUEFACK

LES POLITIQUES D'AIDE DES ACTEURS DE L'INDUSTRIE DE LA SANTE DANS LES PAYS DU SUD : SOCIAL WASHING OU REEL ENGAGEMENT?

Sous la direction de Madame ***Gloria Thomasia DOSSOU***

Mémoire de fin d'études de la 2ème année
de Master Année universitaire 2024-2025

Master Ingénierie de la Santé – Parcours Healthcare business et recherche clinique

Composition du jury :

Président du jury : Madame Hélène GORGE
Directrice de mémoire : Madame Gloria Thomasia DOSSOU
3ème membre du jury : Madame Hélène VIARD

Date de soutenance : Mardi 8 juillet à 14h

UFR3S-Ingénierie et Management de la Santé – ILIS 42 Rue Ambroise Paré 59120 LOOS

DEDICACE

À la mémoire infiniment chère de ma mère, Dr Claudia MOMO NGUEFACK, qui m'a inspirée à toujours poursuivre mes rêves.

REMERCIEMENTS

Avant de clore ce mémoire, je souhaite prendre un moment pour exprimer ma gratitude la plus sincère à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont marqué ce chemin et m'ont portée dans les moments d'effort, de doute, mais aussi de joie.

Je ne peux commencer ces remerciements sans remercier d'abord le **Seigneur.** C'est par sa grâce que j'ai tenu jusqu'ici.

Ma reconnaissance s'étend à **l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé)**, à l'ensemble des enseignants et intervenants qui ont contribué à mon développement académique et personnel au cours de ces deux années de Master. Merci pour vos apports, votre exigence bienveillante et votre disponibilité.

Je tiens à adresser un merci tout particulier à **Madame Gorges**, pour sa disponibilité, ses encouragements et la qualité de ses conseils. Votre accompagnement m'a été précieux.

Ma gratitude va aussi à **Madame Gloria Dossou**, ma directrice de mémoire, pour sa patience, son écoute et son implication sans faille. Merci pour votre encadrement exigeant mais toujours bienveillant et pour vos remarques constructives, qui m'ont permis de progresser malgré les incertitudes initiales. Ce mémoire, qui ne semblait pas simple au départ, a grandi grâce à votre regard attentif.

Je remercie également toute l'équipe de **France Médical Enchères** pour m'avoir accueillie avec confiance et permis de prendre conscience de mes capacités. Grâce à vous, je me sens aujourd'hui prête à entrer sereinement dans le monde professionnel.

Une pensée infiniment reconnaissante va à **mon père**, à qui je dédie ce mémoire avec toute l'émotion qu'un simple mot ne peut contenir. Tu as été, depuis toujours, mon repère, ma force tranquille, mon socle moral. Dans les silences comme dans les gestes, tu m'as offert une présence indéfectible, un amour discret mais inébranlable. Merci d'avoir cru en moi

même quand moi, je doutais. Merci pour chaque mot de réconfort, chaque encouragement, chaque sacrifice que tu n'as jamais énoncé mais que j'ai toujours ressenti. Si aujourd'hui je franchis cette étape, c'est avant tout grâce à toi. Cette réussite est la tienne autant que la mienne.

À mes sœurs **Leslie et Orane**, dont la distance n'a jamais atténué l'amour et les encouragements : merci de m'avoir rappelé chaque jour le sens de mon combat. Je vous aime profondément.

Je n'oublie pas ma **famille**, mes **cousins et cousines**, et tout particulièrement ma grande sœur **Murielle Kembou**. Murielle, il est difficile d'exprimer à quel point ton rôle a été essentiel dans cette aventure. Tu n'as pas seulement été un soutien, tu as été un refuge, un moteur, un sourire au bon moment. Il y'aurait pas assez de pages pour te dire à quel point je suis reconnaissante. Merci pour ton hospitalité généreuse et pour cela, je te porte une gratitude profonde, sincère et éternelle.

Un petit clin d'œil à mes **ami(e)s**, merci pour votre lumière, vos mots d'encouragement, votre présence discrète mais solide. Vous m'avez rappelé, parfois sans le savoir, que j'étais capable, forte, et digne de réussir. Chacun de vous a mis une couleur particulière dans cette aventure.

Merci également à mes **camarades de promotion**, pour leur esprit d'entraide et de solidarité. Merci pour les explications partagées, pour les fou-rires en classe, pour l'entraînement à l'anglais, et pour l'énergie collective que vous avez su insuffler dans cette expérience commune.

Et enfin, merci à **moi-même**. Merci de ne pas avoir abandonné, même quand le doute était lourd. Merci d'avoir tenu, travaillé, persévéré. Merci d'avoir cru que je méritais d'aller jusqu'au bout.

SOMMAIRE

DEDICACE 1
REMERCIEMENTS 1
SOMMAIRE 3
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 5
GLOSSAIRE 6
INTRODUCTION 7
REVUE DE LA LITTERATURE 9
Partie I : Contexte des aides dans les pays du Sud 10
A. Les pays du Sud : caractéristiques et défis des systèmes de santé 10
1. Définition et caractéristiques 10
2. Défis de système de santé dans les pays du Sud 11
3. Focus sur les spécificités en matière de santé dans les pays de l'Afrique subsaharienne 14
B. Les politiques d'aide des industries de santé 16
1. Les différentes formes d'aide en santé 17
2. Les principaux acteurs impliqués 20
Partie II : Enjeux stratégiques, communication et perceptions des bénéficiaires autour des aides 26
A. Enjeux stratégiques : entre engagement solidaire et valorisation d'image 26
1. Motivations des aides 26
2. Stratégies de communication autour des aides (dons, financements, projets) 27
B. Perception et impact sur les bénéficiaires 29
1. Réception et appropriation des aides par les professionnels de santé et institutions locales 29
2. Impacts réels sur les systèmes de santé : amélioration, dépendance ou marginalisation 30
3. Les aides perçues comme une contribution sincère ou un outil marketing ? .32
Partie III : Méthodologie 34
A. Objet et objectif de l'étude 34
B. Choix de la méthodologie 34

C. La population étudiée 35
D. Recueil des données 35
1. Modalités de contact des participants 36
2. Déroulement des entretiens 36
3. Synthèse des entretiens réalisés 37
E. Processus d'analyse 38
Partie IV : Analyse des résultats 39
A. Motivations et logiques d'engagement 39
B. Critères de sélection et processus d'attribution des aides 41
C. Défis logistiques et structurels dans la mise en œuvre des aides 42
D. L'adéquation des aides aux besoins locaux 43
E. Suivi et pérennité des aides 45
F. Impact perçu par les bénéficiaires 47
G. Logique de communication et valorisation des aides 48
Partie V : Discussions et limites de l'étude 50
A. Discussion 50
B. Limites de l'étude 52
Partie VI : Recommandations 54
1. Recommandations pour les donateurs 54
2. Recommandations pour les bénéficiaires 55
CONCLUSION 56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 57
Annexe I : Guide d'entretien à destination des donateurs 63
Annexe II : Retranscription entretien Monsieur Boisson (donateur) 65
Annexe III : Tableau complet codage thématique 68
Résumé 72
Abstract 72

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon 37

Figure 1 : Vue d'ensemble des pays d'Afrique Subsaharienne selon l'espérance de vie. 16
Figure 2 : répartition des types d'acteurs interrogés selon les pays bénéficiaires..... 38

GLOSSAIRE

- **DM** : Dispositif Médical
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (*United Nations International Children's Emergency Fund*)
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **WHO** : World Health Organization
- **MSF** : Médécins Sans Frontières
- **SOLTHIS** : Solidarité Thérapeutiques et Initiative pour la Santé
- **ISF** : Ingénieurs Sans Frontières - Santé
- **RSE** : Responsabilité Sociétale des Entreprises
- **IDDRI** : Institut du Développement Durable et des Relations Internationales
- **PME** : Petite et Moyenne Entreprise
- **USAID:** United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement International)
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION

Les inégalités d'accès aux soins entre les pays du Nord et ceux du Sud demeurent un enjeu majeur de santé publique mondiale. Face à un manque chronique de financements, des infrastructures sanitaires inadaptées, peu performants et peu durables, une faible disponibilité de dispositifs médicaux et une pénurie de ressources humaines qualifiées, l'efficacité des systèmes de santé de nombreux pays du Sud dépend en partie de l'aide extérieure.

Dans ce contexte, les acteurs de l'industrie de la santé qu'il s'agisse d'entreprises de fabrication de dispositifs médicaux, d'ingénieurs biomédicaux, d'établissements hospitaliers, de fondations privées ou d'organisations partenaires sont de plus en plus impliqués dans des actions de solidarité à l'international. Ces actions prennent la forme de dons d'équipements, de formations techniques, d'accompagnement logistique ou encore de partenariats technico-financiers. Présentées comme des engagements humanitaires, elles visent à améliorer l'accès aux soins dans les pays les plus confrontés à des défis sanitaires majeurs.

Cependant, ces politiques d'aide soulèvent de nombreuses questions. Sont-elles véritablement conçues pour répondre aux besoins réels des systèmes de santé locaux ? La réception de ces aides est-elle toujours adaptée aux besoins des bénéficiaires ? Par ailleurs, sont-elles à même de renforcer durablement les systèmes de santé bénéficiaires ? Permettent-elles un véritable transfert de compétences ou, ne contribuent-elles pas à installer un système de dépendance prolongée ?

Derrière les bonnes intentions apparentes, il est donc nécessaire d'interroger les motivations, modalités et impacts de ces aides. Certaines entreprises n'utilisent-elles pas ces actions comme levier de communication dans une logique de social washing, plutôt que comme moteur d'un engagement solidaire profond ? Comprendre les buts dans lesquels les programmes d'aides sont identifiés, formulés, conçus, sélectionnés, distribués, mais aussi perçus sur le terrain, est essentiel pour évaluer leur réelle utilité et leur pérennité.

Ce mémoire se propose ainsi d'analyser les politiques d'aide des acteurs de l'industrie de la santé dans les pays du Sud, en mettant en lumière leurs effets et leurs impacts sur les systèmes de santé des bénéficiaires. En croisant les points de vue des donateurs et des bénéficiaires, l'objectif est de déterminer si ces actions relèvent d'un véritable engagement

humanitaire durable, ou s'inscrivent dans une logique de valorisation stratégique pour les donateurs.

Dans une première partie, nous dresserons un état des lieux des enjeux sanitaires dans les pays du Sud, ainsi que des différentes formes de soutien apportées par les acteurs de la santé. La seconde partie sera consacrée aux enjeux stratégiques liés à ces aides en analysant à la fois les perceptions des bénéficiaires, et les stratégies de communication des entreprises donatrices. Enfin, nous proposerons une réflexion sur la durabilité de ces actions, en interrogeant les possibilités de transition vers une autonomie accrue des systèmes de santé locaux.

REVUE DE LA LITTERATURE

La revue de la littérature suivante a pour objectif de poser les bases contextuelles et conceptuelles nécessaires à la compréhension des politiques d'aide des acteurs de l'industrie de la santé dans les pays du Sud. Elle vise à explorer d'une part les caractéristiques structurelles et sanitaires de ces pays, et d'autres parts les différentes modalités d'intervention des acteurs impliqués. Cette mise en perspective permet de questionner la pertinence, la durabilité et la sincérité de ces actions. La revue se structure en deux temps : d'abord un éclairage sur les enjeux sanitaires et politiques des pays bénéficiaires, puis une analyse des formes d'aide, des stratégies de communication des donateurs et des perceptions locales, afin de mieux cerner les logiques à l'œuvre derrière les actions présentées comme humanitaires.

Partie I : Contexte des aides dans les pays du Sud

Cette première partie vise à définir ce que recouvre la notion de <<pays du Sud>> et à mettre en lumière les principales caractéristiques de ces pays, notamment en ce qui concerne leurs systèmes de santé, leurs contraintes structurelles, et leur place dans les dynamiques mondiales de coopération.

A. Les pays du Sud : caractéristiques et défis des systèmes de santé

Avant d'aborder les modalités d'aide, il est indispensable de préciser ce que recouvre le terme <<pays du Sud>>, tant du point de vue sémantique qu'historique, afin de mieux comprendre les contextes dans lesquels ces aides s'inscrivent.

1. Définition et caractéristiques

Le concept de « pays du Sud » est historiquement associé à l'idée des pays les plus pauvres comme l'affirme l'auteur **Moussa** mais cette idée à connotation péjorative et largement répandue dans l'imaginaire populaire est aujourd'hui de plus en plus remise en question. En effet, selon **Dufour (2007)** cette dénomination, bien qu'utile pour désigner un ensemble de nations partageant certaines problématiques socio-économiques, porte en elle une origine marquée par des stéréotypes et des inégalités. Poursuivant dans le même ordre d'idée, **(RIST G, 1996)** critique ces termes dans son ouvrage intitulé « Le développement histoire d'une croyance occidentale ». Il souligne qu'ils sont souvent porteurs de stéréotypes hérités des discours coloniaux, qui établissait une distinction entre les "civilisés" et les "sauvages". Au fil des époques, ces termes ont progressivement été jugés inappropriés et remplacés par des expressions comme « pays en voie de développement », qui d'après le même auteur **Rist (2002)** exprime une tentative d'adoucir et de minimiser les connotations négatives. Cependant, cette tentative d'adoucir le langage ne masque pas toujours les relations de dominance implicites. Par exemple, **Dufour (2005)** souligne que des formulations comme pays les moins avancés ou pays en développement continuent d'induire une hiérarchie entre un Nord, vu comme modèle de référence, et un Sud, perçu comme déviant par rapport à cette norme. Cependant, il convient de reconnaître que le débat autour de ces termes va bien au-delà d'une simple question linguistique. Sur le fond,

il incarne des enjeux géopolitiques essentiels et une volonté de réorienter les relations entre les nations.

De façon générale, les pays du Sud incluent l'ensemble des Etats principalement situés en Afrique, en Asie, en Amérique latine, ainsi que dans les îles du Pacifique. Ces États partagent des problématiques communes : faible PIB par habitant, infrastructures limitées et accès inégal aux soins de santé. Ces caractéristiques impactent directement leur capacité à répondre aux besoins sanitaires de leurs populations.

Sur le plan social, selon le rapport annuel 2021 de l'ONU portant sur les objectifs de développement durable, ces pays enregistrent des indicateurs préoccupants, notamment des taux élevés de pauvreté, de mortalité infantile et de maladies infectieuses, bien que certains aient connu des améliorations grâce à de nouvelles réformes (**ONU, 2021).**

Sur le plan sanitaire, les systèmes de santé des pays du Sud se heurtent à des défis majeurs. Ils sont souvent caractérisés par un financement public insuffisant, des infrastructures inadéquates et une pénurie de professionnels de santé qualifiés. Une étude faite par l'OMS en 2022, révèle qu'en Afrique subsaharienne, on compte en moyenne 0,23 médecin pour 1 000 habitants. Ce ratio est largement inférieur à celui observé dans les pays du Nord : 3 à 4 (**OMS, 2022**)**.** Cette situation, aggravée par des inégalités d'accès aux soins et aux médicaments essentiels, accentue la pression sur des systèmes de santé déjà fragiles.

Ces caractéristiques mettent en lumière les défis structurels et économiques auxquels les pays du Sud sont confrontés, tout en soulignant l'importance d'un soutien adapté et durable pour combler les lacunes existantes. Une compréhension approfondie de ces contextes est essentielle pour évaluer l'impact des initiatives d'aide, notamment celles émanant des industries de la santé, et pour déterminer si elles répondent réellement aux exigences locales ou si elles renforcent des dynamiques de dépendance.

2. Défis de système de santé dans les pays du Sud

Les systèmes de santé dans les pays du sud rencontrent une multitude de défis structurels, techniques et organisationnels qui influencent profondément la manière dont les aides fournies par les industries de la santé sont intégrées et utilisées sur le terrain. Ces faiblesses ne sont pas seulement d'ordre matériel, mais résultent également de contexte historique, politiques et institutionnels.

2.1. Une gouvernance sanitaire déficiente

L'un des défis majeurs réside dans la faiblesse des capacités de gouvernance sanitaire. De nombreux pays ne disposent pas de moyens de santé publique similaires ou de systèmes de suivi suffisamment robustes pour piloter efficacement les ressources. Leurs politiques de santé sont influencées, voire orientées par des bailleurs de fonds internationaux et les ONG au détriment d'une gouvernance autonome et adaptée aux réalités locales **(Brinkerhoff et Bossert, 2008).** Cette dépendance limite la capacité des états à formuler des stratégies de santé durables, y compris en matière de sélection, d'implantation et des dispositifs médicaux. Selon **Jerven (2019**), un économiste spécialiste des systèmes de données en Afrique, beaucoup de pays du Sud ne disposent pas de statistiques de santé précises ou actualisées sur les besoins de leurs populations.

2.2. Une dépendance à l'aide internationale

Par ailleurs, la dépendance à l'aide internationale, bien qu'essentielle pour combler certains manques, tend à limiter l'autonomie des systèmes de santé**.** Une part significative des financements provient de donateurs internationaux, dont les priorités ne coïncident pas toujours avec les besoins structurels locaux. Par exemple, **Garrett (2017)** souligne que les financements externes orientés vers des programmes ciblés comme la lutte contre le VIH/SIDA, ont tendance à négliger les besoins structurels plus larges des systèmes de santé.

2.3. Une inégalité d'accès aux soins selon les territoires

Les disparités géographiques dans l'accès aux soins de santé posent également un défi important. Dans de nombreux pays, les populations rurales sont particulièrement marginalisées. **Médecins Sans Frontières (2020)**[1] rapporte que les zones rurales manquent souvent de structures de santé fonctionnelles et de professionnels qualifiés, exacerbant les inégalités d'accès**. Farmer (2004)** met en évidence que ces disparités géographiques ne sont pas seulement une question de ressources, mais aussi de justice sociale, les zones rurales étant historiquement sous-priorisées dans la planification des

[1] Médecins sans frontières MSF Rapport Annuel 2020

infrastructures de santé. Par exemple, au Mozambique, des centres de santé fonctionnent parfois sans médecin, uniquement avec des techniciens ou du personnel communautaire. Cette pénurie oblige les patients à parcourir de longues distances pour recevoir des soins spécialisés.

2.4. Une pénurie chronique de ressources humaines qualifiées

La pénurie de ressources humaines qualifiées, notamment de médecins et d'infirmiers, est un autre problème récurrent. Outre la faible densité de professionnels, la **"fuite des cerveaux"**[2] vers les pays du Nord accentue ce problème. Une étude de **Clemens et Pettersson (2008)** estime qu'environ un tiers des professionnels de santé formés en Afrique exercent à l'étranger. Cela a un impact direct sur la qualité des soins dans les pays du Sud, où les infrastructures disponibles sont déjà insuffisantes.

2.5. Un sous-investissement dans la prévention des maladies

Beaucoup de pays du Sud consacrent une part importante de leur budget pour des soins curatifs, souvent au détriment de la prévention**. Frenk et Gómez-Dantés (2014)** expliquent que d'une part les gouvernements, souvent limités par des ressources financières et techniques, privilégient les réponses immédiates face aux crises sanitaires (épidémies, catastrophes sanitaires) au lieu de mettre en œuvre des stratégies préventives durables. D'autre part, une grande partie des financements alloués dans ces pays proviennent des donateurs internationaux, qui peuvent imposer parfois des priorités alignées sur leurs propres agendas. Ce double phénomène détourne l'attention des gouvernements, des actions de prévention à long terme. Pourtant, cette focalisation excessive sur les soins curatifs peut s'avérer très coûteuse : par exemple, traiter des maladies comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires représente une charge financière bien plus lourde que d'investir dans des campagnes de sensibilisation permettant de les prévenir.

2.6. Les crises sanitaires et environnementales

Enfin, les crises environnementales et sanitaires, telles que le changement climatique et les pandémies, aggravent les vulnérabilités déjà existantes. Par exemple, la pandémie de

[2] Fuite de cerveaux : migration des chercheurs vers des pays plus développés

COVID-19 a révélé les lacunes des systèmes de santé des pays du Sud en matière de réponse aux urgences. Des auteurs comme **Kapur et Smith (2021)** notent que ces crises ont mis en lumière la nécessité de renforcer les capacités locales pour prévenir les interruptions des soins de santé. Cela inclut de former davantage de personnel médical, de créer des chaînes d'approvisionnement robustes pour les médicaments et enfin établir des plans d'urgence pour répondre rapidement à de futures crises.

Ces défis mettent en évidence la nécessité de mettre en place des réformes systémiques et des partenariats équilibrés afin de permettre aux pays du Sud de renforcer leur résilience sanitaire. Ils appellent également à une aide internationale plus alignée sur les besoins locaux pour éviter d'aggraver les inégalités existantes et promouvoir une véritable autonomie des systèmes de santé. Il convient toutefois de rappeler que les besoins en matière de santé varient fortement d'un pays du Sud à l'autre, en fonction de leur histoire, de leur niveau de développement, et de leur exposition aux crises. C'est pourquoi, dans ce mémoire, l'analyse portera principalement sur les pays d'Afrique subsaharienne, région particulièrement confrontée à des vulnérabilités structurelles et sanitaires aiguës.

3. Focus sur les spécificités en matière de santé dans les pays de l'Afrique subsaharienne.

L'Afrique Subsaharienne, qui regroupe 48 pays, représente une partie significative des pays du Sud et constitue un terrain d'étude particulièrement pertinent pour analyser l'impact des politiques d'aide en santé. En effet, bien que partageant certaines caractéristiques avec d'autres régions en développement, l'Afrique subsaharienne se distingue par des spécificités historiques, économiques et sanitaires qui influencent fortement la structuration de ses systèmes de santé.

D'après **Aka (2010),** historiquement la construction de systèmes de santé en Afrique subsaharienne a été influencée par l'héritage colonial, qui a légué des infrastructures inégalement réparties et une organisation des soins souvent centralisée dans les capitales au détriment des zones rurales. Cette situation a contribué à la persistance d'un accès aux soins marqués par de profondes inégalités territoriales et sociales.

Economiquement, la majorité des pays de la région appartiennent à la catégorie des pays à revenu faible ou intermédiaire, avec des budgets de santé publique limités et une forte dépendance aux financements extérieurs. Cette contrainte budgétaire a conduit à une externalisation croissante du financement des politiques de santé vers les acteurs

internationaux, ce qui influence directement la gestion et les priorités des systèmes de santé locaux **(Kouassi, 2011 ; Kaddar, Furrer, & Lefèvre, 2000).**

Sur le plan sanitaire, les systèmes de santé en Afrique subsaharienne sont généralement caractérisés par un sous-financement chronique, une faible couverture des services de santé de base, ainsi qu'une inégalité d'accès aux soins, notamment en milieu rural. A ce titre, **Haddad et al. (2004)** soulignent que cette inégalité d'accès se traduit par des disparités notables entre les zones urbaines, dotées de meilleures infrastructures, et les zones rurales où les services de santé sont rares et mal équipés. Le poids des maladies infectieuses, telles que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, reste important, malgré les efforts réalisés pour les contenir. Par ailleurs, **Boutayeb, (2006)** rappelle que ces pays sont confrontés à un double fardeau : la persistance de ces maladies infectieuses combinée à l'émergence rapide de maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Cette transition épidémiologique exerce une pression croissante sur des systèmes de santé déjà fragiles.

Enfin, un élément clé à prendre en compte est la structuration des politiques de santé publique dans ces pays. Les Etats africains ont mis en place diverses stratégies pour améliorer l'accès aux soins et renforcer leurs infrastructures sanitaires, mais ces efforts sont souvent freinés par des limites financières et une coordination difficile entre les acteurs nationaux et internationaux. De plus, la mise en œuvre des politiques sanitaires est souvent confrontée à des défis de gouvernance et de suivi, qui limitent l'efficacité des réformes engagées (**Barbera et al., 2019).**

Ainsi, l'Afrique subsaharienne se distingue non seulement par ses contraintes structurelles, mais aussi par sa dépendance aux dynamiques d'aide extérieure et par la complexité de ses enjeux de santé publique. Il constitue donc un cadre d'analyse essentiel pour comprendre comment les initiatives des industries de la santé interagissent avec les réalités locales, et dans quelle mesure elles peuvent contribuer à une amélioration durable des systèmes de santé.

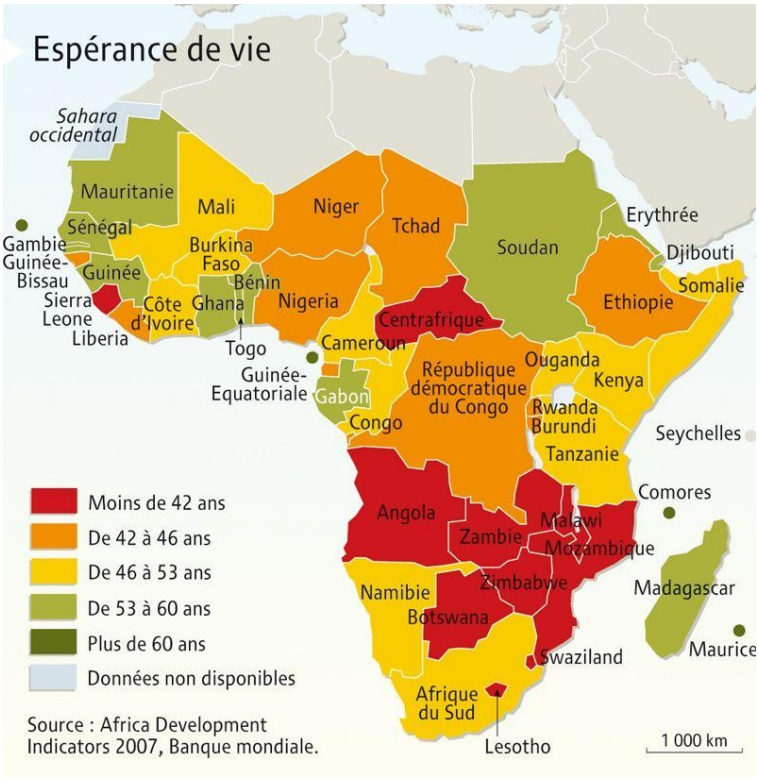


Figure 1 *: Vue d'ensemble des pays d'Afrique Subsaharienne selon l'espérance de vie*

B. Les politiques d'aide des industries de santé

Avant de s'intéresser aux formes spécifiques d'aide, il convient de rappeler brièvement ce que recouvre l'industrie de la santé. L'industrie de la santé regroupe un ensemble d'acteurs publics et privés impliqués dans la conception, la production et la distribution de biens et services destinés à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la réhabilitation de la santé humaine. Elle inclut notamment les fabricants de dispositifs médicaux, les laboratoires pharmaceutiques, les entreprises de biotechnologie, les fournisseurs de solutions numériques de santé, ainsi que les prestataires de services hospitaliers et logistiques. Selon la **Direction générale des Entreprises (2024),** cette filière comprend plus de 1 300 fabricants de dispositifs médicaux en France, dont 92 % sont des PME, illustrant la diversité et l'importance de ce secteur dans le système de santé. Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse portera exclusivement sur les acteurs de l'industrie de la santé hors industrie pharmaceutique.

1. Les différentes formes d'aide en santé

Les pays du Sud, et plus particulièrement ceux d'Afrique subsaharienne, reçoivent depuis plusieurs décennies une multitude d'aide en santé : envoi de médicaments, financement de projets sanitaires, dons de dispositifs médicaux, mise en œuvre de programmes de vaccination, formation de personnels soignants, renforcement des infrastructures hospitalières ou encore partenariats public-privé. Ces initiatives, portées aussi bien par des États, des organismes internationaux, des ONG que par des entreprises du secteur privé et public, visent à compenser les faiblesses structurelles des systèmes de santé locaux : manque d'équipements, de ressources humaines qualifiées, de capacités de gestion ou encore de financements durables. Notre analyse portera spécifiquement sur deux leviers majeurs d'intervention utilisés par les acteurs des industries de santé : **les dons de dispositifs médicaux** et **le financement de projets de santé**.

1.1. Dons de dispositifs médicaux

Les dons de dispositifs médicaux constituent une pratique répandue dans les actions de solidarité sanitaire. Ils concernent un large spectre d'équipements, allant du matériel de base (lits médicalisés, tensiomètres, échographes) à des technologies plus avancées (respirateurs, moniteurs multiparamétriques, équipements chirurgicaux). En permettant de pallier la pénurie des équipements dans les structures de santé, en particulier rurales, ces dons sont perçus comme un soutien immédiat et palpable à l'amélioration de l'offre de soins. Cependant, de nombreuses études soulignent les limites de cette pratique. **Perry et Malkin (2011)** estiment que près de 50 % des équipements donnés ne sont jamais utilisés correctement du fait de l'absence de personnel formé, de problèmes d'entretien, ou d'incompatibilités techniques. L'envoi de dispositifs trop sophistiqués dans des contextes ne disposant ni de réseau électrique stable, ni de services techniques adéquats peut ainsi se révéler contre-productif. **Malkin (2007)** souligne à ce titre, qu'une aide mal planifiée, réalisée sans coordination au préalable avec les acteurs locaux, peut aboutir à une dilapidation de ressources et à une dépendance accrue vis-à-vis de l'aide extérieure.

En Afrique subsaharienne, **Marks et al. (2019)** soulignent que, bien que jusqu'à 70 % des équipements médicaux soient issus de dons, seulement 10 à 30% deviennent réellement opérationnels. Ce faible taux d'utilisation s'explique par un manque de formation, l'absence de maintenance ou encore une mauvaise adaptation au contexte local. À cela s'ajoute

l'écueil d'une aide mal ciblée. Selon l'organisation **Humatem,** lorsqu'elle ne correspond pas aux besoins réels du terrain, elle peut devenir une charge logistique et financière plutôt qu'un appui. La réussite de cette aide repose donc sur une démarche concertée avec les bénéficiaires, une connaissance délicate du contexte local et une prise en compte des prédispositions d'emploi et de maintenance des équipements fournis.

Au-delà des constats techniques, les dons de dispositifs médicaux font l'objet de vifs débats dans la littérature. Si certains auteurs, comme **Howie et al. (2008)**, soulignent leur utilité pour combler les pénuries urgentes dans les pays à faibles ressources, d'autres, tels que **Langevin et al. (2003)**, en questionnent la pertinence, notamment face aux risques de dépendance, à l'absence de dispositifs de formation, et au manque d'intégration dans les systèmes locaux de santé.

Face aux nombreux échecs liés à une utilisation inadéquate ou à une maintenance déficiente des équipements médicaux donnés, la formation apparaît comme un levier essentiel pour renforcer l'impact réel de ces interventions. **Alhassane et al. (2003)** insistent sur la nécessité d'un accompagnement pédagogique, à destination notamment des ingénieurs biomédicaux et techniciens hospitaliers, afin qu'ils soient en mesure de garantir la bonne utilisation et l'entretien durable des dispositifs médicaux. Sans cette dimension, même les équipements les plus avancés risquent de devenir rapidement obsolètes ou inutilisables, faute de compétences disponibles localement pour assurer leur bon fonctionnement.

Plutôt que de penser la formation comme une politique d'aide à part entière, elle doit être intégrée au cœur même du processus de don. L'organisation **Humatem** a bien compris cet enjeu et a fait de la formation technique un axe prioritaire de ses interventions sur le terrain. En novembre 2018, une mission menée au Burundi en appui à la Polyclinique Médicale Baho a permis non seulement d'installer et de mettre en service des équipements médicaux (bloc opératoire, maternité, ORL, réanimation, stérilisation, laboratoire), mais aussi de former le personnel à leur utilisation et à leur maintenance **(*Humatem*, s.d.).** Cette double approche matérielle et humaine renforce l'autonomie des structures bénéficiaires et permet un véritable transfert de compétences.

Ainsi, un don de matériel médical ne peut être efficace que s'il est suivi d'une formation qui servira de soutien technique en plus. Sans cela, il risque de devenir un symbole d'assistanat plus qu'un vecteur de renforcement durable.

1.2. Financements et soutien institutionnel

Le deuxième levier majeur d'action des industries de santé est le financement de projets, qu'il s'agisse de subventions, de prêts, ou de partenariats avec des acteurs publics. Ces soutiens financiers permettent de répondre à des enjeux cruciaux dans les pays du Sud : construction ou rénovation d'infrastructures sanitaires, achat d'équipements médicaux, développement de systèmes d'information hospitaliers, soutien aux campagnes de vaccination ou amélioration de la gouvernance hospitalière.

Ces financements peuvent jouer un rôle déterminant dans la modernisation des structures hospitalières, particulièrement lorsqu'ils sont conditionnés à des exigences de qualité, de transparence et d'évaluation. Comme le souligne **le manuel du Financement Basé sur la Performance (MSH, 2016),** cette approche consiste à allouer des ressources sur la base de résultats mesurables, à travers des indicateurs rigoureux tels que le nombre de patients pris en charge, l'amélioration de la couverture vaccinale ou la réduction des délais d'attente. Ce type de financement incitatif vise à renforcer l'efficacité des systèmes de santé tout en responsabilisant les acteurs locaux sur les résultats obtenus.

En prenant appui sur le **rapport de l'IDDRI**[3] relatif aux partenariats public-privé mondiaux pour la santé, on observe que certaines collaborations entre groupes pharmaceutiques, gouvernements et ONG ont permis le développement des projets de santé communautaire intégrés. Cette logique de co-développement, lorsqu'elle est bien pensée, peut favoriser une montée en compétence des acteurs locaux et une réduction progressive de la dépendance à l'aide.

Cependant, ces financements soulèvent aussi des critiques. De nombreux chercheurs, dont **Garrett (2007),** alertent sur le risque de dépendance à l'aide internationale. Lorsque l'essentiel du budget de santé d'un pays provient de bailleurs étrangers, cela fragilise sa souveraineté résolutive et crée une vulnérabilité face à tout changement de position ou retrait de ces partenaires.

Toutefois, les priorités des financeurs ne sont pas toujours alignées avec les enjeux de santé publique des pays bénéficiaires. Pour maximiser leur utilité, ces soutiens doivent

[3] Microsoft Word - marame_cc.doc consulté le 06 mai 2025

s'intégrer dans les stratégies nationales, en misant sur le renforcement durable des systèmes existants, plutôt que sur des approches substitutives ou imposées.

2. Les principaux acteurs impliqués

La chaîne d'aide en santé dans les pays du Sud est soutenue par une diversité d'acteurs, dont les rôles et motivations varient selon les contextes et les objectifs poursuivis. Chaque catégorie d'intervenants contribue à renforcer les systèmes de santé ou à pallier les carences, mais leurs interactions complexes peuvent également générer des défis en matière de coordination et de durabilité.

2.1. Les acteurs biomédicaux

Dans les pays du Sud, l'efficacité des dons de dispositifs médicaux repose bien plus que sur l'acte de donation en lui-même. Elle dépend fondamentalement de la capacité à assurer la mise en service, l'usage durable et la maintenance de ces équipements dans des environnements parfois marqués par le manque de ressources et de compétences techniques. A cet égard, les ingénieurs biomédicaux et les entreprises fabricantes de dispositifs médicaux forment un maillon essentiel de la chaine d'aide.

Leur rôle est double : assurer le bon fonctionnement technique des équipements donnés et accompagner les bénéficiaires dans leur appropriation via des actions de formation. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les infrastructures de santé manquent cruellement de ressources humaines qualifiées dans ce domaine.

C'est pourquoi plusieurs fabricants de DM participent activement à l'effort de solidarité internationale, en mettant à dispositif des DM neufs ou reconditionnés, mais aussi en accompagnant leur installation et leur appropriation locale. Par exemple, Philips Foundation, en partenariat avec RAID-AID, a mis en place des programmes de formation continue en échographie pour les techniciens de radiologie dans dix pays à faible revenu, avec un suivi à distance des pratiques sur le terrain afin d'autonomiser les professionnels locaux (**RAD-AID et Philips Foundation, 2002)**. De même, l'entreprise General Electric Healthcare a lancé des initiatives en Ethiopie et au Kenya pour former du personnel biomédical et mettre en place des plans de maintenance adaptés aux réalités locales **(GE Foundation, 2019).**

Ces collaborations s'inscrivent souvent dans une logique de responsabilité sociétale des entreprises (RSE). Comme le souligne **Moon (2007),** les engagements humanitaires des entreprises peuvent répondre à la fois à des considérations éthiques sincères et à des intérêts économiques liés à leur positionnement global.

Cependant, la complémentarité entre les ingénieurs biomédicaux et les entreprises ne suffit pas à pallier certaines failles structurelles. Sans coordination avec les besoins locaux réels ni accompagnement sur le long terme, les dons risquent de rester inutilisés, voire de poser des problèmes de sécurité. D'où l'importance de penser ces initiatives dans une logique intégrée, en articulation avec les politiques de santé des pays bénéficiaires et les capacités locales de maintenance.

2.2. Les associations

Dans les dynamiques de dons de DM vers les pays du Sud, les associations qu'elles soient locales ou internationales occupent une place intermédiaire stratégique entre les donateurs et les bénéficiaires finaux. Leur rôle dépasse la simple logistique : elles assurent souvent l'identification des besoins, la coordination des parties prenantes, le suivi des équipements donnés ainsi que le renforcement des capacités locales.

D'un point de vue opérationnel, ces organisations agissent comme des facilitateurs de terrain. Elles assurent la médiation entre les enjeux techniques, r0églementaires et humains. L'association *ingénieurs sans frontières-santé* (ISF Santé) par exemple, qui s'illustre dans des projets ou l'installation des DM a couplé cette initiative à une réflexion sur leur adéquation technique, leur maintenance, et la formation du personnel utilisateur. En collaboration avec des structures hospitalières africaines, ISF Santé accompagne le déploiement des technologies médicales en zones rurales tout en tenant compte des contraintes locales **(ISF Santé, 2021*)*.**

De nombreuses associations collaborent également avec des ingénieurs biomédicaux pour garantir que les DM soient opérationnels et utilisables sur le long terme. Ces partenariats sont essentiels, car le don d'un DM non adapté ou non maintenu peut s'avérer inutile, voire contre-productif **(WHO, 2011).** Dans ce contexte, les associations deviennent des vecteurs de connaissance et de transfert de compétences, notamment via l'organisation de

formations pour le personnel hospitalier local, la production de guide d'utilisation et de maintenance simplifiée.

Par ailleurs, les associations jouent un rôle important dans la structuration et la mise en œuvre de projets de santé globaux. Certaines agissent comme porteuses de projets, en s'associant à des institutions publiques et privées pour le financement et la réalisation de programmes pluriannuels intégrant l'équipement biomédical comme levier de renforcement des capacités locales. Par exemple, l'association Solthis (Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé) met en œuvre des projets de renforcement des systèmes de santé incluant la fourniture d'équipements et la formation biomédicale dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest **(Solthis, 2022).**

La littérature souligne aussi que le rôle des associations est doublement stratégique : elles permettent à la fois de contextualiser les aides dans les réalités locales et de garantir la pérennité des actions menées. Toutefois elles sont souvent confrontées à des contraintes financières, logistiques ou réglementaires qui limitent leur action. Des études ont mis en avant le besoin de renforcer les partenariats entre associations, gouvernements locaux et donateurs pour favoriser une meilleure coordination et durabilité des initiatives (**MUGNIER, C. 2003).**

2.3. Les ONG et les organisations internationales

Les organisations non gouvernementales (ONG) et les institutions internationales jouent un rôle central dans la chaine des dons de dispositifs médicaux, en particulier dans les contextes à faibles ressources. Elles assurent la médiation entre les donateurs (gouvernements, entreprises, fondations) et les bénéficiaires locaux, en veillant à ce que les équipements répondent aux besoins sanitaires réels et soient utilisables de manière durable.

Des ONG telles que MSF a développé des approches intégrées combinant fourniture d'équipements, formation du personnel local et suivi technique. Par exemple, la MSF Academy for Healthcare vise à renforcer les compétences des équipes médicales locales, garantissant ainsi une utilisation optimale des dispositifs médicaux fournis **(Médecins Sans Frontières, n.d.).** Cependant, leur efficacité est parfois limitée par des contraintes de

financement ou des contextes politiques instables qui rendent difficile la mise en œuvre de programme à long terme **(Bornstein, 2001).**

De plus, l'efficacité des dons peut être compromise si les DM ne sont pas adaptés aux contextes locaux ou si les bénéficiaires ne sont pas impliqués dans le processus de donation. Une étude souligne que les dons doivent être alignés sur les besoins des utilisateurs finaux et respecter les politiques et réglementations des pays récipiendaires **(WHO, 2023).**

Les organisations internationales, telles que l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le fonds des Nations Unies pour l'enfance, jouent un rôle stratégique en établissant des directives et des normes pour les dons de DM. L'OMS a publié des considérations pour améliorer la qualité des dons, en mettant l'accent sur la coordination entre les donateurs et bénéficiaires. De son côté, l'UNICEF travaille à élargir l'accès aux technologies de santé dans les contextes à faibles ressources, en veillant à ce que les équipements soient conformes aux exigences techniques et réglementaires. **(UNICEF, n.d).**

En somme, la collaboration entre ONG et organisations internationales est essentielle pour assurer que les dons de dispositifs médicaux soient efficaces, durables et adaptés aux besoins des populations ciblées. Une coordination étroite, une compréhension des contextes locaux et le respect des normes internationales sont des éléments clés pour le succès de ces initiatives.

2.4. Les gouvernements locaux des pays bénéficiaires

Les gouvernements locaux occupent une position stratégique bien que souvent sous-estimée dans cette chaine d'aide. Leur rôle dépasse largement celui d'un simple récipiendaire passif : ils sont acteurs régulateurs, facilitateurs et garants de l'intégration des aides dans les politiques de santé publique. Dans un contexte où les systèmes des pays en développement sont fréquemment fragiles et hétérogènes, la mobilisation des autorités nationales et locales devient une condition sine qua non pour assurer une gestion efficace, équitable et durable de ces aides. Par ailleurs, leur implication ne se limite pas à la gestion des dons de DM mais également à la supervision des mécanismes de financement associées à ces aides car ceux-ci influencent directement la pérennité et l'appropriation locale des équipements médicaux.

La régulation constitue l'un des leviers fondamentaux de leur intervention. Les gouvernements sont en effet chargés de vérifier la conformité des équipements donnés avec des normes internationales et internationales, ainsi que leur compatibilité avec les infrastructures existantes. Comme l'indiquent **Perry et Malkin (2011**), l'absence de contrôle gouvernemental peut conduire à l'acheminement de technologies inadaptées ou obsolètes, qui finissent inutilisées ou, pire néfastes pour les patients et le personnel soignant. Pour éviter cela, plusieurs pays ont adopté des mécanismes de validation en amont, impliquant notamment les ministères de la santé dans les besoins, l'enregistrement des DM, et l'octroi d'autorisations d'importation. Ce cadre réglementaire s'étend aussi aux aspects financiers, ou les gouvernements locaux doivent s'assurer que les fonds liés aux aides sont utilisés conformément aux objectifs sanitaires et gérés avec transparence.

Mais la responsabilité des gouvernements ne s'arrête pas là. Leur capacité à coordonner les différents acteurs impliqués s'avère déterminante pour garantir la cohérence des interventions. Une gouvernance publique efficace permet de canaliser les aides en fonction des priorités sanitaires, d'éviter les doublons ou les inégalités territoriales, et de promouvoir des partenariats structurants. **Nhamo et al (2019)** insistent d'ailleurs sur le fait que les dispositifs de coordination multi acteurs pilotés par l'Etat contribuent à améliorer la redevabilité et à inscrire les aides dans une vision de long terme.

L'expérience du Rwanda constitue une illustration emblématique de ce rôle central. A travers une stratégie gouvernementale volontariste, le pays a mis en place un système centralisé de gestion de dons de DM, incluant un inventaire national, des processus de validation technique, et un suivi post-donation. Cette approche a permis non seulement une allocation plus équitable des ressources, mais aussi un renforcement des capacités locales en ingénierie biomédicale et en maintenance **(Binagwaho et al., 2013)**. Le gouvernement rwandais a également intégré la réception des dons dans un programme plus large de transformation du système de santé, en combinant équipements, formation, et développement d'infrastructures. Il a également mis en place des mécanismes pour assurer un financement durable, garantissant la maintenance continue des DM et l'autonomie financières des structures sanitaires.

Cependant, dans de nombreux contextes d'Afrique Subsaharienne, les gouvernements locaux se heurtent à des contraintes structurelles importantes. Le manque de ressources humaines qualifiées, notamment d'ingénieurs biomédicaux, entrave la capacité à assurer la maintenance et la supervision des équipements **(Howitt et al., 2012)**. A cela, s'ajoutent des défis politiques : instabilités institutionnelles, faible transparence administrative, et logiques

de clientélisme peuvent compromettre la bonne gestion des aides (**Malkin, 2007).** Sans une gouvernance renforcée, les aides risquent d'aboutir à une dépendance accrue plutôt qu'à un développement autonome. De plus, l'insuffisance de mécanismes financiers adaptés compromettent également la durabilité de ces aides car les structures locales peinent à mobiliser les ressources nécessaires à la maintenance et à l'exploitation des équipements.

Enfin, au-delà des aspects logistiques et réglementaires, le rôle des gouvernements dans la formation et le transfert de compétences est un pilier souvent négligé. Les autorités sanitaires doivent veiller à intégrer des modules de formation pour les personnels de santé recevant les équipements, à assurer la disponibilité de manuels d'utilisation en langue locale, et à inscrire ces actions dans les curricula des instituts de formation sanitaire. Ce processus contribue à pérenniser l'usage des dons et à en maximiser l'impact sur les soins.

En définitive, le rôle des gouvernements locaux est central pour que les aides ne soient pas une réponse ponctuelle à une urgence, mais un levier de renforcement structurel des systèmes de santé. Leur implication, lorsqu'elle est effective, transforme les aides en opportunité de souveraineté sanitaire plutôt qu'en assistance chronique. L'intégration simultanée de la gestion des dons de DM et du financement associé constitue une condition indispensable pour assurer cette transition vers une autonomie durable.

Partie II : Enjeux stratégiques, communication et perceptions des bénéficiaires autour des aides

A. Enjeux stratégiques : entre engagement solidaire et valorisation d'image

Derrière chaque initiative d'aide se trouvent des motivations variées, parfois complémentaires, parfois ambivalentes qui méritent d'être analysées en profondeur. Cette section examinera les différents registres d'intention qui orientent les pratiques d'aide, en interrogeant notamment le poids de l'humanitarisme, de la responsabilité sociétale des entreprises, ou encore des intérêts géopolitiques et économiques dans les dispositifs d'aide.

1. Motivations des aides

Les politiques d'aide des acteurs de l'industrie de santé en direction des pays du Sud s'inscrivent dans un entrelacs d'objectifs multiples, mêlant souvent solidarité affichée, responsabilités sociétales revendiquées et intérêts stratégiques plus discrets. Derrière ces aides, se dessine un spectre de motivations à la fois humanitaires, économiques et politiques.

Sur le plan humanitaire, les entreprises affirment agir en réponse à des besoins de santé publique majeurs. Cette posture, fondée sur des valeurs d'altruisme et de solidarité internationale, s'inscrit dans une tradition de l'aide humanitaire initiée par des ONG mais progressivement reprise par des acteurs industriels. Selon **Karsenty (2004),** cette démarche se traduit par une volonté de << contribuer à la réduction des inégalités mondiales en santé et à accompagner les pays en voie de développement dans le renforcement de leurs capacités sanitaires>>.

Mais au-delà de cette rhétorique solidaire, d'autres logiques sont à l'œuvre. La responsabilité sociétale des entreprises (RSE), devenue pilier de la stratégie des grandes firmes, notamment dans le domaine de la santé, jouent un rôle central. Dans ce cadre, les aides apportées ne relèvent pas uniquement d'un élan humanitaire, mais s'insèrent dans une politique globale d'image, de réputation et de légitimité. Selon **Capron et Quaire-Lanoizelée (2010),** la RSE permet aux entreprises de s'inscrire dans un registre éthique et

citoyen, tout en consolidant leur position concurrentielle sur les marchés globaux. Offrir des équipements médicaux, financer la formation ou appuyer des structures hospitalières peut ainsi servir à démontrer l'engagement responsable de l'entreprise auprès de ses parties prenantes, des régulateurs et de l'opinion publique.

Par ailleurs, l'intérêt économique n'est pas absent dans ces démarches. Certaines aides peuvent constituer une stratégie d'entrée ou de consolidation sur de nouveaux marchés. En effet, ces dernières ne sont pas seulement faites pour aider, mais peuvent servir à préparer l'entrée d'une entreprise sur un nouveau marché ou à renforcer sa présence dans un pays. Par exemple, lorsqu'une entreprise de santé donne des DM à des hôpitaux d'un pays du sud, cela permet aux professionnels locaux de se familiariser avec ses produits. Cela peut ainsi créer une forme de dépendance vis-à-vis de l'aide reçue. C'est pourquoi certains chercheurs parlent de « **Trojan gift »**, **ou « cadeau stratégique »**, un don qui semble généreux au premier abord, mais qui cache aussi des objectifs commerciaux à long terme **(Schlegelmilch, 2016).** Ce type d'aide peut donc ouvrir la voie à des relations commerciales durables, tout en étant présenté comme un simple geste humanitaire.

Enfin, certains analystes soulignent que l'aide sanitaire peut être instrumentalisée à des fins diplomatiques ou géopolitiques. Pour les Etats ou les multinationales des pays du Nord, contribuer à des projets de santé en Afrique subsaharienne permet aussi de renforcer leur influence, de stabiliser des régions stratégiques ou d'entretenir des relations favorables avec les gouvernements locaux. Ces actions relèvent alors davantage d'une diplomatie sanitaire que d'un humanitarisme pur, comme le souligne **Feldbaum et al. (2010)** dans leurs travaux sur la « global health diplomacy ».

Ainsi, si l'humanitarisme constitue un vecteur fort de communication, il s'articule souvent avec des objectifs plus pragmatiques : la réputation, fidélisation des marchés, lobbying ou diplomatie d'influence. L'ambiguïté de ces dynamiques est au cœur des débats sur le caractère désintéressé ou non de l'aide fournie.

2. Stratégies de communication autour des aides (dons, financements, projets)

Au-delà de leur valeur opérationnelle, les initiatives d'aide qu'il s'agisse de dons de DM, de projets financés ou de partenariats s'inscrivent dans les stratégies de communication soigneusement construites. Les donateurs accordent une importance croissante à la

communication de leurs actions, tant auprès du grand public que des institutions partenaires afin de façonner une image positive et légitimer leur engagement.

Selon **Catherine Bodet &Thomas Lamarche (2006),** les dispositifs de communication mis en place dans ce cadre ne visent pas seulement à informer, mais à produire une certaine représentation de l'entreprise dans l'espace public : éthique, proactive, tournée vers le bien commun. Cela se traduit notamment par des récits valorisants dans les rapports annuels, les sites web ou encore les campagnes institutionnelles en mettant en scène les bénéficiaires, les résultats et les engagements financiers.

Dans le domaine de la santé, cette communication peut prendre des formes variées : publications d'études d'impact, témoignages de terrain, vidéos de remises de dons ou encore évènements médiatisés avec les autorités locales. Les entreprises mettent en avant un langage valorisant leur contribution à la réduction des inégalités ou au renforcement des systèmes de santé.

Toutefois, certains chercheurs alertent sur les effets pervers de ces pratiques. En s'appuyant sur les concepts de ***brand humanitarianism*** développés par **Richey et Ponte (2011),** on comprend que cette visibilité peut favoriser une logique de marketing humanitaire, ou la finalité première devient la valorisation du donateur, parfois au détriment des besoins réels ou de la qualité des actions. Ce décalage est d'autant plus problématique lorsque la communication repose sur des indicateurs symboliques tels que nombre de DM donnés, valeur estimée en euros qui ne renseignent pas sur l'adéquation, l'usage réel ou la pérennité de l'aide apportée.

En outre, la surmédiatisation de certaines initiatives peut instaurer une forme de hiérarchisation implicite entre les acteurs, ou ceux qui communiquent le mieux apparaissent comme les plus engagés, quels que soient les résultats réels sur le terrain. Comme le souligne **Audet (2016),** cela crée une concurrence ou la visibilité devient un critère de reconnaissance au même titre que l'impact. Cela peut nuire à des structures locales ou des ONG qui, faute de moyens ou de stratégie communicationnelle poussée, peinent à exister dans cet espace symbolique de l'aide comme l'explique **Philippe Ryfman (2006).**

Enfin, cette logique de communication peut aussi influencer la gouvernance de certains projets. Le souci de montrer l'action peut conduire à privilégier des interventions facilement médiatisables (inaugurations, livraisons spectaculaires, campagnes de courte durée), au détriment d'actions plus structurelles mais moins visibles, comme la formation continue, la

maintenance des DM ou la réforme des politiques de santé. Il ne s'agit plus seulement d'agir, mais d'être vu en train d'agir et d'agir "bien". Cela rejoint l'idée de "marché moral" de la solidarité, où les acteurs de l'aide sont aussi en compétition pour capter l'attention, les financements, et la reconnaissance.

B. Perception et impact sur les bénéficiaires

L'aide humanitaire ne prend tout son sens que lorsqu'elle trouve un écho réel chez ses destinataires. Il ne suffit pas d'envoyer ; encore faut-il que l'aide soit comprise, utilisée, et intégrée dans les dynamiques locales. Cette partie se concentre sur ce que l'aide produit concrètement du point de vue des bénéficiaires : comment elle est reçue, perçue, transformée ou parfois remise en question.

1. Réception et appropriation des aides par les professionnels de santé et institutions locales

L'impact réel de l'aide internationale en santé dépend fortement de la manière dont elle est reçue et intégrée par les acteurs des pays bénéficiaires. Ce processus d'intégration est souvent désigné par le terme d'**appropriation**, que **Eyben (2010)** définit comme la capacité des bénéficiaires à s'approprier l'aide reçue, en l'adaptant à leurs propres priorités, stratégies et contraintes. Autrement dit, une aide ne devient réellement utile que lorsqu'elle s'inscrit dans les dynamiques locales, qu'elle renforce les capacités existantes, et qu'elle permet un certain niveau d'autonomie.

Dans les faits, cette appropriation est loin d'être automatique. Dans de nombreux contextes, les aides sont conçues par les donateurs à distance, avec peu d'échanges en amont avec les professionnels de santé des pays du Sud. Ces derniers se retrouvent alors face à des équipements ou des projets déjà définis, qu'ils doivent essayer de faire entrer tant bien que mal dans leur organisation. Comme le souligne **Pfeiffer (2003),** cette manière de faire entretient un sentiment de décalage et de frustration chez les acteurs locaux, qui ne se sentent ni écoutés, ni considérés comme des partenaires à part entière.

Les professionnels de santé jouent pourtant un rôle central. Ce sont eux qui assurent le lien entre les outils fournis et leur usage concret sur le terrain. Leur expérience, leur connaissance des patients et de l'environnement hospitalier sont précieuses pour garantir

que l'aide soit pertinente. Malheureusement, leur participation est souvent limitée à la phase d'exécution. **Abimbola (2019)** insiste sur ce point : tant que les bénéficiaires ne sont pas pleinement impliqués dans les décisions, l'aide risque de rester superficielle, et parfois même de compliquer les pratiques de soin au lieu de les améliorer.

Du côté des institutions comme les hôpitaux ou les ministères de la santé, la réception de l'aide peut être à la fois une ressource et un défi. Dans les contextes de sous-financement, elle permet de répondre à des besoins urgents. Mais elle peut aussi générer des problèmes de gestion : équipements non compatibles, absence de formation, manque de pièces de rechange, ou surcharge administrative. **Ridde (2011)** rappelle que lorsqu'une aide est imposée sans coordination avec les autorités locales, elle peut désorganiser le système au lieu de le renforcer.

Enfin, l'aide devient réellement efficace lorsque les acteurs locaux sont associés dès le départ, quand les décisions sont prises ensemble et que les projets sont construits dans une logique de collaboration. C'est ce que montrent les travaux de **George et al. (2015)** : plus les professionnels sont impliqués, plus l'aide est adaptée et durable.

Ainsi, l'appropriation ne doit pas être considérée comme une étape finale, mais comme un fil conducteur. Il ne suffit pas de livrer du matériel ou de financer des projets. Il faut que ces actions fassent sens pour ceux qui les reçoivent, qu'elles s'inscrivent dans leurs pratiques quotidiennes et qu'elles leur donnent les moyens d'agir durablement. Sans cela, l'aide risque de rester un geste symbolique, bien intentionné, mais peu efficace.

2. Impacts réels sur les systèmes de santé : amélioration, dépendance ou marginalisation

L'aide internationale dans le domaine de la santé est souvent pensée comme un levier de progrès, de renforcement des capacités et d'accès équitable aux soins. Pourtant, son impact réel sur les systèmes de santé des pays bénéficiaires est loin d'être uniforme. La littérature souligne des effets contrastés : dans certains cas, elle contribue effectivement à améliorer les services ; dans d'autres, elle installe des dynamiques de dépendance, ou aggrave la marginalisation de certains acteurs ou secteurs.

Plusieurs études montrent que l'aide peut être un facteur de transformation positive lorsqu'elle s'inscrit dans une logique de long terme et s'accompagne d'un réel appui institutionnel. Par exemple, les recherches de **Ooms et al. (2008)** sur le financement des systèmes de santé en Afrique subsaharienne soulignent que les appuis budgétaires bien coordonnés ont permis, dans certains pays, une augmentation significative du recrutement de personnel médical, de la couverture vaccinale ou de l'accès aux soins primaires. Dans ce cas, l'aide agit comme un catalyseur, en renforçant des dynamiques nationales déjà en cours.

Cependant, ces effets positifs sont souvent limités par des faiblesses structurelles. Une grande partie de l'aide reste focalisée sur des projets verticaux ou des programmes spécifiques (VIH, paludisme, tuberculose), au détriment d'une approche globale du système de santé. Comme le note **Storeng (2006),** cela crée des déséquilibres : certains services sont bien financés, tandis que d'autres, pourtant essentiels, restent négligés. Ce découpage sectoriel peut affaiblir la cohérence des politiques nationales de santé, en favorisant une fragmentation institutionnelle.

Par ailleurs, la dépendance à l'aide est une préoccupation majeure. Quand les financements extérieurs représentent une part importante du budget santé d'un pays, il devient difficile pour les gouvernements d'exercer une autonomie réelle dans la définition de leurs priorités. **Pfeiffer et Chapman (2010)** alertent sur ce point : dans de nombreux contextes, les ONG et bailleurs prennent des décisions stratégiques à la place des ministères de la santé, notamment en matière de recrutement, de gestion des ressources humaines ou d'approvisionnement en médicaments. Cela peut créer une perte de souveraineté sanitaire, et alimenter une logique d'externalisation permanente.

La marginalisation, quant à elle, se manifeste souvent de façon plus discrète. Certaines régions rurales ou communautés marginalisées peuvent être exclues par les programmes d'aide, surtout lorsqu'ils sont centrés sur des zones urbaines ou sur des hôpitaux de référence. De plus, les professionnels de santé travaillant dans des secteurs non appuyés par les donateurs peuvent ressentir une mise à l'écart ou un désengagement de l'État. **Olivier de Sardan et al. (2017)** montrent ainsi que l'aide peut involontairement créer des inégalités entre professionnels, selon leur exposition aux projets financés.

En définitive, l'aide peut être un véritable levier de transformation lorsqu'elle est conçue comme un soutien durable, concerté, et respectueux des priorités locales. Mais lorsqu'elle

fonctionne en parallèle des institutions, ou selon des logiques descendantes, elle risque de fragiliser les systèmes qu'elle prétend soutenir. C'est donc dans sa capacité à s'ancrer dans les dynamiques locales, à réduire les inégalités, et à soutenir l'autonomie des acteurs que l'aide trouve sa légitimité.

3. Les aides perçues comme une contribution sincère ou un outil marketing ?

Au-delà de leurs effets techniques sur les systèmes de santé, les aides internationales soulèvent des questions plus symboliques et politiques : dans quelle mesure sont-elles perçues comme un acte de solidarité sincère, ou comme un instrument servant les intérêts stratégiques, économiques ou communicationnels des donateurs ? Cette interrogation, de plus en plus présente dans la littérature, remet en cause l'apparente neutralité des interventions humanitaires.

Historiquement, l'aide a souvent été présentée comme une manifestation d'altruisme entre nations. Pourtant, plusieurs auteurs ont souligné que derrière le discours humanitaire se cachent parfois des logiques de visibilité politique, de marketing industriel ou de rayonnement géopolitique. **Moyo (2009)**, dans *Dead Aid*, critique ouvertement l'aide internationale, qu'elle considère comme un prolongement néocolonial à visée économique et stratégique. Pour elle, l'aide ne produit pas d'autonomie, mais alimente une dépendance rentable.

Dans le domaine de la santé, cette tension entre générosité et intérêt est particulièrement perceptible dans les dons de dispositifs médicaux (DM). De nombreux rapports soulignent que ces dons, s'ils ne sont pas contextualisés, peuvent servir davantage les donateurs que les bénéficiaires. D'après le rapport de **World Health Organization (2011),** jusqu'à 70 % des équipements médicaux donnés en Afrique subsaharienne sont inutilisables faute de maintenance, d'électricité compatible, de formation ou de pièces de rechange. Ces dons peuvent alors apparaître comme des opérations de communication technique, permettant à des fabricants de se positionner sur des marchés sans y développer de véritables partenariats durables.

Syed et al. (2013) parlent de « reverse innovation » pour désigner des dons à double tranchant : ces dispositifs servent à tester des solutions ou à écouler des surplus dans les pays du Sud, sous couvert de solidarité. Un exemple concret est celui des respirateurs, ou

des scanners obsolètes, offerts sans tenir compte des réalités locales un geste qui répond parfois plus à une logique d'image qu'à une logique de soins.

Les logiques financières ne sont pas exemptes de cette critique. Autour des fonds d'aide internationaux, certains auteurs dénoncent une forme de branding humanitaire. **Birn (2005)** évoque le cas du Partenariat Roll Back Malaria ou de la Fondation Gates, où les financements s'accompagnent d'un contrôle très serré de la visibilité, du discours et des indicateurs. Ces aides deviennent parfois des vitrines pour les bailleurs, et non de véritables outils de transformation structurelle.

Par ailleurs, la manière dont les aides sont mises en scène influence la perception des bénéficiaires. Quand une livraison de matériel ou une inauguration d'hôpital s'accompagne d'une couverture médiatique importante, avec logos, plaques commémoratives ou cérémonies officielles, la population et les soignants peuvent y voir une logique de prestige plutôt qu'une réelle coopération. **Abimbola (2021)** parle ici du "gaze global" : une mise en image de l'aide qui sert à rassurer les financeurs ou à asseoir une légitimité internationale, parfois au détriment des véritables besoins du terrain.

Mais il serait injuste de réduire l'aide à une stratégie d'influence. De nombreuses organisations humanitaires, fondations médicales, et institutions multilatérales agissent avec sincérité et s'efforcent de respecter les priorités locales. La perception des aides dépend donc largement du niveau de concertation, de transparence et de pertinence contextuelle. **Brada (2011)** montre que certaines aides, bien que généreuses sur le papier, sont reçues avec scepticisme lorsqu'elles apparaissent temporaires, mal adaptées, ou motivées par des intérêts extérieurs.

Enfin, la confiance joue un rôle central : une aide perçue comme sincère, construite dans une logique de dialogue et de respect mutuel, est plus facilement acceptée et valorisée. À l'inverse, une aide perçue comme instrumentalisée peut générer rejet, inertie ou appropriation symbolique sans effet réel. L'efficacité perçue dépend donc non seulement de l'intention, mais de la façon dont l'aide est vécue, interprétée et intégrée par ses destinataires.

Partie III : Méthodologie

A. Objet et objectif de l'étude

L'étude de terrain menée dans le cadre de ce mémoire vise à comprendre les logiques qui sous-tendent les actions d'aide déployées par les acteurs de l'industrie de la santé à destination des pays du sud en particulier en Afrique subsaharienne. L'objectif principal est d'interroger la sincérité de ces démarches et leur portée effective, en s'appuyant sur les expériences et perceptions des acteurs directement impliqués dans ce type d'initiatives. Plus précisément, cette étude répond aux questions spécifiques suivantes :

- Dans quelle mesure les aides sont-elles perçues comme solidaires, utiles et adaptées aux besoins locaux ?
- En quoi ces actions peuvent aussi répondre à des logiques d'image, de positionnement ou d'intérêt stratégique pour les industriels de la santé ?
- Comment les bénéficiaires évaluent l'impact et la pertinence de ces aides ?
- Quelles pistes émergent pour renforcer la transparence, la pertinence et l'éthique des démarches d'aide ?

B. Choix de la méthodologie

Dans le cadre de ce mémoire, une approche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs s'est imposée comme la plus pertinente pour explorer de manière détaillée les dynamiques, les discours et les pratiques entourant les initiatives d'aide des acteurs de l'industrie de la santé à l'endroit des pays du Sud. Ce type d'entretien permet de recueillir des informations détaillées sur les points de vue, les expériences et les perceptions des personnes interrogées.

L'entretien semi-directif est <<une méthode d'étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs durant lesquels l'animateur dicte uniquement les différents thèmes devant être abordés sans pour autant pratiquer un questionnement précis>>. (Entretien semi-directif - Définitions Marketing » L'encyclopédie illustrée du marketing).

Cette méthode est donc particulièrement adaptée à l'étude de sujets complexes, comme les politiques d'aide dans le secteur de la santé, ou les intentions, les enjeux et les interprétations peuvent varier selon les interlocuteurs. L'élément central dans cette méthode est le guide d'entretien qui répertorie toutes les thématiques et questions structurées permettant de guider la discussion.

C. La population étudiée

Dans le cadre de cette étude, l'échantillon a été construit de manière ciblée afin de recueillir des points de vue variés et complémentaires. L'échantillon comprendra trois populations différentes afin de recueillir un large éventail de perspectives et d'expériences.

Tout d'abord, des **ingénieurs biomédicaux** exerçant dans des établissements de santé ou structures liées au matériel médical. Ils jouent un rôle clé dans la gestion des DM, notamment lorsqu'il s'agit de faire des dons ou de transferts de compétences vers des pays du Sud.

Ensuite, des membres d'**associations** impliquées dans des projets de coopération en santé. Leur expérience de terrain en fait des interlocuteurs pertinents pour comprendre les logiques d'action et les conditions de mise en œuvre.

Enfin, des représentants issus des **pays bénéficiaires** ont également été interrogés. Leur témoignage permet d'apporter un regard direct sur la réception de ces aides, leur utilité réelle et les défis rencontrés localement.

D. Recueil des données

Le recueil de données s'est appuyé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs aux profils variés afin de croiser les regards sur les aides à destination des pays du sud. Ces entretiens ont été conçus pour favoriser une parole libre, nuancée et ancrée dans l'expérience, tout en suivant un guide d'entretien bien élaboré en amont pour structurer les échanges **(voir annexe I).** Toutefois, ce guide a davantage servi de fil conducteur souple que de trame rigide. Il n'a pas été suivi à la lettre, afin de préserver la spontanéité des propos et de permettre à chaque participant d'aborder les dimensions du

sujet qu'il jugeait pertinentes au regard de son vécu. Cette flexibilité a permis d'approfondir certains points inattendus soulevés par les interviewés, en favorisant une approche dynamique et adaptable à chaque contexte d'échange.

1. Modalités de contact des participants

Le recrutement des participants s'est effectué selon une méthode de type **<<boule de neige>>** combinée à une sélection raisonnée. Les ingénieurs biomédicaux principalement été sollicités via le réseau professionnel constitué durant mon contrat d'apprentissage, via des recommandations de ma directrice de mémoire et de mes camarades de classe. Cette proximité professionnelle préalable a facilité l'instauration d'un climat de confiance, propice à la transparence des échanges. Les membres des associations et les représentants des pays bénéficiaires ont été contactés soit via des recommandations des différents ingénieurs biomédicaux interrogés, soit à partir de recherches ciblées sur des projets de coopération en santé.

Un premier échange informel généralement via le téléphone ou par mail permettait de présenter l'objet de mon étude, de rassurer quant à l'usage strictement académique des données collectées, et de convenir des modalités de l'entretien. Chaque participant a été informé des principes de confidentialité et de consentement libre et éclairé conformément aux règles éthiques de la recherche qualitative.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été conduits entre le 7 avril et 20 mai 2025. Ils ont duré entre 30 minutes et 1h15 selon le profil de l'intervenant et la richesse de l'échange. Ils ont été réalisés par téléphone ou en visioconférence, selon les possibilités géographiques et logistiques.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement oral des participants, puis retranscrits intégralement afin d'en permettre une analyse fine et rigoureuse.

3. Synthèse des entretiens réalisés

Le tableau ci-dessous récapitule les principaux éléments liés aux entretiens : la fonction des personnes interrogées, leur institution, le pays ou la région, la date et la durée de l'entretien.

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

Noms	Fonctions	Organisation/Pays	Date	Durée
M. Boisson	Chargé du partenariat avec Humatem	CHU de Nimes	15 mai	1h
M. Hadjali	Ingénieur biomédical	CH d'arles	10avril	50mn
M. Deperchin	Responsable biomédical	Hôpital privé le bois	12 avril	40 mn
Mme Crunelle	Représentante commerciale	Terumo Europe	20 mai	45mn
Mme Cousin	Ingénieure biomédicale	CH de Châteauroux	17 avril	30mn
M. Carrières	Ingénieur biomédical	CH de Nevers	22 avril	35 mn
Mme Rich	Responsable de l'association biologie sans frontières	Association biologie sans frontières	16 mai	50 mn
Mme Durand	Directrice des opérations	Association Humatem	9 mai	1h15
Mme Guimessa	Gestion de stocks et approvisionnements	Affirmative Action (Cameroun)	13 avril	1h
Dr Nguimfack	Médecin, responsable VIH / Tuberculose	Ministère de la santé (Mozambique)	10 mai	45mn
M. Lokossa	Spécialiste principal du renforcement du système de santé	USAID (Bénin)		50mn
M. Raphael	Président coordonnateur	Association franco-togolaise	24 avril	30mn

Dr Sawadogo	Chirurgien cardio vasculaire	CHU de Tengandogo (Burkina Faso)	19 mai	40mn
Dr Aboubacar	Président et coordonnateur	CH Bamako (Mali)	22 avril	50mn

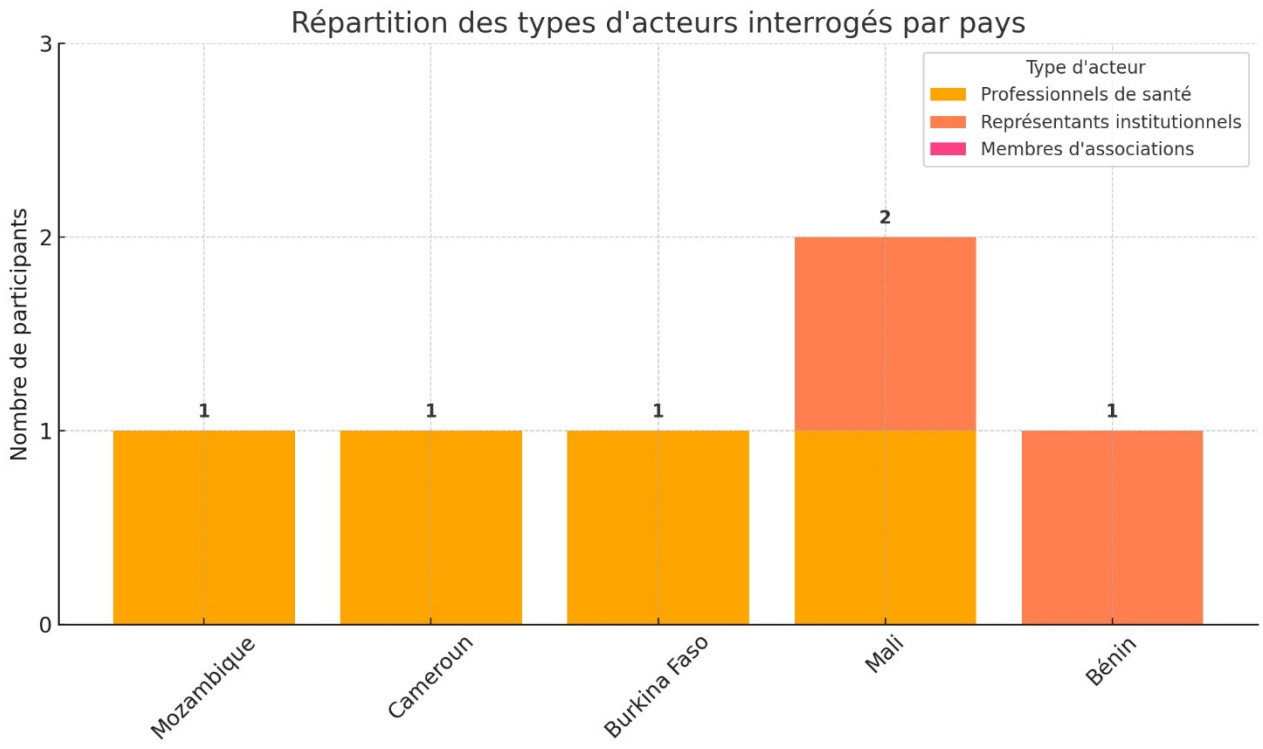


Figure 2 *: répartition des types d'acteurs interrogés selon les pays bénéficiaires*

E. Processus d'analyse

L'analyse des données qualitatives issues des entretiens semi-directifs a été conduite à l'aide de la méthode d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Cette approche, particulièrement adaptée aux recherches en sciences sociales, consiste à identifier, organiser et interpréter des motifs récurrents appelés thèmes dans un corpus de données. Elle repose sur six étapes fondamentales :

- Familiarisation avec les données
- Génération des codes initiaux
- Recherche de thèmes
- Révision des thèmes
- Définition et dénomination des thèmes
- Rédaction du rapport d'analyse

(Annexe II). La familiarisation avec les contenus s'est faite par plusieurs relectures attentives, permettant de dégager les éléments pertinents. Le codage qui consiste à attribuer une étiquette significative à un segment de texte a permis de structurer les données de manière analytique autour de nœud récurrent. Ces codes ont ensuite été regroupés pour faire émerger des thèmes transversaux.

Le choix de la méthode de Braun et Clarke se justifie par sa capacité à faire ressortir des convergences, mais aussi des divergences entre les discours. Elle permet un positionnement critique, en lien avec la problématique centrale du mémoire.

Partie IV : Analyse des résultats

A. Motivations et logiques d'engagement

L'analyse des entretiens révèle une constante : la volonté affichée de répondre à un besoin de santé publique dans les pays du Sud. Pour les associations comme pour les donateurs, l'amélioration des soins et la réduction des inégalités apparaissent comme des justifications récurrentes à l'engagement dans les aides internationales.

L'action humanitaire semble ainsi s'inscrire dans une logique de solidarité, comme en témoigne cette remarque : ***« On veut réduire les inégalités d'accès aux soins dans le monde entier »*** (Mr Carrières). Pour certains acteurs associatifs, l'objectif est le même plus ciblé : répondre à des besoins sanitaires urgents sur le terrain, souvent là où les systèmes publics sont défaillants.

Cependant, derrière ces discours, des motivations complémentaires émergent. Plusieurs intervenants évoquent le souci de ***réduire les déchets***, ***valoriser du matériel proche de la péremption*** **ou encore** ***donner une seconde vie à des équipements inutilisés***. Cette logique d'optimisation, bien que pragmatique, interroge sur la frontière désintéressée et **gestion économique d'un surplus**.

Les donateurs notamment, mettent en avant l'argument de la responsabilité sociétale, sans pour autant s'engager dans des suivis rigoureux : ***« Une fois les stents envoyés, on ne reçoit plus beaucoup d'informations »*** (Madame Crunelle). Cette remarque met en lumière un déséquilibre structurel dans la chaîne de solidarité : une aide qui, parfois, ne dépasse pas le seuil du bénéficiaire.

Pour Dr Nguimfack, l'engagement ne peut être purement symbolique, il doit s'incarner dans des actions concrètes et durables : ***« Il faut que l'aide qu'on nous propose nous permette d'en sortir un jour. Sinon, ce n'est pas un appui, c'est une perfusion. ».*** Cette déclaration, à la fois lucide et exigeante, montre que du point de vue des bénéficiaires, l'authenticité d'un engagement se mesure à sa capacité à favoriser une autonomie réelle et durable.

Certains entretiens révèlent également une vision plus réflexive de l'engagement. Pour améliorer les résultats, les donateurs essaient de revoir les processus d'après-dons. Monsieur Boisson évoque une évolution dans la posture des donateurs : ***« L'époque où l'on envoyait pour se donner bonne conscience est révolue. Aujourd'hui, on essaie de structurer. ».*** Cette structuration de l'aide, perçue comme un progrès vers une action plus responsable, s'accompagne toutefois de contraintes. Il mentionne par exemple le poids des démarches administratives et des obligations de traçabilité, qui peuvent freiner la fluidité de l'aide, sans pour autant remettre en cause l'intention initiale. On assiste alors à une forme de professionnalisation de la solidarité, où la gestion rigoureuse devient partie prenante de la légitimité de l'engagement.

Ainsi, même si les motivations premières sont souvent portées par une volonté sincère d'agir, l'analyse des entretiens souligne la complexité des logiques d'engagement : entre humanisme, gestion des excédents, devoir de transparence, et formalisation des actions. Cette pluralité de registres parfois contradictoires, alimente une tension centrale du mémoire : où s'arrête l'engagement humanitaire, où commence le social washing ?

B. Critères de sélection et processus d'attribution des aides

L'analyse des entretiens avec les donateurs met en évidence une diversité de pratiques en matière de sélection des bénéficiaires et d'attribution des aides. Si tous partagent une volonté commune de répondre à des besoins de santé, les modalités d'engagement révèlent des logiques différenciées, où la connaissance du terrain et les objectifs stratégiques pèsent lourd dans la décision. Les critères varient selon les types d'acteurs impliqués, la nature des aides octroyées, mais aussi en fonction des dynamiques relationnelles ou historiques déjà établies avec certains territoires.

Pour plusieurs donateurs, la réception d'une demande formalisée constitue souvent le point d'entrée. ***« On ne choisit pas un pays au hasard, on répond à des sollicitations claires, structurées »*** (Mr Hadjali). Ces demandes peuvent prendre la forme de fiches de besoins, parfois accompagnées de photos, devis, ou justificatif de faisabilité. Cette démarche suppose une capacité locale à formuler la demande et donc un certain niveau de structuration.

D'autres part, la sélection se fait également via des appels à projets, l'examen de rapports financiers détaillés, des preuves de bonne gestion passée, des rapports d'activités. ***« C'est un gros dossier. Ils veulent voir les rapports précédents, s'assurer que l'argent a été bien géré, et même contacter les anciens bailleurs »***, explique Dr Nguimfack. Ce niveau d'exigence, justifié par des impératifs de traçabilité, exclut cependant de nombreux acteurs de terrain qui n'ont ni la structure administrative ni les ressources pour répondre aux critères.

Pour d'autres, la sélection est guidée par une connaissance historique du pays ou du partenaire, Comme l'explique Mr Deperchin. Son engagement au Cameroun est directement lié à un passé de coopération et à un intérêt personnel pour les dynamiques locales. ***« C'est un pays qu'on connaît, avec qui on a construit quelque chose. Ce n'est pas juste une intervention technique, c'est une continuité. »*** Ce type de relationnel long terme peut favoriser la stabilité des engagements, mais questionne aussi l'universalité et l'équité dans la répartition des aides. Dans certains cas, ainsi l'explique Mr Boisson, l'attribution des aides est également liée à **des dynamiques de confiance construites sur la durée** : ***« Ce n'est pas un choix de pays aléatoire. C'est parce qu'on connaît les réalités du terrain, les acteurs, qu'on intervient. On n'est pas dans une logique de saupoudrage. »*** Cette approche repose sur une connaissance fine des contextes locaux et sur des partenariats ancrés, mais elle peut aussi créer une forme de dépendance bilatérale,

ou reproduire certaines préférences géographiques au détriment d'autres territoires pourtant en grande difficulté.

Du coté des associations, l'approche est plus souple et réactive. Les aides sont souvent accordées sur la base des sollicitations directes émanant de partenaires de terrain. Comme l'indique un acteur associatif **:** ***« On ne choisit pas un pays, on répond à une demande bien formulée »*** (Mme Durand). Il ne s'agit donc pas d'une stratégie bancale mais d'une capacité à répondre, dans la mesure du possible, aux sollicitations crédibles. ***« On fonctionne à la confiance. Si on sent que la structure sur place est sérieuse, qu'elle sait ce dont elle a besoin, alors on y va »*** (Mme Rich) témoigne une autre interlocutrice. Cette logique partenariale repose avant tout sur la confiance et la réactivité.

La participation des bénéficiaires dans ces processus reste limitée. Plusieurs représentants locaux confient qu'ils ont peu de marge pour orienter les aides reçues : ***« Le bailleur arrive avec sa feuille de route, nous on adapte nos activités »*** (Mme Guimessa). Cela révèle un déséquilibre structurel dans les processus décisionnels, où les critères sont définis en amont, souvent sans réelle concertation avec les populations concernées. L'adéquation entre aide et besoin devient alors conditionnée par la capacité à se conformer à des critères techniques ou financiers, plutôt que par une logique d'écoute ou de co-construction.

En définitive, les processus de sélection sont marqués par une tension entre **souplesse relationnelle** et **standardisation administrative.** La confiance, l'expérience passée et la capacité de gestion apparaissent comme les véritables filtres de la décision.

C. Défis logistiques et structurels dans la mise en œuvre des aides

Les entretiens mettent en lumière une réalité incontournable : même animées des meilleures intentions, les aides ne peuvent produire leurs effets sans une infrastructure logistique solide et un écosystème local capable de les accueillir et de les faire perdurer. Or, sur ce point, les limites sont nombreuses.

L'un des premiers freins évoqués concerne la chaine d'acheminement**.** L'envoi de dispositifs médicaux et d'équipements se heurte souvent à des contraintes douanières, réglementaires ou techniques. Les délais de livraison, les blocages administratifs et la faiblesse des moyens de transport dans certaines zones rendent la gestion des flux d'aide extrêmement aléatoire.

« Le problème majeur reste la logistique, surtout quand les dons traversent plusieurs frontières » (Mme Cousin).

Dans le cas de certains équipements sensibles, comme les stents, les conditions de transport sont déterminantes. Le non-respect de la température ou du temps de conservation rend le don inutile : ***« Les stents doivent rester à 18 degrés, sinon ils deviennent inutilisables »*** (Mme Crunelle). Ces exigences logistiques mettent en lumière une tension : le geste solidaire ne suffit pas, la capacité technique à le mettre en œuvre est tout aussi centrale.

Mais le défi ne s'arrête pas à la réception. L'autre enjeu majeur est celui de l'intégration et de la durabilité. Plusieurs bénéficiaires ont souligné le manque d'infrastructures adaptées, de personnel formé ou de pièces de rechange pour assurer une utilisation continue du matériel. ***« Ce n'est pas qu'une question de recevoir des machines. Encore faut-il qu'on puisse les entretenir, les comprendre, et qu'elles s'intègrent à nos réalités. ».***

Lorsque ces aides ne s'accompagnent pas d'un investissement parallèle dans la formation, la maintenance ou l'adaptation locale, ils courent le risque de n'être que symboliques, voire encombrants. Lorsqu'une aide se limite à une opération d'envoi sans accompagnement technique, il participe davantage à une mise en scène de la solidarité qu'à un réel renforcement du système de santé local.

Par ailleurs, ce manque d'autonomie renforce la dépendance technique des pays bénéficiaires vis-à-vis des structures extérieures. Cette incapacité à gérer des aides sans assistance extérieure perpétue une forme de dépendance technique, contraire à l'autonomisation souhaitée.

En somme, la logistique et la structure d'accueil ne doivent pas être des éléments secondaires mais bien des conditions premières d'un engagement solidaire efficace. Sans elles, même les aides les plus généreuses risquent de basculer dans une logique performative, plus proche du social washing que d'un véritable partenariat humanitaire.

D. L'adéquation des aides aux besoins locaux

Un enjeu central soulevé par l'ensemble des entretiens concerne l'adéquation ou son absence entre les aides apportées et les réalités locales. Si l'intention affichée est bien de

répondre à des besoins identifiés sur le terrain, la mise en œuvre révèle parfois un écart significatif entre les attentes des bénéficiaires et les logiques des donateurs.

Premièrement, le manque de consultation préalable est largement souligné. Plusieurs acteurs dénoncent le fait que les aides sont conçues sans un dialogue suffisant avec les bénéficiaires directs. Comme l'explique Dr Alexandre Nguimfack : ***« Il y a un problème d'alignement. Le donateur pense solution avant même d'écouter le besoin exprimé par le pays ».*** Cette critique rejoint les constats de **Benoît Ridde (2011) [70]**, selon lesquels l'aide internationale en santé souffre souvent d'un manque d'appropriation par les acteurs locaux, conduisant à des effets d'inefficacité.

Ce décalage entre offre et demande se manifeste de plusieurs façons. Certains bénéficiaires évoquent l'arrivée de matériel déjà pris en charge localement, créant des doublons inutiles : ***« On a reçu des kits alors que l'État avait déjà couvert cette demande. Résultat : surstock, perte. »*** (Mr Raphael). D'autres déplorent le retard dans l'acheminement de certaines aides : « ***Le financement arrive trop tard, alors que la crise est déjà passée. »*** (Dr Aboubacar). Ce manque de coordination dans le temps, autant que dans la forme, renforce l'idée d'une aide conçue davantage pour répondre à un agenda externe que pour accompagner une dynamique locale.

L'inadéquation peut aussi découler d'une incompréhension des contextes sociaux et culturels. Un représentant de l'USAID (M. Lokossa) illustre cet écart : ***« Proposer des coupes menstruelles, c'est intéressant. Mais dans un contexte conservateur, sans dialogue avec les familles, c'est inapplicable. »*** L'aide devient alors inadaptée non pas par sa nature, mais par l'absence de médiation avec les normes et pratiques locales.

Dans certains cas, l'inadéquation ne résulte pas d'un manque de volonté mais des contraintes internes aux structures donatrices. Comme le note Monsieur Hadjali, ***« On répond à ce qu'on peut livrer, pas toujours à ce qui est demandé. ».*** L'aide s'aligne donc sur la disponibilité plutôt que sur l'exactitude des besoins.

Cependant, des efforts existent pour inverser cette logique. Certains donateurs adoptent u adoptent désormais une approche plus participative, en intégrant les bénéficiaires dans l'identification et la hiérarchisation des besoins **: *« Nos bénéficiaires sont aussi nos agents de terrain. Ils identifient, remontent et valident les priorités. »*** (Mme Cousin). Cette dynamique de co-construction renforce à la fois la pertinence des actions menées et leur légitimité sur le terrain. Il en ressort donc que l'efficacité et la justesse des aides

dépendent avant tout du degré d'implication des acteurs locaux dans le cycle de l'aide, de la définition du besoin jusqu'à l'évaluation de son impact.

Deuxièmement, plusieurs bénéficiaires regrettent le manque de coordination entre donateurs et institutions locales. Des aides sont parfois acheminées sans avoir été discutées en amont avec les autorités sanitaires du pays, provoquant des incompatibilités : ***« Il n'y a pas toujours de dialogue. On reçoit des choses qu'on n'a pas demandées ou dont on n'a pas les moyens de tirer profit. ».*** Cette absence de synergie mine la légitimité des actions engagées et ouvre la porte à des critiques sur leur réelle finalité.

Il ressort de cette analyse que l'adéquation des aides ne peut être garantie sans une implication active des acteurs locaux à chaque étape du cycle d'aide, depuis la définition des priorités jusqu'à l'évaluation de l'impact. À défaut, les aides risquent de s'imposer comme des solutions exogènes, mal ancrées dans les besoins réels et les dynamiques sociales qu'elles prétendent servir.

E. Suivi et pérennité des aides

La question de suivi et de la pérennité des aides constitue un indicateur déterminant pour évaluer la nature réelle de l'engagement des acteurs impliqués dans l'aide aux pays du Sud. Ces deux éléments : traçabilité des actions et effets dans le temps permettent de distinguer les pratiques relevant d'un engagement solidaire structurant de celles qui s'inscrivent dans une logique de visibilité ponctuelle, voire instrumentale.

Ce qui ressort très clairement des entretiens, c'est une fragilité généralisée du suivi post-don, notamment du côté des donateurs. Plusieurs répondants du secteur privé admettent qu'aucun dispositif sérieux de monitoring n'est mis en place après la livraison : ***« Une fois les dons envoyés, on n'a plus vraiment d'infos sur ce qu'ils deviennent »*** (Madame Crunelle). Cette délégation du suivi à des partenaires tiers révèle une forme de désengagement structurel de la part de certains donateurs, davantage soucieux de se conformer à une exigence de responsabilité que d'assurer une transformation concrète.

L'absence de mécanismes d'évaluation de l'impact affaiblit considérablement la redevabilité de l'aide : rares sont les acteurs capables de déterminer si les dispositifs ou les biens fournis ont réellement permis d'améliorer l'accès aux soins, de réduire les inégalités ou de renforcer

un système de santé. Or l'absence de redevabilité est un critère récurrent du "social washing", où le geste donateur est davantage valorisé pour l'image qu'il renvoie du donateur que pour les effets concrets qu'il produit chez les bénéficiaires.

Face à cela, certains acteurs du Sud expriment leur volonté de sortir de la logique d'assistanat en développant des alternatives d'autofinancement. Comme le cite Mme Guimessa***, « Le but n'est pas de dépendre de l'aide extérieure mais de se mouvoir d'eux-mêmes ».*** Ces initiatives génératrices de revenus, des campagnes de santé communautaire financées localement traduisent une volonté de réappropriation, souvent freinée par les logiques imposées par les bailleurs. Comme l'explique un cadre de l'USAID : ***« Les fonds RSE doivent être consommés dans un certain délai, sinon ils sont perdus »*** (Monsieur Lokossa). Ce court-termisme administratif entre ainsi en tension avec la nécessité de bâtir des systèmes résilients et autonomes.

Plus encore, plusieurs interlocuteurs rappellent que la dépendance à l'aide n'est pas uniquement le fruit de pratique donatrices insuffisantes, mais bien d'un désengagement étatique dans de nombreux pays. ***« Le gouvernement ne priorise pas le secteur de la santé, c'est pour ça qu'on dépend du donateur »*** (Dr Nguimfack). Ce constat soulève un dilemme : en l'absence d'efforts nationaux structurels, l'aide internationale devient substitutive, et non complémentaire, ce qui alimente une forme de cycle de dépendance.

A l'inverse, le CHU de Nimes, représenté par Mr Boisson, incarne une posture radicalement différente, ou le suivi est un impératif moral : ***« Nous avons vérifié en juillet que chaque table d'opération était arrivée, en bon état, opérationnelle, et que les techniciens formés pouvaient assurer la maintenance ».*** Un exemple fort d'une vraie continuité, pensée non comme une simple formalité, mais comme base de légitimité de l'aide.

Cette démarche s'inscrit dans une logique de **professionnalisation bien comprise** : la solidarité devient crédible lorsque l'aide se construit comme un **projet circulant**, pas comme un événement ponctuel.

Ce thème montre que la durabilité et le suivi des aides ne sont pas détails logistiques mais bien le cœur du débat éthique posé par la problématique. Une aide sans suivi, sans ancrage, sans effet durable, même bien intentionnée s'apparente davantage à une opération de communication qu'à un engagement solidaire.

Des travaux comme ceux de **Delphine Gardey (2019)** ou **David Hulme (2010)** insistent sur cette distinction entre une aide transformante (capacity building, ownership local) et une aide vitrine, portée par des objectifs réputationnels ou géopolitiques. Cela renforce l'idée que la redevabilité et la pérennité sont des critères essentiels pour différencier l'humanitaire du performatif.

F. Impact perçu par les bénéficiaires

Les bénéficiaires des aides médicales, qu'ils soient membres d'ONG locales, gestionnaires d'équipements ou professionnels de santé, expriment une reconnaissance indéniable face aux soutiens reçus. Ceux -ci permettent souvent de combler des manques criants dans les systèmes de santé, en particulier dans les zones reculées ou stigmatisées. *« **Les appareils de stérilisation, les kits IST, les préservatifs… tout cela a changé la donne pour nos centres »*** (Mme Guimessa). Ce type d'aide est perçu comme une condition de survie pour certaines structures.

Mais derrière cette reconnaissance, une forme de lucidité s'exprime. Les bénéficiaires interrogés ne se limitent pas à un regard gratifiant, ils portent aussi une lecture critique des mécanismes d'aide. Plusieurs déplorent un manque de concertation réelle dans la définition des priorités, ce qui diminue l'impact potentiel des aides reçues. ***« On reçoit parfois du matériel utile, mais qui ne correspond pas à l'urgence du moment »*** (Dr Nguimfack).

Un autre point soulevé concerne l'aspect social et symbolique de certaines aides. Dans des contextes de discrimination ou d'exclusion, notamment pour les populations marginalisées (usagers de drogues, minorités sexuelles), la réception d'une aide ciblée est perçue comme un acte de reconnaissance. ***« Ces dons nous permettent de créer des espaces où les gens ne se sentent pas rejetés »*** (Mme Guimessa). L'impact n'est donc pas seulement médical : il est aussi psychologique et communautaire.

Certains voient également dans l'aide un levier d'expérimentation ou de montée en compétence. Par exemple, les formations liées aux dons de DM permettent parfois de structurer des pratiques nouvelles. Mais là encore, cette perception est conditionnée par la qualité de la collaboration : ***« Quand l'aide vient avec un accompagnement, on apprend et on s'adapte. Sinon, ça reste juste un colis livré »*** (Dr Sawadogo). La présence ou non d'un échange humain ou technique détermine fortement l'impact perçu.

Un autre élément de lecture très présent dans les discours est le décalage entre les effets visibles à court terme et les transformations structurelles attendues. Certains bénéficiaires évoquent le sentiment que l'aide améliore la gestion ponctuelle d'un service sans transformer les conditions de travail à long terme. ***« C'est bien sur le moment, mais dans deux ans, on sera encore à chercher du matériel »*** (Mr Raphael, Association franco-togolaise). Ce regard traduit une forme de fatigue face à des aides perçues comme des rustines sur des défaillances systémiques plus profondes.

Enfin, l'idée selon laquelle l'aide serait instrumentalisée pour répondre à des objectifs stratégiques plus larges demeure présente, bien que de manière discrète. Certains bénéficiaires s'interrogent sur la nature de certains dons « trop visibles » ou médiatisés, ce qui soulève des doutes quant à leur finalité réelle : ***« On se demande parfois si on nous aide ou si on s'aide de nous pour montrer qu'on aide »*** (Dr Aboubacar).

Ainsi, la perception de l'impact par les bénéficiaires oscille entre gratitude pragmatique et exigence critique. Ils reconnaissent les effets tangibles des aides reçues, tout en dénonçant leurs limites structurelles, leur manque de ciblage ou leur faible durabilité. Une aide ponctuelle, sans alignement ni accompagnement, peut difficilement contribuer à un changement durable, et risque de renforcer une forme de dépendance assistée plutôt qu'un réel développement capacitaire. Cette tension nourrit une vision lucide de l'aide : elle soulage, mais ne transforme pas. Elle soutient, mais ne remplace pas une politique publique cohérente. Et dans cette nuance, se dessine une interrogation : à qui profite vraiment l'aide lorsque ceux qui la reçoivent ne peuvent ni la choisir, ni la prolonger ?

G. Logique de communication et valorisation des aides

La manière dont les aides sont communiquées et mise en valeur par des acteurs de l'industries de la santé constitue un autre révélateur clé pour évaluer la sincérité de leur engagement. Derrière l'action humanitaire proclamée se dessinent parfois des stratégies de visibilité, ou l'aide devient un levier d'image et de réputation.

Plusieurs donateurs affirment diffuser des informations sur les aides apportées via leurs sites internet, rapports annuels ou communiqués de presse. Cette mise en visibilité répond à des impératifs de transparence, mais aussi à une volonté de valorisation. Comme le souligne un responsable de programme au sein d'une ONG partenaire de bailleurs

internationaux : *« **On communique surtout sur les réseaux et dans les rapports annuels, pour montrer notre impact »***.

Cette valorisation est parfois perçue comme une exigence posée aux structures bénéficiaires elles-mêmes. ***« Ils demandent qu'on parle publiquement de l'aide reçue »*** (Mr Raphael), indique une interlocutrice, soulignant une forme de confidentialité implicite liée à une image publique du donateur. Cela traduit un glissement de l'aide vers un outil de légitimation sociale, conforme aux mécanismes de la responsabilité sociétales des entreprises (RSE).

Ce cadrage communicatif soulève des interrogations sur le rapport entre efficacité de l'aide et ses effets d'image. Certains bénéficiaires expriment une forme de malaise face à cette instrumentalisation : ***« On ne veut pas que notre souffrance serve de vitrine »***, confie un acteur associatif, alertant sur les dérives possibles d'un « humanitaire de façade ».

Plus encore, plusieurs interlocuteurs alertent sur le risque de social washing : une aide mise en scène, largement visible, mais qui ne s'accompagne ni d'un engagement structurel réel, ni d'un suivi effectif et durable. Dans ce cadre, l'impact devient secondaire face à la narration construite autour du geste. ***« Il faut qu'on sache si c'est vraiment pour nous aider ou juste pour faire bien dans un rapport annuel »***, déclare Dr Sawadogo.

En conclusion, si la communication est légitime pour rendre compte de l'utilisation des ressources et sensibiliser à certaines causes, elle peut également dévier vers une mise en scène de l'engagement, surtout lorsque le discours prend le pas sur les actions concrètes. Cela rappelle combien il est crucial de distinguer l'engagement authentique du marketing solidaire, particulièrement dans un secteur aussi sensible que celui de la santé.

Partie V : Discussions et limites de l'étude

A. Discussion

Ce travail s'est construit autour d'un constat lucide : l'aide humanitaire particulièrement dans le secteur médical, est traversée par des logiques profondément ambivalentes. Si l'intention affichée est bien celle de répondre à des besoins essentiels, la réalité du terrain révèle parfois une dynamique déséquilibrée, marquée par des pratiques descendantes, une faible pérennité et une gestion souvent dictée par les priorités des donateurs. Ce déséquilibre, largement documenté dans la littérature (**Perry & Malkin, 2011 ; Moon, 2007**), renvoie à une critique récurrente des modalités d'aides sans évaluation réelle des besoins.

Ce qui interroge en profondeur c'est le décalage entre le discours et les effets réels. Derrière la rhétorique de solidarité, certaines aides apparaissent comme des stratégies d'écoulement de surplus ou de mise en valeur institutionnelle. Dans cette configuration, l'engagement semble parfois s'arrêter à l'acte donné, sans que ne soit posée la question de ce qu'il adviendra ensuite. Une aide qui ne prévoit pas de suivi, pas de transfert de compétence, pas de relais local, risque ne pas être une aide, mais un simple geste symbolique. Or, dans des pays ou le transport du matériel est pris en charge par les bénéficiaires eux-mêmes, le coût de cette ''gratuité'' devient une charge de plus. Ce constat rejoint les observations de **Keane (2010)**, qui souligne que l'absence de prise en compte des coûts cachés liés aux aides fragilisent davantage les systèmes de santé.

Mais cette situation ne relève pas uniquement de la responsabilité des donateurs. Du coté des bénéficiaires aussi, les limites apparaissent : une faible coordination entre les acteurs publics, un manque d'anticipation des besoins techniques ou logistiques, et parfois une acceptation passive d'aides inadaptées. Comme le souligne **Binagwaho et al. (2013)**, la gouvernance locale joue un rôle déterminant dans l'intégration efficace de l'aide.

Il est évident que personne n'est obligé d'aider. Mais lorsqu'un engagement est pris, il doit aller jusqu'au bout. Il ne s'agit pas simplement de pallier des manques ponctuels, mais d'entrer dans une logique de transformation durable. Aider, c'est accompagner, c'est construire, c'est parfois même se mettre en retrait pour laisser la une aux acteurs locaux.

L'un des enjeux les plus sensibles révélés dans cette étude reste la place des bénéficiaires dans la mise en projet d'un processus d'aide. Trop souvent, les priorités sont imposées, les

outils décidés en amont, les temporalités fixées ailleurs. Ce manque de concertation n'est pas qu'un défaut de méthode, il est un obstacle fondamental à l'efficacité. Comme l'ont montré **Abimbola et Topp (2018)**, l'absence de co-construction avec les bénéficiaires fragilise considérablement la légitimité et l'impact des actions humanitaires. Une aide pensée sans les concernés devient vite inadéquate, redondante, voire contre-productive

Par ailleurs, la communication autour des aides renforce cette ambiguïté. Loin d'être une simple transparence, elle se transforme parfois en vitrine voire en opération de "social washing". Lorsque l'on passe plus de temps à médiatiser une action qu'à suivre les effets, on risque de déplacer l'objectif : l'impact n'est plus mesuré sur le terrain, mais dans les rapports d'activité ou sur les réseaux sociaux. Cela installe une dynamique où les pays du sud ne sont plus des partenaires, mais des décors de légitimation.

Il ne s'agit pas de rejeter l'aide, ni de nier ses effets positifs. Certaines initiatives changent des vies, réparent des systèmes, redonnent l'espoir. L'exemple du Rwanda **(Binagwaho et al., 2013)** en est une illustration pertinente : la mise en place d'un système de gestion nationalisé et coordonné des dons a permis de renforcer la capacité d'absorption locale tout en réduisant le gaspillage. Mais pour que cela devienne la norme, il faut réinterroger le sens même de l'engagement humanitaire. Elle devrait partir de l'écoute, passer par la co-construction, et s'ancrer dans la durée. Une aide véritablement utile est celle qui finit par ne plus être nécessaire, parce qu'elle a permis l'autonomie. On pourrait appeler cela l'aide positive.

À ce titre, **la question de l'éthique** devient centrale. Elle ne se résume pas à bien faire, mais à bien penser. Et penser l'aide aujourd'hui, c'est admettre que les pratiques doivent changer. Non pour tout remettre en cause, mais pour être transparent face à ceux qu'on prétend aider.

Contrairement à de nombreuses recherches centrées uniquement sur les résultats cliniques ou logistiques, cette étude met en lumière le vécu des bénéficiaires directs, leur charge de réception, leurs adaptations locales, mais aussi leurs ambivalences face à l'aide. Elle révèle que l'efficacité d'une aide ne dépend pas seulement de sa qualité technique, mais surtout de la manière dont il est intégré, discuté, accepté ou contourné par ceux qui en sont les destinataires.

Cette recherche, bien qu'appuyée sur une méthodologie rigoureuse et l'implication d'un panel diversifié d'acteurs, présente certaines limites. Identifier ces limites permet de circonscrire la portée des résultats, tout en ouvrant la voie des pistes d'amélioration.

B. Limites de l'étude

Malgré la richesse des données collectées et la diversité des profils interrogés, cette étude comporte plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats :

- **Difficulté d'accès à certains acteurs clés** : il a été complexe d'obtenir des entretiens avec certains grandes entreprises de dispositifs médicaux comme ARTHREX, ABBOTT, PHILIPS. Leur contribution aurait permis d'approfondir les mécanismes de financement liés à l'aide. La dimension économique de l'engagement des acteurs privés, notamment autour des partenariats public-privé, reste donc partiellement explorée.
- **Echantillon pas assez représentatif** : Bien que 15 entretiens aient été réalisés ; ils ne couvrent pas l'ensemble des typologies d'acteurs impliqués dans l'aide. Certains profils stratégiques ou zones géographiques restent sous-représentés. Par exemple les représentants institutionnels issus d'organisations multilatérales (comme l'OMS ou la Banque mondiale), les décideurs politiques locaux dans les pays bénéficiaires, ou encore les ONG basées en Afrique centrale (notamment au Congo, en Centrafrique ou au Tchad) ont été peu ou pas inclus dans l'échantillon. De même, les retours d'expérience de pays francophones d'Afrique de l'Ouest autres que le Sénégal, le Bénin ou le Togo, tels que la Guinée, le Niger ou la Côte d'Ivoire, n'ont pas été suffisamment recueillis, ce qui limite la portée comparative des analyses.
- **Inégalité dans la densité des entretiens** : tous les entretiens n'ont pas offert le même niveau de profondeur. Certains échanges ont été très riches et réflexifs, d'autres factuels, parfois limités par des contraintes de temps ou une certaine réserve de la part des interlocuteurs. Cette hétérogénéité a pu freiner l'extraction homogène et exhaustive des données qualitatives.
- **Focalisation géographique partielle** : La majorité des terrains évoqués concernent l'Afrique subsaharienne. L'absence de perspectives issues d'autres régions du Sud

(Asie, Amérique Latine) limite la portée comparative de l'analyse et offrir des perspectives différentes sur les logiques d'aide.

- **Absence de données quantitatives** : Ce travail s'appuie exclusivement sur une approche qualitative. L'ajout de données statistiques ou d'indicateurs aurait pu renforcer certains constats et appuyer davantage les conclusions tirées.

Partie VI : Recommandations

Au regard des résultats de cette recherche, plusieurs axes d'améliorations peuvent être envisagés afin d'optimiser les dispositifs d'aide médicale vers les pays du Sud. Ces recommandations visent à renforcer l'efficacité, la pertinence et la durabilité des aides, tout en réduisant les risques de dépendance. Elles s'adressent aussi bien aux donateurs qu'aux gouvernements bénéficiaires, en insistant sur la nécessité de co-construire des réponses adaptées aux contextes locaux et inscrites dans une logique de long terme.

1. Recommandations pour les donateurs

- **Mettre en place une base documentaire technique partagée** regroupant tous les manuels d'utilisation, guides de maintenance et notices techniques des dispositifs envoyés : cela permettrait aux structures bénéficiaires de mieux comprendre, entretenir et utiliser le matériel reçu, même en cas de changement de personnel.
- **Intégrer systématiquement les bénéficiaires** dans la définition des besoins avant tout envoi d'aide, instaurer également une phase de co-validation avec les acteurs locaux pour s'assurer de la pertinence de l'aide : cela réduirait les doublons, les aides inutiles ou inadaptées culturellement.
- **Alléger et adapter les exigences des bailleurs** pour les petites structures en simplifiant les procédures administratives notamment en matière de reporting : cela permettrait à des acteurs nécessiteux mais peu structurés de ne pas être exclu du soutien international.
- **Accompagner les dons de DM ou logiciel accompagnés de formations** courtes tant en présentiel ou par tutoriels vidéo accessibles : cela renforcera les compétences locales et évitera le gaspillage par mauvaise utilisation.
- **Prioriser les projets avec effet levier sur l'autonomie locale** en priorisant des aides qui incluent une logique d'autonomisation.
  En exemple, le financement d'unités mobiles de santé générant localement des revenus partagés, ou de petits équipements à gestion communautaire. Ce qui permettrait une sortie progressive de la logique d'assistanat.
- **Mettre en place un suivi post-don réguliers par des outils simples** en instaurant des fiches de suivi mensuelles ou semestrielles, remplies par les bénéficiaires via des formulaires et transmises en ligne : cela améliorera la traçabilité des aides et permettra aux donateurs d'évaluer concrètement l'impact des aides envoyées.

- **Réduire les envois ‘’offerts‘’ sans validation préalable par les destinataires** : Tout aide devrait être précédé d’un échange formel, simple, pour valider la pertinence du besoin identifié.
- **Créer un point focal dans chaque pays bénéficiaire** en nommant ou formant un référent local chargé de la coordination des aides reçues, du lien avec les donateurs et du suivi technique : cela centralisera l’information et améliorera la coordination.

2. Recommandations pour les bénéficiaires

- **Structurer les demandes d’aide** de manière claire et argumentée en présentant les besoins dans des fiches détaillées (objectifs, contexte, urgence, capacités de réception, etc.) pour gagner en crédibilité auprès des bailleurs.
- **Mettre en place un suivi interne des aides** avec des rapports simples, photos et bilans d’usage ce qui renforcera la transparence et de mieux justifier les demandes futures.
- **Développer des réseaux régionaux entre bénéficiaires** pour échanger des pratiques, mutualiser des équipements ou co-déposer des demandes auprès des bailleurs.
- **Renforcer les compétences internes** en gestion de projet et en communication avec les bailleurs en suivant ou en organisant des formations de base en reporting, rédaction de projet, gestion budgétaire, ce qui améliorera l’autonomie et le pouvoir de négociation des structures locales.
- **S’assurer que les dispositifs ou programme d’aide** soient compris, acceptés et bien utilisés par les populations concernées.
- **Nommer un référent technique interne** qui sera capable de superviser l’installation, l’utilisation et l’entretien des dispositifs reçus et de dialoguer avec les donateurs.
- **Créer un circuit clair et propre du système de transport** pour savoir comment faire parvenir les aides notamment en ce qui concerne les dons de DM, cela faciliterait le donateur.

CONCLUSION

Ce mémoire a tenté d'interroger la nature réelle de l'aide apportée par les acteurs du Nord aux pays du Sud, en particulier à travers le prisme des dons de dispositifs médicaux et de financements. En s'appuyant sur une analyse thématique rigoureuse des entretiens, menés avec des donateurs, des associations et des représentants de pays bénéficiaires, il apparait que les logiques d'aide sont loin d'être univoques.

Derrières les discours d'engagement solidaire se cachent souvent des motivations multiples : volonté sincère de contribuer à la réduction des inégalités d'accès aux soins, mais aussi des impératifs à savoir la gestion des surplus, les contraintes logistiques ou des stratégies d'image. Cette complexité ne doit pas être rejetée de fait, mais comprise comme révélatrice des tensions structurelles qui traversent le champ de l'aide humanitaire : entre altruisme et intérêt, court terme et transformation durable, geste de d'aide et logique de co-construction.

Notre analyse a mis en lumière plusieurs dysfonctionnements récurrents : inadéquation des aides aux besoins locaux, manque de suivi post-don, fragilité des infrastructures d'accueil, ou encore faible implication des bénéficiaires dans la définition des priorités. Ces constats interrogent la frontière floue entre un véritable engagement solidaire et ce que certains qualifient de « social washing ». À partir du moment où l'engagement est pris, il devrait être mené avec cohérence, responsabilité et attention aux réalités du terrain.

Pour autant, ce mémoire ne se veut pas accusateur. Il met en avant des marges de progression possibles : meilleures pratiques de coordination, intégration des bénéficiaires dans le cycle de l'aide, renforcement des capacités locales, ou encore adaptation des exigences aux contextes. Ces pistes sont autant d'appels à repenser l'aide non pas comme une action descendante, mais comme une démarche de partenariat, fondée sur la confiance, le respect mutuel et la durabilité.

En définitive, ce travail confirme que l'aide ne peut se limiter à l'envoi de matériel ou de ressources. Elle ne prend tout son sens que si elle est pensée comme un levier d'autonomisation, capable d'inscrire les actions dans le long terme, au plus près des besoins, des cultures et des dynamiques locales. C'est à cette condition seulement qu'elle

pourrait se réclamer d'un humanitarisme authentique et non d'un simple miroir valorisant pour ceux qui donnent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ global health*, *4*(5), e002068.

Abimbola, S. (2021). The uses of knowledge in global health. *BMJ Global Health*, *6*(4), e005802.

Aka, K. A. (2010). L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire). *Les Cahiers d'Outre-Mer. Revue de géographie de Bordeaux*, *63*(251), 439-459.Comlan, C. (2016). *Financement et autonomie des systèmes de santé africains.* Presses Universitaires d'Afrique.

Alhassane, M., Nogier, C., Assane, A., Page, M., & Langevin, F. (2003). Réflexions sur la prise en charge de la maintenance des dispositifs médicaux en Afrique francophone subsaharienne. *ITBM-RBM*, *24*(4), 223-230.

Audet, F. (2016). L'humanitaire comme sujet de recherche pour les études en développement. Introduction à la section thématique. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, *37*(3), 337-340.

Bertrand Bathelot. "Entretien Semi-Directif - Définitions Marketing» L'encyclopédie Illustrée Du Marketing." Www.definitions-Marketing.com, **2017,** Entretien semi-directif - Définitions Marketing » L'encyclopédie illustrée du marketing

Binagwaho, A., Kyamanywa, P., Farmer, P. E., Nuthulaganti, T., Umubyeyi, B., Nyemazi, J. P., ... & Goosby, E. (2013). The human resources for health program in Rwanda—a new partnership. *New England Journal of Medicine*, *369*(21), 2054-2059.

Birn, A. E. (2005). Gates's grandest challenge: transcending technology as public health ideology. *The Lancet*, *366*(9484), 514-519.

Bodet, C., & Lamarche, T. (2007). La Responsabilité sociale des entreprises comme innovation institutionnelle. Une lecture régulationniste. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, (1).

Bornstein, E. (2001). Child sponsorship, evangelism, and belonging in the work of World Vision Zimbabwe. *American Ethnologist*, *28*(3), 595-622.

Boutayeb, A. (2006). The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Transactions of the Royal society of Tropical Medicine and Hygiene*, *100*(3), 191-199.

Brada, B. (2011). "Not here": making the spaces and subjects of "global health" in Botswana. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *35*, 285-312.

Brinkerhoff, D.W. et Bossert, T.J. (2008*) Gouvernance de la santé : concepts, expérience et options de programmation.* Systèmes de santé 20/20. USAID,

Capron, M., & Quairel-Lanoizelée, F. (2010). *La responsabilité sociale d'entreprise.*

Clemens MA, Pettersson G. *De nouvelles données sur les professionnels de santé africains à l'étranger*. Hum Resour Health. 10 janvier 2008;6:1. DOI : 10.1186/1478-4491-6-1. PMID : 18186916 ; PMCID : PMC2254438.

Direction générale des entreprises, La filière santé | Direction générale des Entreprises

Dufour, F. (2005). 5*. La stéréotypie comme processus de dominance dans les discours sur le Mali*. In *Mali-France* (pp. 123-142). Karthala.

Dufour, F. (2007). Dire «le Sud»: quand l'autre catégorise le monde. *Autrepart*, *41*(1), 27-39. Rist, G. (2013). *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*. Presses de Sciences Po.

Eyben, R. (2010). Hiding relations: the irony of 'effective aid'**.** *The European Journal of Development Research*, *22*(3), 382-397.

Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor* (Vol. 4). Univ of California Press.

Feldbaum, H., Lee, K., & Michaud, J. (2010*). Global health and foreign policy. Epidemiologic reviews, 32(1), 82-92.*

Frenk, J. et Gómez-Dantés, O. (2011). Le triple fardeau : la maladie dans les pays en développement. *https://www.researchgate.net/publication/285088034_The_triple_burden_Disease_in_developing_nations*,

Gardey, Delphine (2019). *La solidarité en vitrine : critique des mises en scène de l'aide humanitaire*. In : *Sciences sociales et santé*, vol. 37, n° 2, pp. 31-56.

Garrett, L. (2017). The challenge of global health. In *Global Health* (pp. 525-548). Routledge.

Garrett, L. (2017). The challenge of global health. In *Global Health* (pp. 525-548). Routledge.

Garrett, L. (2017). The challenge of global health. In *Global Health* (pp. 525-548). Routledge.

GE Foundation GE HealthCare Medical Systems and Solutions | GE HealthCare (United States)

George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PloS one*, *10*(10), e0141091.

Haddad, S., Nougtara, A., & Ridde, V. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, société et solidarité*, *3*(2), 199-210.

Howie, S. R., Hill, S. E., Peel, D., Sanneh, M., Njie, M., Hill, P. C., ... & Adegbola, R. A. (2008). Beyond good intentions: lessons on equipment donation from an African hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*, 52-56.

Howitt, P., Darzi, A., Yang, G. Z., Ashrafian, H., Atun, R., Barlow, J., ... & Wilson, E. (2012). Technologies for global health. *The Lancet*, *380*(9840), 507-535.

Howitt, P., Darzi, A., Yang, G. Z., Ashrafian, H., Atun, R., Barlow, J., ... & Wilson, E. (2012). Technologies for global health. *The Lancet*, *380*(9840), 507-535.

Hulme, D. (2012). *Global poverty: How global governance is failing the poor*. Routledge.

Humatem (s.d.). *Alternatives au don de matériel médical*. Humatem

Humatem (s.d.). *Mission d'installation et de mise en service – Burundi, novembre 2018*. https://www.humatem.org/expertise_et_formation/Missions%20d%27installation%20et%20de%20mise%20en%20service

Humatem (s.d.). *Missions de formation – Cameroun, 2023 et 2024*. https://www.humatem.org/expertise_et_formation/Missions%20de%20formation

Jerven, M. (2019). *Poor Numbers: How We Are Misled by African Development Statistics and What to Do about It*, cité par Labrousse, A. (2016). Poor Numbers: Chaînes statistiques et économie politique du chiffre. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, *71*(4), 845–878 Poor Numbers: How we are Misled by African Development Statistics and What to Do About It by Morten Jerven Ithaca: Cornell University Press, 2013, xx + 187 pp. $22.95 (pbk) | The Journal of Modern African Studies | Cambridge Core, (consulté le 27/04/2025)

Kaddar, M., Stierle, F., Schmidt-Ehry, B., & Tchicaya, A. (2000). L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 903-925.

Kapur, D., & Smith, W. (2021). *The Limits of Global Governance in Health Crises*. International Organization, 75(3), 671–704.

Karsenty, G. (2004). *L'aide au développement : une solidarité en question*

L'association *ingénieurs sans frontières-santé* (ISF Santé), Ingénieurs sans frontières

Malkin, R. A. (2007). Barriers for medical devices for the developing world. *Expert review of medical devices*, *4*(6), 759-763.

Malkin, R. A. (2007). Barriers for medical devices for the developing world. *Expert review of medical devices*, *4*(6), 759-763.

Malkin, R. A. (2007). Design of health care technologies for the developing world. *Annu. Rev. Biomed. Eng.*, *9*(1), 567-587.

Manuel de Management Sciences for Health (MSH) de 2016, pbf_handbook_english_edited_2016_0.pdf

Marks, I. H., Thomas, H., Bakhet, M., & Fitzgerald, E. (2019). Medical equipment donation in low-resource settings: a review of the literature and guidelines for surgery and anaesthesia in low-income and middle-income countries. *BMJ global health*, *4*(5), e001785.

Médecins Sans Frontières. (n.d.). *MSF Academy for* Healthcare, MSF - Médecins Sans Frontières | Medical humanitarian organisation

Moon, J. (2007). The contribution of corporate social responsibility to sustainable development. *Sustainable development*, *15*(5), 296-306.

Moyo, D. (2009). *Dead aid: Why aid is not working and how there is a better way for Africa*. Macmillan.

MUGNIER, C. (2003) *Les enjeux, défis et perspectives d'une gouvernance hospitalière équilibrée.*

Ndour, M. (2006). Les partenariats public-privé mondiaux pour la santé. *Idées pour le débat*, *7*.

Nhamo, G., Nhemachena, C., & Nhamo, S. (2019). *Health, climate change and sustainability: A systems thinking and policy perspective*

Oleribe, O. O., Momoh, J., Uzochukwu, B. S., Mbofana, F., Adebiyi, A., Barbera, T., ... et Taylor-Robinson, S. D. (2019). Identifier les principaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé en Afrique et les solutions potentielles. *Revue internationale de médecine générale*, 395-403.

Olivier de Sardan, J.-P., Ridde, V., & Diarra, A. (2017). Une analyse empirique de la mise en œuvre des politiques publiques de santé au Sahel. Afrique Contemporaine, 263(3), 105–126.

Ooms, G., Van Damme, W., Baker, B. K., Zeitz, P., & Schrecker, T. (2008). The'diagonal'approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?. *Globalization and health*, *4*, 1-7.

***Organisation mondiale de la Santé. (2023**). Medical device donations: considerations for solicitation and provision,* Health products policy and standards

Perry, L., & Malkin, R. (2011). Effectiveness of medical equipment donations to improve health systems: how much medical equipment is broken in the developing world?. *Medical & biological engineering & computing*, *49*, 719-722.

Perry, L., & Malkin, R. (2011). Effectiveness of medical equipment donations to improve health systems: how much medical equipment is broken in the developing world?. *Medical & biological engineering & computing*, *49*, 719-722.

Pfeiffer, J. (2003). International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social science & medicine*, *56*(4), 725-738.

Pfeiffer, J., & Chapman, R. (2010). Anthropological perspectives on structural adjustment and public health. *Annual review of anthropology*, *39*(1), 149-165.

Philippe Ryfman (2006), *Philippe Ryfman « La concurrence entre ONG est une réalité » - Communication Sans Frontières*

Philips Foundation, Philips s'associe à Rad-Aid pour des services d'échographie à l'échelle mondiale | TanteMinnieEurope)

Rapport OMS 2022, Etat de la sante Région africaine de l'OMS.pdf

Rapport ONU 2021, The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021_French.pdf

Richey, L. A., & Ponte, S. (2011). *Brand aid: Shopping well to save the world*. U of Minnesota Press.

Ridde, J.-B. (2011). L'approche par résultats en santé : pourquoi tant de discours pour si peu de changement ? *Revue Tiers Monde*, 206(2), 111-130

Ridde, V. (2009). Policy implementation in an African state: an extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach. *Public Administration*, *87*(4), 938-954.

Rist, G. (Ed.). (2017). *Les mots du pouvoir: sens et non-sens de la rhétorique internationale*. Graduate Institute Publications.

Schlegelmilch, B. B., & Schlegelmilch, B. B. (2016). *Global marketing ethics and CSR. Global Marketing Strategy: An Executive Digest, 195-220.*

Solthis (2022), Renforcement des systèmes et services de santé - Solthis

Storeng, K. T. (2014). The GAVI Alliance and the 'Gates approach'to health system strengthening. *Global public health*, *9*(8), 865-879.

Syed, S. B., Dadwal, V., & Martin, G. (2013). Reverse innovation in global health systems: towards global innovation flow. *Globalization and health*, *9*, 1-2.

UNICEF. (n.d.). *Health technologies*, Health technologies | UNICEF Supply Division

WHO (2011), Dons de dispositifs médicaux, #7a Medical device donation-French-07 Feb.pdf

World Health Organization. (2011). Medical device donations: considerations for solicitation and provision. In *Medical device donations: considerations for solicitation and provision*.

Annexe I : Guide d'entretien à destination des donateurs

Contexte

Merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien. L'objectif de cette rencontre est de mieux comprendre les logiques qui sous-tendent les **politiques d'aide en santé**. Votre expérience en tant qu'acteur de l'aide internationale est précieuse pour analyser les motivations, les critères de sélection, les modes de mise en œuvre, ainsi que les défis rencontrés dans la concrétisation de ces aides. Vos réponses me permettront d'enrichir la réflexion menée dans le cadre de mon mémoire.

1. Profil et rôle dans les aides

- Pouvez-vous indiquer votre nom, votre fonction ?

2. Motivations et objectifs des aides

- Quels types d'aides fournissez-vous dans les pays du sud ?
- Quelles sont vos principales motivations à participer à des initiatives d'aides ?
- Quels sont, selon vous, les principaux objectifs poursuivis par ces aides (réduction des inégalités, amélioration des soins, revalorisation des équipements, etc.) ?
- Existe-t-il des obligations ou des engagements de la part des bénéficiaires en contrepartie des aides ?

3. Critères et processus de sélection des aides

- Quels sont les principaux pays bénéficiaires de ces aides ?
- Sur quels critères basez-vous le choix des pays bénéficiaires ?
- Quels types d'aides fournissez-vous plus fréquemment ?
- Prenez-vous en compte les spécificités des systèmes de santé des pays bénéficiaires lors de cette sélection ?

4. Logistique, réception et mise en œuvre des aides

- Quels sont les principaux défis logistiques rencontrés lors de la mise à disposition de ces aides ?

- Selon vous, quels sont les obstacles auxquels les bénéficiaires font face dans l'utilisation des aides reçues ?
- Quels mécanismes sont mis en place pour assurer un suivi des aides ?
- Quelles mesures prenez-vous en place pour garantir que les aides soient fonctionnels à leur arrivée dans les pays bénéficiaires ?
- Quels sont les obstacles majeurs auxquels vous êtes confrontés dans la gestion des aides (conformité réglementaire, coûts, etc.) ?

5. Partenariats et attentes des donateurs

- Quels types de partenariats sont mis en place pour faciliter ces aides ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis des structures bénéficiaires ?
- Quels types de soutiens supplémentaires (financiers, techniques, partenariats) pourraient améliorer l'impact des aides ?

6. Impact des aides sur les systèmes de santé bénéficiaires

- Comment évaluez-vous l'impact des aides sur les structures de santé des pays bénéficiaires ?
- Avez-vous des exemples concrets où une aide a significativement amélioré les services de santé ?
- De quelle manière les bénéficiaires valorisent-ils les équipements donnés ?

7. Communication et valorisation des aides

- Les bénéficiaires communiquent-ils sur l'impact réel les aides reçus ? Si oui, comment ?
- Vous, en retour, faites-vous une communication à la suite de chaque aide ? Si oui, sous quelle forme, comment ?

Annexe II : Retranscription entretien Monsieur Boisson (donateur)

1. Profil et rôle dans les aides

Q: **Pouvez-vous indiquer votre nom, votre fonction ?**

R: Christophe Boisson, anesthésiste-réanimateur au CHU de Nîmes.

2. Motivations et objectifs des aides

Q**: Quels types d'aides fournissez-vous dans les pays du sud ?**

R: Principalement du matériel médical réformé mais en bon état, accompagné de formations, notamment en maintenance biomédicale, logistique de blocs opératoires et simulation en santé.

Q: **Quelles sont vos principales motivations à participer à des initiatives d'aides ?**

R: C'est une démarche d'aide au développement, pas de l'humanitaire classique. J'ai des liens forts avec les professionnels sur place, ce qui me permet d'assurer un suivi.

Q: **Quels sont, selon vous, les principaux objectifs poursuivis par ces aides ?**

R: Autonomie, amélioration des pratiques et durabilité. Permettre aux structures locales de fonctionner efficacement de manière autonome.

Q: **Existe-t-il des obligations ou des engagements de la part des bénéficiaires en contrepartie des aides ?**

R: Oui, ils doivent garantir la gratuité des dons à la réception (pas de revente) et s'engagent à assurer le suivi et la maintenance avec les techniciens formés.

3. Critères et processus de sélection des aides

Q: **Quels sont les principaux pays bénéficiaires de ces aides ?**

R: Principalement le Sénégal (Dakar), en raison de mes liens de confiance et du bon suivi possible.

Q: **Sur quels critères basez-vous le choix des pays bénéficiaires ?**

R: La fiabilité du partenariat, le suivi possible sur place, et les relations de confiance construites au fil du temps.

Q: **Prenez-vous en compte les spécificités des systèmes de santé des pays bénéficiaires ?**

R: Oui, grâce aux échanges permanents avec les professionnels locaux.

4. Logistique, réception et mise en œuvre des aides

Q: **Quels sont les principaux défis logistiques rencontrés ?**

R: Acheminement, exemptions de douanes, vérification sur place, financement des containers (généralement pris en charge par les étudiants).

Q: **Quels obstacles les bénéficiaires rencontrent-ils dans l'utilisation des aides ?**

R: Parfois le manque de pièces détachées, ou de techniciens formés. C'est pourquoi la maintenance est intégrée dès le départ.

Q: **Quels mécanismes sont mis en place pour assurer un suivi des aides ?**

R: Missions régulières sur place, évaluation avec des indicateurs, collaboration avec des partenaires comme U-MATHEM.

Q: **Quelles mesures prenez-vous pour garantir que les aides soient fonctionnelles à leur arrivée ?**

R: Vérification complète du matériel avant départ, accompagnement de fiches techniques, formations spécifiques à l'usage.

5. Partenariats et attentes des donateurs

Q: **Quels types de partenariats sont mis en place ?**

R: Partenariat étroit avec les hôpitaux de Dakar, ONG U-MATHEM, FHF, CHU de Nîmes, étudiants mobilisés.

Q: **Quelles sont vos attentes vis-à-vis des structures bénéficiaires ?**

R: Engagement fort, transparence, bonne utilisation du matériel, maintenance locale.

Q: **Quels soutiens supplémentaires pourraient améliorer l'impact ?**

R: Financements durables, implication d'évaluateurs locaux, davantage de formations techniques.

6. Impact des aides sur les systèmes de santé bénéficiaires

Q: **Comment évaluez-vous l'impact des aides ?**

R: Très positif : autonomisation des blocs opératoires, montée en compétence, matériel utilisé et maintenu.

Q: **Avez-vous des exemples concrets d'améliorations ?**

R: Oui, avec le CHU FAN, CHU Dalal Jamm, hôpital d'enfants Albert Royer, où les blocs opératoires sont pleinement fonctionnels.

Q: **De quelle manière les bénéficiaires valorisent-ils les équipements ?**

R: Répartition rigoureuse, suivi des équipements, formation à l'usage, utilisation effective sur le terrain.

7. Communication et valorisation des aides

Q: **Les bénéficiaires communiquent-ils sur l'impact réel des aides ?**

R: Oui, des rapports sont rédigés, des échanges quotidiens sont maintenus avec les équipes.

Q: **Faites-vous une communication à la suite de chaque aide ?**

R: Oui, via les canaux institutionnels, les événements de la FHF, les missions officielles. Une politique de développement durable est aussi communiquée au sein du CHU.

Annexe III : Tableau complet codage thématique

Thème	Code	Verbatim développé	Acteur concerné
Motivations des aides	Engagement humanitaire	*« Notre objectif est de réduire les inégalités d'accès aux soins dans le monde entier. En envoyant ces dispositifs, on espère améliorer concrètement les conditions de vie. »*	Donateur
Motivations des aides	Réduction des déchets	*« Le fait d'effectuer des dons d'endoprothèses nous permet de participer à la société tout en évitant le gaspillage de dispositifs médicaux encore utilisables. »*	Donateur
Motivations des aides	Image et responsabilité	*« Cela fait partie des valeurs de notre entreprise : contribuer à la santé mondiale et affirmer notre rôle social dans un*	Donateur

		monde plus équitable. »	
Critères de selection	Absence de standardisation	*« Il n'y a pas de critères uniformes. Chaque acteur a sa manière de faire, souvent en fonction de ses moyens ou de ses contacts locaux. »*	Association
Critères de selection	Critères financiers	*« Ils nous demandent les rapports financiers, les états des lieux, et veulent savoir si l'aide précédente a été bien utilisée avant d'envisager un renouvellement. »*	Représentant pays bénéficiaire
Critères de selection	Réponse à des solicitations	*« On fonctionne à partir des fiches de besoins envoyées par les partenaires sur place. Si c'est faisable, on s'organise pour répondre. »*	Association
Défis logistiques	Chaînes logistiques complexes	*« Le plus dur, c'est la logistique : les dons passent*	Association

		par plusieurs intermédiaires, et parfois tout se complique à la frontière ou lors du transport. »	
Défis logistiques	Contraintes de temperature	*« Nos stents doivent être stockés entre 15 et 25°C. Toute rupture de la chaîne de température les rend inutilisables, ce qui complique les envois. »*	Donateur
Adéquation des aides	Besoins mal cernés	*« Le bailleur avait prévu une dotation d'ocytocine alors que le gouvernement en avait déjà. Résultat : doublon et gaspillage. »*	Representant pays beneficiare
Adéquation des aides	Aide inadéquate	*« Parfois, on reçoit du matériel obsolète ou non adapté aux réalités locales. On n'a ni les compétences ni l'environnement pour l'utiliser. »*	Représentant pays bénéficiaire

Pérennité et suivi	Manque de pérennité	« Nous devons créer nos propres sources de revenus pour ne pas être éternellement dépendants des aides extérieures. »	Représentant pays bénéficiaire

Résumé

MAUREEN KEMBOU_____

Dans un contexte de **déséquilibres persistants** entre donateurs et bénéficiaires, ce mémoire s'intéresse aux **logiques d'aide médicale** dans les pays du Sud, en particulier à travers le prisme du **don de dispositifs médicaux** et **les financements**. Une étude qualitative fondée sur quinze entretiens semi-directifs a permis d'explorer les **motivations des acteurs donateurs, les modes d'acheminement**, ainsi que les **perceptions** et **impacts de ces aides** sur les professionnels de santé et les systèmes de santé locaux. Les résultats mettent en lumière des dynamiques parfois **ambiguës**, oscillant entre **altruisme sincère** et **intérêts stratégiques**, mais soulignent également l'importance du **suivi,** de la **co-construction** et de **la durabilité** pour que l'aide ne devienne pas un fardeau ou un simple geste symbolique.

Mots clés : **déséquilibres persistants**, **logiques d'aide médicale, don de dispositifs médicaux, financements, motivations des acteurs donateurs, modes d'acheminement**, **perceptions, impacts de ces aides, ambiguës, altruisme sincère, intérêts stratégiques**, **suivi, co-construction, la durabilité**

Abstract

In a context of **persistent imbalances** between donors and recipients, this thesis explores the **logics of medical aid** in Global South countries, focusing particularly on the **donation of medical devices** and **funding mechanisms**. A qualitative study based on fifteen semi-structured interviews was conducted to analyze the **motivations of donor actors**, the **logistics of aid delivery**, and the **perceptions and impacts** of such aid on healthcare professionals and local health systems. The findings highlight **ambiguous dynamics**, oscillating between **genuine altruism** and **strategic interests**, while also emphasizing the crucial importance of **follow-up**, **co-construction**, and **sustainability**, to ensure that aid does not become a burden or a purely symbolic gesture.

Keywords: medical aid, Global South, donation of medical devices, funding, donor motivations, logistics, perception, impact, sustainability, co-construction.