

PROGRAMME  
SÉCURITÉ  
HUMAINE

# LA SANTÉ MONDIALE, NOUVELLE ARME DE LA POLITIQUE ÉTRANGÈRE AMÉRICAINE

*AMERICA FIRST, AFRICA LAST : SOIGNER SELON WASHINGTON ?*

**Fatou Élise Ba** / Chercheuse à l'IRIS,  
en charge du Programme Sécurité humaine

Avril 2026



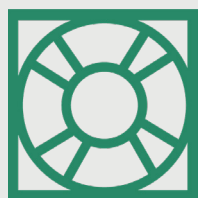
## PRÉSENTATION DE L'AUTRICE



**Fatou Élise Ba** / Chercheuse à l'IRIS, en charge du Programme Sécurité humaine

Fatou Elise Ba est chercheuse à l'IRIS, en charge du Programme Sécurité humaine. Elle est spécialisée en droits humains, plaidoyer humanitaire, et influence des politiques publiques. Elle traite les questions de défense des droits des populations vulnérables, de genre et d'autonomisation des femmes et des filles, et des enjeux de la santé mondiale. Avant de rejoindre l'IRIS, elle a travaillé plusieurs années sur le terrain en Afrique de l'Ouest auprès d'organisations internationales et ONG. Elle a notamment piloté plusieurs campagnes de plaidoyer pour la promotion des droits humains auprès des décideurs et décideuses et des communautés.

---



PROGRAMME  
**SÉCURITÉ  
HUMAINE**

La sécurité humaine est une approche interdisciplinaire centrée sur l'individu qui répond à la complexité des crises contemporaines. Celle-ci redéfinit les paradigmes classiques de la sécurité, en insistant sur la protection contre les menaces systémiques (violences, pauvreté, santé, environnement, déplacement, gouvernance) et sur le renforcement des capacités locales.

Dans un monde marqué par la convergence des crises – conflits armés, pandémies, changements climatiques, crise de la gouvernance –, le programme Sécurité humaine de l'IRIS vise à analyser ces différents enjeux en les articulant avec les notions de justice sociale, de développement durable et de paix positive et inclusive. Il entend également contribuer à penser l'action publique et internationale au plus près des vulnérabilités et des résiliences sociales. Il est dirigé par Fatou Élise Bas, chercheuse à l'IRIS.

[iris-france.org](https://iris-france.org)



@InstitutIRIS



@InstitutIRIS



institut\_iris



IRIS



IRIS - Institut de relations internationales et stratégiques

La coopération sanitaire internationale n'a jamais dissocié, dans sa pratique et son financement, l'impératif humanitaire des considérations géopolitiques qui le sous-tendent. L'aide en santé oscille, d'autant plus aujourd'hui, entre solidarité affichée et intérêt stratégique des États. À travers le financement de la lutte contre les grandes pandémies (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose), il s'agit également de protéger ses propres frontières épidémiques, consolider des alliances diplomatiques et d'imposer des normes. Ainsi, la tension entre solidarité internationale et intérêt national est constitutive de l'histoire de la coopération sanitaire mondiale, sans qu'aucun acteur n'ait jamais pleinement résolu cette contradiction. Ce qui change avec l'*America First Global Health Strategy* (AfGHS), publiée en septembre 2025, c'est la rhétorique souverainiste qui s'est radicalement accentuée. Une des plus grandes puissances assume sans détour que son aide sanitaire est un instrument stratégique. Les mots « intérêt national », « accord bilatéral » et « America First » ne sont plus dissimulés derrière un vocabulaire humanitariste, ils structurent le document lui-même.

Le titre du document, dans un aveu décomplexé, traduit l'extension du projet MAGA aux politiques étrangères, ce que « America First » signifie au niveau commercial ou migratoire s'applique désormais aussi au domaine sanitaire. Selon le secrétaire d'État aux États-Unis, Marco Rubio, la priorité est de garder « les Américains en sécurité »<sup>1</sup>, c'est-à-dire surveiller les épidémies infectieuses à l'échelle mondiale et offrir des mécanismes de réponse rapide, le tout au service d'une expansion du marché américain.

Ainsi, une nouvelle forme de conditionnalité voit le jour pour les pays les plus exposés aux épidémies, et aussi les plus dépendants de l'aide extérieure. Mais est-elle vraiment nouvelle dans sa configuration ? L'aide sanitaire états-unienne est ainsi revenue à ce qu'elle a, au fond, souvent été dans l'histoire des affaires étrangères états-uniennes, un instrument de puissance au service d'intérêts économiques et géopolitiques. Ce qui change ici, c'est l'explicitation sans précédent de cette priorité. C'est le recyclage de la vieille approche ultra libérale du « win-win américain » qui refait surface en période de tensions, de rivalités et de recomposition des rapports de force, lorsque les réponses diplomatiques coordonnées peinent à s'imposer et que les instances internationales sont en état de mort clinique.

Washington entend ainsi signer des accords bilatéraux pluriannuels assortis d'objectifs précis en matière de santé, de délais stricts et de conséquences en cas de non-respect. La politisation de l'aide est désormais assumée, formulée sans détour par le secrétaire d'État Marco Rubio : « Désormais, nous utiliserons notre aide étrangère en matière de santé pour faire progresser

---

<sup>1</sup> Département d'État américain, *America First Global Health Strategy*, 18 septembre 2025. Document disponible en ligne : <https://www.state.gov/america-first-global-health-strategy>.

les priorités américaines et orienter les pays vers des systèmes de santé locaux résilients et durables. ».

Cette note propose une lecture critique de l'AfGHS. Elle a pour vocation d'en décrypter les mécanismes ainsi que les enjeux géopolitiques, sanitaires et idéologiques. Elle esquisse les perspectives ouvertes, plus spécifiquement sur le continent africain, face à cette recomposition de l'ordre sanitaire mondial.

## UN CONTEXTE DE REFONTE DE L'APPAREIL DE POLITIQUE ÉTRANGÈRE AMÉRICAINE

### *Le retrait américain des institutions multilatérales*

Le retrait américain de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dès le premier jour de la présidence Trump en janvier 2025, constitue l'acte fondateur de la logique de la nouvelle administration<sup>2</sup>. Parallèlement, le démantèlement de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)<sup>3</sup>, opéré sous l'impulsion du Department of Government Efficiency (DOGE), reconfigure la dynamique inter-agences en absorbant les fonctions résiduelles de l'aide américaine au sein du Département d'État.

Ainsi, sur le plan budgétaire, l'OMS fait face à une réduction considérable de son financement. Le budget proposé pour 2026-2027 a été revu à la baisse<sup>4</sup> face à « la détérioration des perspectives en matière d'aide internationale ». Parallèlement, la Chine<sup>5</sup> a affirmé vouloir

<sup>2</sup> Le décret indique que les États-Unis se retirent « en raison de la mauvaise gestion par l'organisation de la pandémie de Covid-19 qui s'est déclarée à Wuhan, en Chine, et d'autres crises sanitaires mondiales, de son incapacité à adopter les réformes nécessaires de toute urgence et à faire preuve d'indépendance par rapport à l'influence politique inappropriée des États membres de l'OMS » selon le président des États-Unis Donald Trump, *BBC Afrique*, « Quelles sont les conséquences pour le monde d'une sortie des États-Unis de l'OMS ? », *BBC*, 23 janvier 2025. Disponible sur : <https://www.bbc.com/afrique/articles/clyn3dly4qqq>

<sup>3</sup> Antoine Diacre, Coline Laroche, Victor Pelpel, « Fin de l'USAID : conséquences internationales et multisectorielles », Infographie, *Institut de relations internationales et stratégiques*, 13 mars 2025. Disponible sur : <https://www.iris-france.org/fin-de-lusaid-consequences-internationales-et-multisectorielles/>

<sup>4</sup> WHO Director-General, Remarks at the 42nd meeting of the PBAC, 14 mai 2025. Le budget 2026-2027 a été révisé de 5,3 à 4,2 milliards de dollars, soit une réduction de 21 %, « Il y a un an, le Conseil exécutif avait examiné un budget prévisionnel de 5,3 milliards de dollars pour la période biennale 2026-2027. Cette proposition avait été ajustée à 4,9 milliards de dollars. Bien que cet ajustement ait paru réaliste à l'époque, les perspectives en matière d'aide internationale ont continué de se détériorer. En mars, face à cette situation, une nouvelle réduction à 4,2 milliards de dollars a été proposée, et a été validée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai ». Disponible sur : <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-42nd-meeting-of-the-programme--budget-and-administration-committee-of-the-executive-board---14-may-2025>

<sup>5</sup> La stratégie chinoise repose davantage sur des projets à fort impact symbolique (financement d'infrastructures sanitaires, construction d'hôpitaux, dons de matériel médical dans les pays en développement) que sur un accompagnement structurel durable. Ces initiatives clé en main, souvent pensées comme des interventions ponctuelles et rapidement déployables, n'intègrent généralement ni mécanismes de maintenance ni logique de renforcement des capacités locales sur le long terme, s'éloignant ainsi d'une véritable approche centrée sur le développement humain.

soutenir davantage l'OMS dans le contexte du retrait américain et souhaite gagner en influence notamment dans les organisations multilatérales, mais elle n'a pas remplacé les États-Unis comme principal financeur de l'OMS à ce stade.

De la même manière qu'elle a mis à la face du monde les vulnérabilités structurelles des chaînes d'approvisionnement en médicaments, vaccins et équipements, la pandémie de Covid-19 a aussi mis en évidence la dépendance profonde des pays du Sud vis-à-vis des financements occidentaux. Elle a simultanément renforcé la prise de conscience sur les enjeux de souverainetés sanitaires. C'est dans ce contexte post-covid que le désengagement états-unien prend une dimension particulièrement déstabilisatrice face à une coordination mondiale en santé déjà fragile. Tout un écosystème de coopération se trouve brutalement privé de son principal architecte. Les pays les plus exposés, et notamment les pays du continent africain, sont ainsi confrontés à une double injonction contradictoire : accélérer leur autonomisation sanitaire tout en absorbant, dans l'urgence, des coupes dont ni le calendrier ni l'ampleur ne correspondent à leur capacité réelle d'absorption. Ce paradoxe est au cœur de la tension que génère l'*America First Global Health Strategy* qui exige des pays récipiendaires une autonomie qu'elle contribue, par son calendrier et ses conditions, à rendre structurellement inaccessible.

### *La nouvelle organisation sanitaire américaine*

Jusqu'en 2025, l'USAID représentait le bras opérationnel principal de l'architecture de l'aide internationale. Parallèlement, depuis 2003, l'initiative *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) créée par l'administration Bush dans le contexte de la riposte mondiale contre le VIH/SIDA, était gérée de manière coordonnée avec l'USAID. Ce mécanisme de la politique étrangère états-unienne s'est révélé essentiel jusqu'à présent<sup>6</sup>, ceci en collaborant avec les pays partenaires pour maîtriser l'épidémie du VIH/SIDA. La décision de suspendre l'USAID, s'inscrit dans une reconfiguration globale des politiques étrangères par l'administration Trump. Ce contexte restreint également PEPFAR dans son opérationnalité sans formellement l'abolir. Créé par une loi du Congrès, le programme ne peut être supprimé par décret exécutif, mais à l'heure actuelle, il ne dispose plus des financements nécessaires pour fonctionner de façon optimale<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup>U.S. Department of State, PEPFAR Program Results Fact Sheet, décembre 2024. Au 30 septembre 2024, PEPFAR soutenait 20,6 millions de personnes sous traitement antirétroviral dans 55 pays. Disponible sur : <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2024/11/PEPFAR-Program-Results-Fact-Sheet-December-2024.pdf>

<sup>7</sup>Health Policy Watch, « HIV Clinics Close Across Africa After US Issues Stop-Work Order », 29 janvier 2025. Disponible sur : <https://healthpolicy-watch.news/hiv-clinics-close-across-africa-after-trump-administration-issues-stop-work-order/>

Cette refonte institutionnelle ne s'inscrit pas dans un consensus au sein des institutions états-uniennes, mais s'opère sous une haute tension constitutionnelle, l'administration Trump se heurtant aux résistances répétées de la justice fédérale. À la suite du gel des financements de USAID, deux ONG ont saisi la justice et obtenu gain de cause. Le juge fédéral Amir Ali a ordonné le déblocage des fonds, mais l'administration ne s'y est pas conformée. La Cour Suprême, dans une décision serrée, contraignant partiellement l'exécutif à débloquer une partie des fonds, victoire partielle et tardive, car de nombreux programmes internationaux avaient déjà été démantelés. Toutefois, en septembre 2025, la Cour suprême a renversé l'injonction initiale, rendant ainsi le gel légalement possible<sup>8</sup>.

L'enseignement central de cette séquence est que la brutalité des politiques entreprises par le DOGE, même lorsqu'il opère à la frontière de la légalité, place l'ensemble des acteurs institutionnels et des organisations de la société civile en position de réaction permanente, bien loin de toute capacité de dialogue constructif avec les décideurs. Si la politique de gel des financements a été partiellement remise en cause par le pouvoir judiciaire (dans un premier jugement), elle a néanmoins permis à l'administration Trump de gagner le seul bien qui lui était nécessaire : du temps. Le temps que les ONG ferment leurs bureaux, que les personnels soient licenciés, que les patients perdent l'accès aux traitements, rendant tout retour « à la normale » pratiquement impossible, même en cas de victoire juridique ultérieure<sup>9</sup>.

À travers la nouvelle stratégie « America First Global Health », les activités sanitaires ont été réorientées, les programmes jugés conformes à cette nouvelle ligne stratégique ont été transférés sous l'autorité directe du Département d'État, tandis que les autres ont vu leurs financements drastiquement réduits ou leur mise en œuvre opérationnelle limitée.

Au-delà du prisme strictement géostratégique et économique, l'AfGHS s'aligne à un cadre idéologique structurant qu'il serait réducteur d'ignorer, celui du nationalisme chrétien conservateur, dont le Project 2025 constitue la matrice doctrinale<sup>12</sup>. Celle-ci appelle à effacer de l'ensemble des règlements, contrats et législations fédéraux, les termes mêmes, en lien avec le droit reproductif, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Appliquée à l'échelle

---

<sup>8</sup> En mars 2025, la Cour suprême des États-Unis, dans une décision divisée, a rejeté la demande de l'administration Trump de maintenir le gel des fonds de l'USAID, ouvrant ainsi la voie au versement d'environ deux milliards de dollars dus à des organisations partenaires pour des travaux déjà réalisés. Cette décision, qui s'inscrit dans un contentieux judiciaire plus large, ne constitue toutefois pas un désaveu définitif de la politique de l'exécutif : en septembre 2025, la même juridiction autorisait le gel de près de quatre milliards de dollars supplémentaires, signalant les limites de la protection judiciaire face aux prérogatives présidentielles en matière de politique étrangère.

<sup>9</sup>KFF, « The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) », mis à jour 2025. Sur l'expiration de l'autorisation de PEPFAR le 25 mars 2025 et ses implications. Disponible sur : <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-presidents-emergency-plan-for-aids-relief-pepfar/>

<sup>12</sup> Heritage Foundation, *Mandate for Leadership: The Conservative Promise, Project 2025 Presidential Transition Project*, édité par Paul Dans et Steven Groves, Washington D.C., Heritage Foundation, 2023, 920 pages.

internationale, cette vision se traduit par la réinstallation dès le 24 janvier 2025 de la *Global Gag Rule* (ou politique de Mexico City), qui conditionne l'aide américaine au refus de toute organisation bénéficiaire de fournir, conseiller ou promouvoir l'avortement, quelle que soit la législation nationale du pays concerné. En janvier 2026, cette règle a été étendue à l'ensemble de l'aide étrangère non militaire, incluant désormais l'interdiction de promouvoir toute « idéologie de genre ». Derrière la rhétorique de la « prospérité américaine » et de la « souveraineté sanitaire », c'est une guerre des récits qui se déploie à l'échelle mondiale, cohérente, au demeurant, avec la politique intérieure de l'administration Trump, qui vise simultanément à effacer toute référence aux droits reproductifs, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre des textes réglementaires et législatifs fédéraux. Les populations les plus exposées sont aussi les plus marginalisées dans le monde : personnes LGBTQ+, travailleuses et travailleurs du sexe, femmes, adolescentes et jeunes femmes, et potentiellement toutes les personnes vivant avec le VIH non couvertes par les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Ce biais idéologique n'est pas nouveau au sein de l'aide sanitaire états-unienne et n'a finalement pas été tant révolutionné par l'administration Trump. Dès sa création sous l'administration Bush, le programme PEPFAR avait suscité de vives critiques de la part des organisations de la société civile, avec approximativement un tiers des fonds de prévention devant être consacré à la promotion de l'abstinence avant le mariage, stratégie dont les analyses et les évaluations programmatiques ont depuis démontré l'inefficacité en matière de prévention du VIH<sup>13</sup>. Sous cette pression, plusieurs pays africains ont réorienté leurs politiques nationales vers les messages « abstinence et fidélité », au détriment de la promotion du préservatif en toute situation, qui demeure à ce jour le moyen de protection le plus efficace contre la transmission du virus. L'administration Trump ne rompt donc pas avec cet héritage idéologique conservateur. Au contraire, elle l'amplifie et le systématise, en élevant ce qui relevait jusque-là de conditions ponctuelles d'attribution de l'aide au rang d'une doctrine cohérente, exportée à l'échelle mondiale et adossée à un projet politique intérieur assumé. À travers l'AfGHS, un seuil est franchi. Ce qui constituait sous Bush un biais sectoriel devient aujourd'hui une doctrine stratégique globale, délibérément articulée entre politique intérieure et aide extérieure, transformant l'assistance internationale en instrument d'exportation d'un conservatisme de valeurs.

---

<sup>13</sup> « Afrique : l'accent mis par les USA sur l'abstinence freine la lutte contre le sida », *The New Humanitarian*, 28 novembre 2000. Disponible sur : <https://www.thenewhumanitarian.org/fr/report/43370>.

## DÉCRYPTAGE DE L'AFGHS ET NOUVEAU MÉCANISME DE DÉPENDANCE

### *La santé, un marché international comme les autres*

Dans sa lettre introductive à l'AfGHS, Marco Rubio affirme : « If you are sick, there is nowhere you would rather be cared for than in the United States ». Or, le système de santé américain est l'un des plus chers au monde et ne couvre pas l'ensemble de la population, faute de couverture universelle. Aux États-Unis, le système de santé fonctionne principalement comme un marché privé où l'accès aux soins dépend de la solvabilité des individus et de leur couverture assurantielle. Cette marchandisation de la santé engendre des inégalités profondes, les populations les plus vulnérables se trouvant exclues d'un système dominé par les intérêts des assureurs et des laboratoires pharmaceutiques. En outre, la nomination de Robert F. Kennedy Jr. à la tête du département de la Santé et des Services sociaux (HHS), la remise en cause de la vaccination, l'annulation de programmes de recherche sur les vaccins à ARNm contredisent directement la prétention à exporter un modèle d'excellence sanitaire.

En ce sens, l'AfGHS s'inscrit dans une cohérence améliorée de système entre les politiques intérieures et étrangères, ce qui rend cette stratégie d'autant plus difficile à contester. La santé est ainsi abordée à l'international comme elle l'est domestiquement, soit comme un bien marchand, un outil de diplomatie économique et un levier de positionnement concurrentiel. Or, cette posture de conditionnalité de l'aide sanitaire entre en tension avec l'orientation normative dominante de la santé mondiale telle qu'elle s'est consolidée depuis la fin du XXe siècle. De la Déclaration d'Alma-Ata (1978) aux Objectifs de développement durable (ODD), s'est consolidé un cadre de coopération sanitaire mondiale auquel l'OMS confère une légitimité normative, quoique structurellement fragilisée par la concurrence des financements privés et le poids croissant des contributions volontaires fléchées. C'est précisément cette architecture que le retrait américain vient ébranler. La logique de l'AfGHS tend à dissoudre cet acquis en réduisant la santé mondiale à une variable parmi d'autres de la compétition géo-économique, au moment précis où les interdépendances sanitaires mondiales ont démontré, avec la brutalité d'une pandémie, qu'aucune frontière ne constitue un rempart suffisant contre la propagation du risque biologique.

### *Des pays contraints et non « partenaires » : de l'aide internationale à la codépendance conditionnée*

Sur l'architecture des accords, les États-Unis ont envisagé de mettre en place des Memorandums of Understanding (MOUs), un format bilatéral d'accords avec les pays bénéficiaires qui s'articulent autour de plans quinquennaux (2026-2030). Au 6 mai 2026, 32 accords bilatéraux ont été potentiellement signés, dont 22 accords documentés en Afrique subsaharienne jusqu'à présent, mais le processus de négociation est encore en cours<sup>14</sup>. Les accords bilatéraux conclus dans le cadre de l'*America First Global Health Strategy* représentent un volume d'au moins 20 milliards de dollars sur la période 2026-2030, dont environ 63 % financés par les États-Unis et 37 % par les pays partenaires<sup>15</sup>.

Si, la géographie du VIH recoupe presque exactement celle des pays signataires des MOUs, ce n'est évidemment pas un hasard. L'Afrique concentre encore les pays à la plus forte charge de maladies infectieuses et donc les plus grands consommateurs potentiels de diagnostics, médicaments et vaccins. Les pays africains sont précisément ceux qui dépendent le plus du financement américain, et donc ceux qui ont le moins de marge pour refuser les MOUs<sup>16</sup>.

Trois conditionnalités méritent attention dans le cadre des MOUs. Premièrement, les pays signataires sont tenus de notifier directement Washington de toute épidémie dans un délai de 48 heures, ce qui est susceptible de créer des canaux parallèles aux mécanismes internationaux existants. Le recours à ces canaux bilatéraux soulève des interrogations quant à leur articulation avec les obligations de partage d'information, notamment vis-à-vis des acteurs privés, dans la mesure où ces cadres pourraient ne pas être pleinement alignés avec les standards multilatéraux. Si les pays signataires conservent la faculté d'informer simultanément l'OMS, cette double notification n'est pas systématiquement garantie et pourrait, en pratique, fragiliser la centralité de l'organisation dans la surveillance épidémique mondiale.

Deuxièmement, malgré une accessibilité partielle aux différents MOU, il est tout à fait envisageable qu'ils s'inscrivent dans un principe du « Buy American », historiquement ancré dans les politiques étrangères américaines. Dans le domaine de la santé mondiale, cette logique peut contribuer à renforcer la place d'entreprises pharmaceutiques américaines,

---

<sup>14</sup> Cette estimation doit être interprétée avec prudence, en raison du caractère partiel et lacunaire des données disponibles, une part significative des accords et de leurs modalités n'étant pas rendues publiques à ce stade.

<sup>15</sup> U.S. Department of State, « Broadening the Trump Administration's America First Global Health Engagement in South and Central Asia », 7 avril 2026. Disponible sur : <https://www.state.gov>

<sup>16</sup> L'Afrique subsaharienne concentre plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde, et représentait la moitié des nouvelles infections mondiales en 2024. ONUSIDA, *Fiche d'information, Statistiques mondiales sur le VIH*, 2025. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>

telles que Gilead Sciences, impliquée dans le développement du lenacapavir, un traitement injectable à longue durée d'action contre le VIH. Toutefois, ces dynamiques doivent être nuancées, dans la mesure où les systèmes d'achat internationaux reposaient jusqu'ici sur des mécanismes multilatéraux permettant l'accès à des alternatives génériques produites notamment en Inde, au Brésil ou encore en Afrique du Sud. Dans ce contexte, l'intérêt accru des États-Unis pour les marchés de santé africains s'inscrit également dans une logique économique, ce secteur étant appelé à connaître une croissance significative à moyen terme. Les MOUs restent ancrés dans une dynamique pouvant favoriser indirectement le recours à des produits et services américains dans les systèmes de santé partenaires. L'AfGHS prévoit explicitement de « promouvoir l'innovation américaine en matière de santé à l'échelle mondiale en achetant et en distribuant des biens provenant d'entreprises américaines dans le cadre des programmes d'aide étrangère », et d'« utiliser les relations bilatérales avec les pays pour promouvoir les innovations et produits américains dans le monde entier ».

Troisièmement, la majorité des accords ont été signés sans consultation publique ni débat parlementaire au sein des pays concernés. Dans un contexte de contrainte implicite, les termes des MOUs n'ont par ailleurs pas été intégralement publiés.

Ajoutés à ces conditionnalités, les engagements de cofinancement domestique imposés aux pays signataires sont, dans de nombreux cas, structurellement hors de portée. L'AfGHS elle-même précise sans ambiguïté que les gouvernements partenaires « devront augmenter leurs dépenses de santé nationales tout au long de la période d'accord »<sup>18</sup>. Or la stratégie prévoit également une réduction progressive de la part américaine, et en cas de non-respect des engagements de cofinancement, les MOUs autorisent explicitement Washington à réduire ou cesser son financement<sup>19</sup>. Ce mécanisme de pénalité transforme le co-investissement en levier de conditionnalité permanente, plaçant les pays récipiendaires dans une situation de dépendance structurelle.

Les grandes priorités affichées sur les trois Grandes Pandémies (VIH, paludisme, tuberculose) sont formellement maintenues dans l'AfGHS. Parallèlement, certains domaines comme la santé reproductive, la nutrition ou la vaccination de routine semblent beaucoup moins mis en avant dans les orientations stratégiques récentes. Aussi, le positionnement des États-Unis par rapport au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme constitue une

---

<sup>18</sup> U.S. Department of State / U.S. Mission Geneva, *America First Global Health Strategy — Bilateral Agreements on Global Health Cooperation*, 4 décembre 2025. Disponible sur : <https://geneva.usmission.gov/2025/12/04/america-first-global-health-strategy/>

<sup>19</sup> Center for Global Development, « What We Know and Don't Know, About the Trump Administration's Global Health Agreements », 2025. Disponible sur : <https://www.cgdev.org/blog/what-we-know-and-dont-know-about-trump-administrations-global-health-agreements>

ambivalence à l'égard du multilatéralisme. Lors du 8e cycle de reconstitution de novembre 2025 à Johannesburg, 12,64 milliards de dollars<sup>20</sup> récoltés auprès de l'ensemble des donateurs (États et secteur privé). Les États-Unis ont maintenu leur engagement en prévoyant de verser 4,6 milliards de dollars, une baisse par rapport aux 6 milliards du cycle précédent, mais suffisant pour conserver leur statut de premier donateur. Washington a justifié ce maintien en estimant que le Fonds mondial « a longtemps fait progresser les principes fondamentaux de notre approche »<sup>21</sup>. Cette exception notable au désengagement multilatéral s'explique moins par une adhésion au principe de coopération collective que par la compatibilité du Fonds avec la logique de l'AfGHS, à savoir : une logique de retour sur investissement ; des résultats mesurables, une priorisation des maladies infectieuses, et un levier pour diffuser les innovations pharmaceutiques américaines.

Pendant deux décennies, l'aide américaine en santé mondiale a reposé sur une architecture hybride avec un financement bilatéral, une coordination multilatérale et une mise en œuvre par des ONG dont les résultats notables sont documentés : recul significatif de la transmission du VIH, baisse de la mortalité palustre et extension de la couverture vaccinale, notamment en Afrique subsaharienne. Cette posture témoigne d'un multilatéralisme sélectif, où l'engagement américain se maintient là où les mécanismes collectifs convergent avec les intérêts nationaux, tandis que les considérations d'équité sanitaire et les besoins des populations les plus affectées par les épidémies demeurent subordonnés à cette rationalité instrumentale.

Ajouté à cela, la configuration des MOUs entend renforcer le rôle central des États dans la mise en œuvre des politiques de santé, ce qui peut, *de facto*, réduire l'espace d'autonomie et de *leadership* des ONG. Celles-ci sont alors davantage positionnées comme des acteurs d'exécution que comme des partenaires stratégiques. Cette évolution rentre en tension avec le rôle historiquement attribué à ces organisations, notamment dans les contextes où l'État est défaillant dans la fourniture de services de santé essentiels. Sans exclure formellement les ONG, cette approche contribue à recentrer la gouvernance sanitaire autour des États et à restreindre l'espace politique dans lequel la société civile peut opérer. Le document officiel impute aux ONG des « perverse incentives to self-perpetuate » (des « incitations perverses à se perpétuer ») plutôt qu'à œuvrer au transfert de responsabilités vers les gouvernements locaux. Cette rhétorique résonne dans un contexte mondial où l'espace solidaire se rétrécit et

<sup>20</sup> *Global Fund*, « Final Eighth Replenishment outcome », 18 février 2026, <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2026/2026-02-18-global-fund-board-welcomes-final-eighth-replenishment-outcome/>

<sup>21</sup> Health Policy Watch, « Global Fund Raises \$11.4 Billion, Including \$4.6 Billion From United States », 21 novembre 2025. Disponible sur : <https://healthpolicy-watch.news/global-fund-raises-11-4-billion-including-4-6-billion-from-us/>

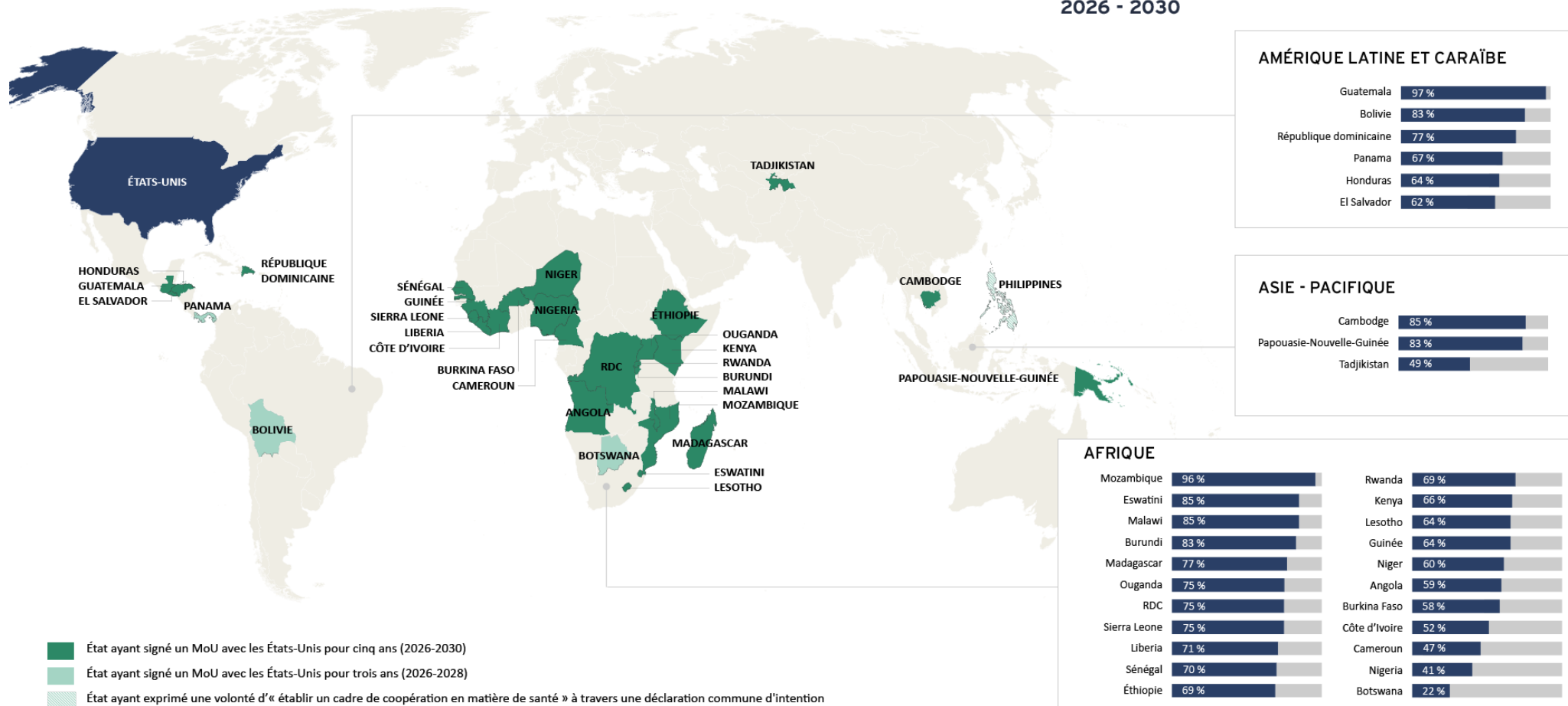
où plusieurs gouvernements africains tendent à percevoir les ONG comme des vecteurs d'ingérence extérieure, à l'instar du Burkina Faso qui suspendu plusieurs centaines d'ONG. L'AfGHS n'a pas créé cette dynamique, mais elle peut l'accentuer en restreignant, d'autant plus, les marges de manœuvre des ONG, toujours au détriment des populations les plus vulnérables que les ministères de la Santé n'atteignent pas ou ne souhaitent pas atteindre.

## America First Global Health Strategy : une santé mondiale dépendante des financements états-uniens ?



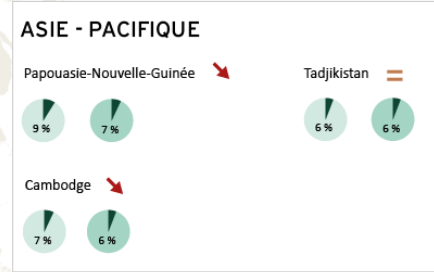
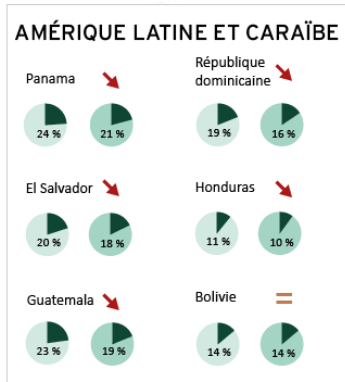
États ayant signé un *Memorandum of Understanding* (MoU) avec les États-Unis dans le cadre de l'America First Global Health Strategy en 2026

Part moyenne des financements états-uniens dans les *Memorandum of Understanding* signés pour la période 2026 - 2030

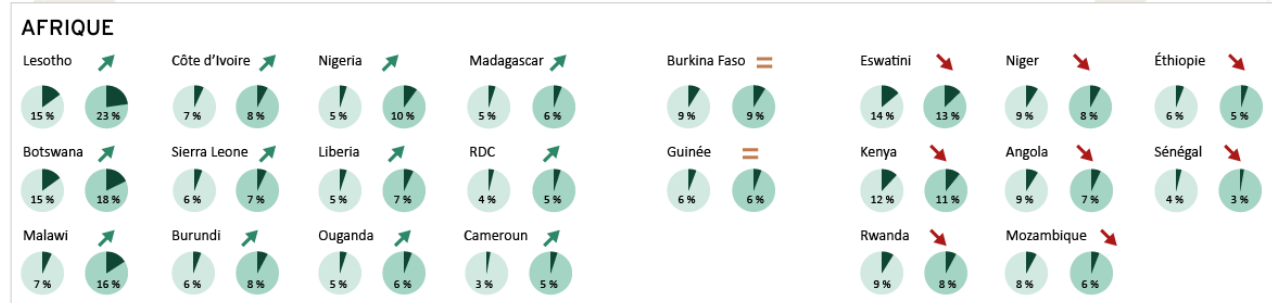
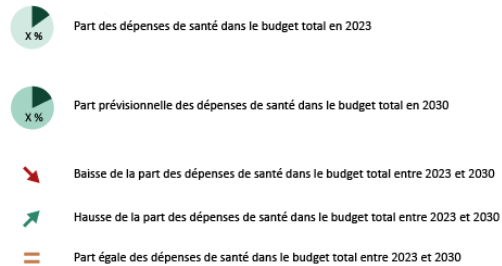


Sources : Think Global Health ; Council on Foreign Relations ; Kaiser Family Foundation

## Variation de la part des budgets de santé des États ayant signé un Memorandum of Understanding avec les États-Unis (variations 2023 - 2030)



Prévisions de variation de la part des budgets de santé dans le budget global des États ayant signé un MoU avec les États-Unis



Sources : Think Global Health

## LES INTÉRÊTS ÉTATS-UNIENS : ENJEUX NUMÉRIQUES ET MINIERS DANS LA STRATÉGIE SANITAIRE

### *La donnée sanitaire comme enjeu de souveraineté*

Les questions de données numériques dans les initiatives bilatérales telles que l'AfGHS concernent surtout le renforcement des systèmes de surveillance sanitaire et des infrastructures numériques dans les pays partenaires. Même si cette stratégie, n'est pas un régime juridique universellement documenté publiquement, les questions liées aux données numériques dans les initiatives bilatérales de santé mondiale concernent la collecte et l'analyse de données épidémiques (détection des maladies, suivi des épidémies), le développement de capacités de séquençage génomique des pathogènes, et l'amélioration des systèmes d'information de santé. La dimension numérique de l'AfGHS marque un tournant stratégique où la surveillance sanitaire devient indissociable de la maîtrise technologique. En déployant des infrastructures de collecte et de séquençage, Washington ne se contente pas d'appuyer la santé publique locale, mais pourrait intégrer les pays signataires dans une architecture de données satellisée, calibrée selon des standards américains. Si cet apport technique est crucial pour la détection rapide des pathogènes, il génère une tension structurelle entre la coopération internationale et la souveraineté numérique des États.

L'objectif affiché est de mieux prévenir et répondre aux crises sanitaires et protéger la population américaine de la propagation des épidémies, en facilitant un partage rapide et encadré des données entre pays et institutions scientifiques. Ce partage est en principe soumis à des règles de confidentialité, de souveraineté des États et de protection des données personnelles, même si ces aspects font l'objet de débats, notamment sur l'équilibre entre coopération internationale et contrôle local des données, ainsi que sur le retour équitable des bénéfices issus des recherches.

Dès le 10 décembre 2025, six jours après la signature du MOU kényan, la Haute Cour de Nairobi a émis des ordonnances conservatoires suspendant les dispositions relatives au transfert de données. La Consumers Federation of Kenya (COFEK) et le sénateur Okiya Omtatah ont contesté l'accord au motif de sa violation de la loi kényane sur la protection des données, de l'absence de participation publique et d'approbation parlementaire<sup>22</sup>. La Haute Cour du Kenya est intervenue en décembre 2025, émettant des ordonnances conservatoires

---

<sup>22</sup>JURIST, « Kenya dispatch: High Court halts Kenya-US health deal over constitutional concerns », 31 décembre 2025. Disponible sur : <https://www.jurist.org/news/2025/12/kenya-dispatch-high-court-halts-kenya-us-health-deal-over-constitutional-concerns/> ; Health Policy Watch, « Kenya's High Court Suspends US Health Deal », 12 décembre 2025.

qui suspendent temporairement la mise en œuvre du Cadre de coopération sanitaire Kenya–États-Unis, dans la mesure où celui-ci prévoit ou facilite le transfert, le partage ou la diffusion de données médicales, épidémiologiques ou de données de santé personnelles sensibles. En février 2026, la Haute Cour a confirmé le maintien de ce gel, l'affaire restant pendante.

Ces principes affichés de souveraineté et de protection des données se heurtent ainsi à la réalité des accords tels qu'ils ont été négociés et c'est précisément sur ce point que les premières résistances juridiques et civiques ont émergé, le cas kényan illustrant cet aspect.

### *La géographie des ressources recouvre celle des signataires*

Par ailleurs, la santé devient un levier parmi d'autres dans une compétition pour les ressources stratégiques. L'un des objectifs structurants de la grande stratégie américaine est en effet de contrebalancer la position dominante de la Chine. De surcroît, la géographie des ressources naturelles recoupe presque celle des pays signataires des MoUs et l'Afrique, avec des sols riches, se trouve ainsi placée au cœur de cette rivalité en devenant « un champ de bataille pour la compétition pour les ressources avec la Chine »<sup>23</sup>, en raison de ses ressources.

En effet, dans une logique de puissance énergétique, les matériaux critiques et minerais sont devenus des intrants stratégiques indispensables aux technologies d'énergie propre, aux systèmes de défense, aux nouvelles technologies de pointe (numérique, télécommunications, santé) et à la compétition technologique mondiale.

La République Démocratique du Congo constitue un cas emblématique de la nouvelle doctrine américaine en Afrique centrale, où la diplomatie sanitaire s'articule étroitement aux impératifs sécuritaires et géostratégiques. Les engagements pourraient envisager une logique de « package deal » global, Washington conditionnant son implication dans la médiation du conflit au Kivu à des garanties sur l'accès aux ressources. Dans ce dispositif, le MOU sanitaire signé en début 2026 dépasse sa mission première de santé publique pour s'inscrire dans une stratégie américaine en RDC multi-volets où elle combine la protection des intérêts extractifs, une aide substantielle en matière de santé et une influence directe dans les négociations de sortie de crise avec le Rwanda et le proxy M23.

La Zambie, et dans une moindre mesure le Zimbabwe, se sont opposés aux accords bilatéraux, jugés « déséquilibrés », proposés dans le cadre des nouvelles initiatives américaines. Ces critiques portent notamment sur les conditions associées à ces partenariats, perçus par certains acteurs comme asymétriques. Elles alimentent un débat plus large sur la nature des

---

<sup>23</sup> Foreign Policy Research Institute (FPRI), *A Conundrum: Strategic Minerals and a Peripheral Africa*, février 2026. Disponible sur : <https://www.fpri.org/article/2026/02/a-conundrum-strategic-minerals-and-a-peripheral-africa/>

accords de santé mondiale, souvent présentés comme des partenariats, mais pouvant être interprétés comme intégrant des formes de conditionnalité économique ou stratégique. Ces cas invalident la rhétorique de « partenariat » qui entoure l'AfGHS, ce qui se joue c'est une conditionnalité extractive qui utilise la vulnérabilité sanitaire des États comme levier stratégique. L'aide américaine est structurellement devenue « nakedly transactional »<sup>24</sup> dans un pays comme la Zambie fortement touché par l'épidémie de VIH. En 2025, on dénombrait encore 30 000 nouvelles infections par an et une prévalence de 11 % chez les adultes. Le MOU avec la Zambie prévoyait en effet la suspension du financement en l'absence de conclusion, avant le 1er avril 2026, d'un *bilateral compact* distinct. Bien que ce dernier ne soit pas publiquement détaillé, plusieurs sources indiquent qu'il était lié à une coopération dans le secteur minier, suggérant une articulation étroite entre assistance sanitaire et intérêts économiques américains, sans que cette conditionnalité soit toujours explicitement formulée en termes juridiques directs<sup>25</sup>. À ce jour, le délai imposé pour la signature est désormais dépassé pour Lusaka, et le pays est donc dans une situation de blocage des négociations avec les États-Unis (ni accord signé, ni rupture officielle déclarée). Quant au Zimbabwe, Harare a officiellement, pour l'instant, rejeté l'accord d'aide sanitaire américain. Le cas du Zimbabwe s'inscrit dans une dynamique similaire de prudence vis-à-vis de ces nouveaux instruments de coopération sanitaire, bien que les positions officielles demeurent variables selon les canaux diplomatiques.

## PERSPECTIVES : VERS QUEL ORDRE SANITAIRE MONDIAL ?

Le vide laissé par le retrait de USAID représente à la fois une opportunité et une surcharge pour les autres acteurs de l'aide. Les instruments multilatéraux disponibles sont mobilisables, mais leur capacité à se substituer à l'envergure des financements que l'USAID acheminait reste structurellement limitée. Aucun acteur ne dispose aujourd'hui les volumes financiers, la présence terrain et de l'expertise sectorielle que vingt ans d'investissement américain avaient construits.

C'est précisément pourquoi l'une des réponses la plus durable ne viendra pas d'une substitution externe, mais d'une recomposition interne. L'Agenda de Lusaka, l'Agence africaine des médicaments (AMA) et le Sommet d'Accra sur la souveraineté sanitaire dessinent

<sup>24</sup> Chatham House, « US Pressure on Zambia Shows Western Aid Has Become Nakedly Transactional », mars 2026. Disponible sur : <https://www.chathamhouse.org/2026/03/us-pressure-zambia-shows-western-aid-has-become-nakedly-transactional>

<sup>25</sup> Health GAP, « Zambia's Draft Memorandum of Understanding With the U.S. Government: What Do We Know? », 16 mars 2026. Disponible sur : <https://healthgap.org/zambias-draft-memorandum-of-understanding-with-the-u-s-government-what-do-we-know/>

un horizon stratégique africain qui pourrait sur le (très) long terme transcender la logique des MOUs. Faudrait-il que ces mécanismes s'accompagnent d'une véritable volonté politique et une coordination régionale robuste de la part des États membres de l'Union africaine.

Quatre leviers sont ainsi identifiés : les investissements domestiques (en conformité avec l'Agenda d'Abuja de 2001, qui fixe un objectif de 15 % du budget national à la santé, contre 7 % en moyenne aujourd'hui) ; une protection de la politique industrielle pharmaceutique ; une coopération Sud-Sud renforcée; et enfin des négociations ferme des MOUs comme partenariats réels et non comme directives imposées (une perspective qui n'a malheureusement pas été appliquée par la majorité des pays signataires des MOUs de l'AfGHS).

À présent, trois perspectives peuvent se dégager de l'AfGHS :

- Une perspective d'indépendance stratégique relative et de coopération africaine renforcée où les pays africains mobilisent effectivement 15 % de leur budget en santé. Ce scénario est difficilement réalisable à court et moyen terme pour une majorité d'États, dont les marges budgétaires sont contraintes par des niveaux d'endettement à la limite du soutenable, des économies structurellement dépendantes des exportations de matières premières et des pressions sociales croissantes sur les budgets d'éducation et de protection sociale. La diversité des situations africaines interdit cependant toute généralisation entre le Botswana, capable de pleinement co-investir de son MOU, et le Malawi, qui n'alloue que 3 % de son budget à la santé, c'est moins une tendance continentale que plusieurs trajectoires diverses qui est observée. Néanmoins, dans la perspective de ce premier scénario, la montée en puissance de l'*Africa Centres for Disease Control and Prevention* (Africa CDC), bras sanitaire de l'Union africaine créé en 2017, constitue l'une des réponses institutionnelles les plus structurées, à ce jour, aux recompositions de l'aide internationale en santé. À travers diverses initiatives visant à renforcer le financement et la souveraineté sanitaire du continent, l'institution promeut une approche coordonnée qui contraste avec la logique bilatérale des MOUs. Cette dynamique se heurte toutefois à plusieurs contraintes majeures notamment des ressources financières limitées, une fragmentation persistante entre les États membres, et la multiplication d'accords bilatéraux qui tendent à contourner les mécanismes régionaux. Par ailleurs, dans cette première perspective, les ONG et les organisations de la société civile jouent un rôle majeur que les accords bilatéraux gouvernement à gouvernement tendent précisément à marginaliser. Elles assurent la continuité des services dans les zones que

les systèmes publics n'atteignent pas, portent la voix des populations les plus exposées dans les négociations auxquelles elles ne sont pas conviées, et constituent le principal rempart contre la capture des programmes par des logiques clientélistes. Les populations, quant à elles, ne sont pas de simples bénéficiaires passifs, les recours judiciaires portés par des associations de consommateurs et des parlementaires au Kenya, ou les alertes lancées par des collectifs de patients séropositifs en Ouganda et en Tanzanie face aux ruptures de traitement montrent que la résistance aux conditionnalités de l'AfGHS se construit aussi au niveau citoyen. La légitimité politique dépend *in fine* de la capacité des sociétés à se saisir de ces enjeux comme d'une question de souveraineté, et non seulement de financement.

- Une perspective d'adaptation, dans lequel les MOUs évoluent vers des partenariats plus rééquilibrés sous l'effet de deux types de pression complémentaires. Sur le plan diplomatique, le refus zimbabwéen et les demandes de révision zambiennes démontrent qu'une posture de renégociation est possible, à condition d'une volonté politique suffisante de la part des États-Unis, signalant que la dépendance sanitaire ne saurait constituer un levier de pression illimité. Sur le plan interne, le précédent kényan établit que les sociétés civiles et les institutions judiciaires disposent de leviers également pour contraindre l'exécutif à respecter le droit national. Ces deux niveaux d'action sont interdépendants dessinent une forme d'agentivité de certains pays africains face aux conditionnalités de l'AfGHS. Il convient toutefois de souligner que cette capacité de résistance et de renégociation n'est pas universellement distribuée sur le continent. Le Zimbabwe et la Zambie disposent d'une base de négociation probablement suffisante pour assumer le coût politique d'un refus. Tel n'est pas le cas de nombreux autres pays signataires, marqués par des fragilités institutionnelles profondes, des crises structurelles persistantes ou des économies dont la dépendance à l'aide extérieure rend tout bras de fer existentiellement risqué. Dans sa réalisation, ce scénario est donc sélectif parmi les pays signataires du continent africain. Il n'est envisageable qu'à la condition que les États concernés disposent à la fois d'une stabilité institutionnelle suffisante et d'alternatives crédibles à l'aide américaine, autant de conditions qui restent l'apanage d'une minorité de pays.
- Une perspective de fragmentation, dans lequel chaque pays négocie seul face aux grandes puissances, avec des résultats très inégaux selon ses ressources stratégiques et sa capacité de résistance. Cette orientation semble le plus cohérente à court terme, avec la trajectoire actuelle où les États signataires mobilisent les instruments

bilatéraux et multilatéraux de manière pragmatique, en fonction de leurs intérêts stratégiques, n'hésitant pas à exercer des pressions et à accentuer la conditionnalité de l'aide. Le risque est évidemment celui d'une marginalisation croissante des populations, dont les besoins sanitaires deviennent invisibles dès lors qu'ils ne correspondent pas aux priorités géopolitiques des bailleurs. Les ONG, quant à elles, risquent d'être strictement reléguées au rang de sous-traitants, des bailleurs publics comme privés, perdant ainsi des marges d'influence et d'interpellation qu'elles avaient difficilement conquises au sein de l'architecture mondiale.

## CONCLUSION : VERS UN ORDRE SANITAIRE MONDIAL RECONFIGURÉ ?

*L'America First Global Health Strategy* est à son échelle, l'expression logique d'une recomposition du monde. Le vocabulaire de l'aide s'efface devant la logique d'investissement de manière plus prononcée. La santé devient une composante parmi d'autres d'une compétition géopolitique globale. La « souveraineté sanitaire » promue par Washington risque en réalité de produire l'effet inverse et de fragiliser les systèmes de santé des pays du Sud, au bénéfice des intérêts privés américains.

Cette note s'est concentrée sur les pays africains signataires de l'AfGHS ou les pays ayant officiellement résisté. Il convient toutefois de souligner que la stratégie dépasse largement le seul continent africain. Plusieurs pays d'Amérique centrale notamment le Honduras, le Guatemala, El Salvador, le Panama et la République dominicaine ont signé des MOUs similaires, dans une logique qui articule santé et contrôle migratoire. En Asie, deux premiers accords ont été conclus en avril 2026 avec le Cambodge, pays sous forte influence chinoise en Asie du Sud-Est, et le Tadjikistan, État frontalier de l'Afghanistan et de la Chine, au cœur du corridor stratégique de l'Asie centrale. En réalité, pour les pays dit « des Suds » signataires de la stratégie, l'enjeu n'est plus de choisir entre Washington et Pékin, mais de construire une capacité d'action propre (sanitaire, industrielle, numérique) avant que les ressources dont ils disposent ne soient entièrement intégrées dans des chaînes de valeur qui ne leur profiteront pas.

Ainsi, l'enjeu politique central de restaurer une gouvernance sanitaire mondiale dépolitisée est devenu clairement une utopie que la séquence 2025 a dissipée. Il s'agit aujourd'hui pour les États signataires de protéger les systèmes de santé, tant bien que mal, dans un écosystème

où les rapports de force asymétriques conditionnent désormais l'accès aux soins, la continuité des programmes et, *in fine*, la souveraineté sanitaire.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> *The Lancet Global Health, Protecting global health in the era of the America First Strategy*, février 2026. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(26\)00016-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(26)00016-1/fulltext)

# L'expertise stratégique en toute indépendance



PROGRAMME  
SÉCURITÉ  
HUMAINE



2 bis, rue Mercœur - 75011 PARIS / France

+ 33 (0) 1 53 27 60 60

[contact@iris-france.org](mailto:contact@iris-france.org)

[iris-france.org](http://iris-france.org)



L'IRIS, association reconnue d'utilité publique, est l'un des principaux think tanks français spécialisés sur les questions géopolitiques et stratégiques. Il est le seul à présenter la singularité de regrouper un centre de recherche et un lieu d'enseignement délivrant des diplômes, via son école IRISup', ce modèle contribuant à son attractivité nationale et internationale.

L'IRIS est organisé autour de quatre pôles d'activité : la recherche, la publication, la formation et l'organisation d'évènements.