Faculté des Sciences Economiques et Sociales

Ecole Doctorale Sésam-Laboratoire Clersé

Thèse de Doctorat en

SCIENCES ÉCONOMIQUES

Présentée et soutenue publiquement par

Mamadou I BARRY

le 7 mars 2012

L'AIDE À LA SANTÉ : MOBILISATION ET COORDINATION
UNE ANALYSE ÉCONOMIQUE

Membres de jury :

M. Bruno BOIDIN, Maître de conférences, Université Lille1, directeur de thèse.

M. François-Régis MAHIEU, Professeur émérite, Université de Versailles.

M. Jean-Jacques FRIBOULET, Professeur, Université de Fribourg, rapporteur.

M^{me} Maryse GADREAU, Professeur émérite, Université de Bourgogne, rapporteur.

M. Nicolas VANEECLOO, Professeur, Université Lille1.

© 2012 Tous droits réservés.

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

Faculté des Sciences Economiques et Sociales

Ecole Doctorale Sésam-Laboratoire Clersé

Thèse de Doctorat en

SCIENCES ÉCONOMIQUES

Présentée et soutenue publiquement par

Mamadou I BARRY

le 7 mars 2012

L'AIDE À LA SANTÉ : MOBILISATION ET COORDINATION
UNE ANALYSE ÉCONOMIQUE

Membres de jury :

M. Bruno BOIDIN, Maître de conférences, Université Lille1, directeur de thèse.

M. François-Régis MAHIEU, Professeur émérite, Université de Versailles.

M. Jean-Jacques FRIBOULET, Professeur, Université de Fribourg, rapporteur.

M^{me} Maryse GADREAU, Professeur émérite, Université de Bourgogne, rapporteur.

M. Nicolas VANEECLOO, Professeur, Université Lille1.

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

À ma mère, Hadja Fatoumata Binta Diallo

Aux victimes du massacre du 28 septembre 2009 à Conakry

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Remerciements

C'est bien sûr avec un sentiment mêlé de soulagement et de satisfaction que j'achève ce long travail, à la fois captivant et douloureux. Il s'accompagne du sentiment d'avoir profité d'une expérience très enrichissante, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel. Ces années passées au Clersé ont été et resteront une expérience unique, riche en rencontres inoubliables et en enseignements.

Je tiens avant tout à exprimer ma reconnaissance envers Bruno Boidin qui a dirigé mes travaux de thèse au cours de ces années. Je tiens particulièrement à le remercier pour m'avoir guidé, fait aimer la recherche et apporté son soutien intellectuel, mais aussi pour sa faculté à m'avoir redonné la force de persévérer dans les moments difficiles (son sourire et son goût pour l'ironie y sont probablement pour quelque chose !). Son œil critique m'a été également très précieux pour structurer ce travail.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble du corps enseignant de la faculté des Sciences Économiques et Sociales et du Clersé, notamment Nicolas Vanneecloo avec qui j'ai beaucoup appris depuis le Master 1, Benoit Lalau et Abdelkader Djeflat pour leurs remarques constructives lors de mes différentes présentations en séminaire, Sandrine Rousseau, Jean-Jacques Nowak et Philippe Rollet pour l'attention qu'ils ont toujours accordé à la progression de mon travail. Mais, je n'oublie pas le personnel non enseignant de la faculté et du laboratoire (secrétaires, informaticiens et autres techniciens), et du centre de documentation, notamment sa directrice Sandrine Maës. Un grand merci à Karine Jasiak de la Maison de l'étudiant pour sa gentillesse, son soutien et sa disponibilité.

Je tiens ensuite à remercier les membres du jury François-Régis Mahieu, Jean-Jacques Friboulet, Maryse Gadreau, Nicolas Vaneecloo pour avoir accepté de participer à l'évaluation de cette thèse. Je suis à la fois heureux et honoré de présenter mon travail devant un tel jury.

Je souhaite également exprimer tout le plaisir que j'ai eu à passer ces années en compagnie de collègues et amis aussi remarquables qu'adorables. Je veux parler de Aude, Benjamin, Benoît, Clément du 13, Clément du 19, Clothilde, Irène, Jamila, Jean, Kamel, Katia, Louise, Olivia, Sonia, Thomas du 13, … et bien d'autres ! Ces années n'auraient sans doute pas été aussi agréables sans la sympathie et la disponibilité de ces collègues et amis. J'aimerais te dire, Hélène, ô combien j'ai apprécié ton amitié et été heureux d'être le parrain de Ferdinand. Amoureux des espaces politiques et syndicaux, étudiants militants à leurs heures, partenaires de soirées arrosées et/ou culturelles, et des

© 2012 Tous droits réservés.

nombreuses excursions, Aurélien, Estelle, Fabien, Fred, Gaëtan, Jordan, Marion, Mathilde, Rabih, Suzy, Sylvain, Thomas, Vincent ce fut un plaisir ! Merci pour tous ces beaux moments partagés au bureau et dans la vie, tous ces moments de franche rigolade. Merci encore Mathilde pour ta présence et ton amitié. Désolé de t'avoir fait parfois subir ma mauvaise humeur. Agréables et vivifiantes furent aussi mes interminables discussions avec des amis doctorants venus comme moi des pays du Sud. Je pense à Abdel, Amrani, Elvire, Maoulana et Rabeh. Pendant toutes ces années de thèse a régné, dans les couloirs et bureaux du SH1, une ambiance chaleureuse où il était agréable de travailler.

J'exprime encore ma gratitude à tous ces collègue-citoyens qui m'ont élu Président à vie de «Virtual-Country ». Mon origine africaine y est probablement pour quelque chose! Je tiens toutefois à préciser aux opposants des régimes « très stables » que cette élection est une marque d'affection à mon endroit à laquelle je ne renoncerai pour rien au monde. Une intervention militaire n'y changerait rien !

Sortons des frontières du laboratoire et surtout changeons de climat, pour remercier chaleureusement (ils en ont besoin !) Mamadou Sall de Ch'ti Teranga, Aida Seck de l'Agence pour la Valorisation de l'Énergie Renouvelable au Sénégal (AVERS), Awa Gueye de l'Association pour la mise en Valeur des Initiatives de la Diaspora (AVID), Roland Diagne du Collectif des Sans Papiers (CSP), Armand Nwatsock du Collectif Afrique (CA) et Kleber Wandji de l'Initiatives pour le Développement Économique en Afrique (IDEAL). Survolons la France vers le Sud, plus exactement vers l'île de beauté (à la recherche de chaleur !) pour saluer Jean Luc Sauge. Merci à vous tous pour m'avoir permis de me sentir en famille à Lille.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes proches pour leur patience et leur soutien. J'espère que cette thèse vaut les sacrifices consentis et les peines endurées. Je me souviendrai toujours de mon père disant, lorsque je venais à Lille pour poursuivre des études en Licence, la gorge serrée, « *c'est une grande chance qui s'offre à toi, il faut faire tout pour réussir tes études, c'est la raison de ton voyage ; mais n'oublie pas d'aider la famille à chaque fois que tu peux, la famille c'est important* ». J'exprime ma profonde reconnaissance à Mariama, ma seconde Néné. Sans ta présence, tout cela aurait été plus difficile à vivre. À travers ma mère, je dédie cette thèse à toute la famille et aux nombreuses victimes, souvent féminines, du massacre du 28 septembre 2009.

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Sommaire

Introduction générale 15

1. Le constat : une remise en cause et une dispersion de l'aide 17

2. Problématique et démarche 25

3. Plan…….33

1ère partie : Fondements théoriques et méthodologiques de l'analyse..... 39

Chapitre 1 : Les fondements théoriques 40

1. Les limites de la théorie des jeux, de la théorie des clubs et de la nouvelle économie institutionnelle 41

1.1. Théorie des jeux 42

1.2. Théorie des clubs.....46

1.3. Les institutionnalismes en économie et leurs implications pour notre objet.....53

2. Cadre d'analyse : un institutionnalisme centré sur les acteurs 63

2.1. Une vue d'ensemble du cadre d'analyse 65

2.2. Les éléments du cadre d'analyse et leurs articulations 67

3. Les éléments clés pour l'étude de la décision des politiques d'aide au développement 76

3.1. De la rationalité substantive à la rationalité procédurale 76

3.2. Origine et rôle des images politiques et lieux politiques.....79

3.3. L'ambiguïté comme outil de délibération 84

Chapitre 2 : Méthodologie..... 88

1. Démarche et matériaux 89

1.1. Une approche historico-analytique des politiques et des discours sur l'aide 91

1.2. Exploitation de la base de données de l'OCDE 91

1.3. Les entretiens.....92

1.4. Exploitation des rapports d'évaluation sur l'évolution de la coordination des donateurs 92

1.5. Etude de cas : la question du processus de délibération conduisant à la coordination 93

2. Un ciblage spécifique sur les entretiens 94

2.1. Les organisations rencontrées.....94

1.2. La grille d'entretien 97

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

2.3. Le déroulement des entretiens 99

2ème Partie : L'aide à la santé des années 1960 aux années 1990 : une succession d'images politiques 103

Chapitre 3 : Des années 1960 aux années 1970 : du biomédical aux besoins humains.... 104

1. Les images politiques de l'aide à la santé..... 105

1.1. D'une vision biomédicale dans les années 1960… 105

1.2. … à une approche par les besoins humains dans les années 1970 112

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : une composition inchangée et une transformation du rôle de l'État..... 121

3. L'impact des images politiques..... 124

Chapitre 4 : Des années 1980 aux années 1990 : de la santé comme un bien public à la santé comme levier de développement 129

1. Les images de l'aide à la santé des années 1980 aux années 1990 130

1.1. Les années 1980 : le passage d'un service public à un bien public 130

1.2. Les années 1990 : la santé comme levier du développement.....138

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : un élargissement qui s'accompagne d'une transformation du rôle de l'État..... 142

3. L'impact des images politiques..... 145

3ème Partie : L'aide à la santé à partir de la fin des années 1990 : une pluralité d'images politiques..... 153

Chapitre 5 : Les images et les lieux politiques depuis la fin des années 1990..... 154

1. Les images politiques : sécurité et développement durable 155

1.1. La mondialisation et les « risques globaux » : la question de la sécurité.....155

1. 2. L'agenda du développement socialement durable 165

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : les partenariats public-privés dans leur diversité..... 170

*2.1. Les partenariats public-privés : quels fondements théoriques et institutionnels ?*171

2.2. Les partenariats public-privés dans le domaine de la santé : quelle réalité ? 186

3. L'impact de la pluralité des images politiques sur la mobilisation de l'aide..... 192

3.1. Une diversité mobilisatrice….....192

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

3.2. Une mobilisation de l'aide permise par un mécanisme de délibération adapté 201
Chapitre 6 : L'impact de la coexistence des images politiques : une étude empirique ... 214
1. Les grandes tendances statistiques de l'aide pour la santé 215
1.1. Les trois catégories de l'aide à la santé.....215
1.2. La santé dans les flux d'aide au développement.....216
1.3. Les principaux donateurs 221
2. Le poids des différentes images politiques de l'aide à la santé 229
2.1. L'évolution de la composition des flux d'aide à la santé : un changement de priorité 230
2.2. Un nouveau régime ? Une étude économétrique.....233

4ème Partie : Une meilleure coordination est-elle possible ? 251
Chapitre 7 : Une coordination insatisfaisante 252
1. L'état de la coordination entre les organisations intergouvernementales..... 254
1.1. L'agenda de la coordination.....254
1.2. Les conséquences de l'absence de coordination sur l'efficacité de l'aide.....257
1.3. Evolution de la coordination institutionnelle 261
2. L'évaluation de la coordination sur la base des critères de la Déclaration de Paris 271
2.1. La dispersion de l'aide au tournant des années 2000.....272
2.2. Évolution récente de la coordination au regard des indicateurs de mise œuvre de la déclaration de Paris **..... 276**
Chapitre 8 : Une étude de cas : la coordination pour lutter contre le paludisme..... 293
1. Roll Back Malaria Partnership : genèse et objectifs..... 295
1.1. Genèse.....295
1.2. Objectifs.....299
2. Evaluation de l'atteinte des objectifs..... 301
2.1. Une mobilisation réussie.....301
2.2. Une coordination globale qui laisse à désirer.....304
3. L'origine des échecs de RBM en matière d'élaboration de plans d'action stratégique 314
3.1. Analyse théorique : le plan d'action stratégique, un contrat transactionnel et/ou relationnel ?.....315

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3.2. Un plan d'action stratégique remis en cause par la diversité des images politiques.....321

Chapitre 9 : La coordination de l'aide : un objectif aux présupposés contestables 333

1. Le constat des donateurs autour de l'inefficacité de l'aide 335

1.1. Une diversité de motivations stratégiques néfaste 335

1.2. Une coordination nécessaire 337

2. À la recherche d'un modèle « optimal » : les principaux modèles d'allocation internationale de l'aide et leurs implications pour l'aide à la santé 339

2.1. Le modèle de Collier et Dollar (2000, 2001) et ses prolongements.....340

2.2. Le modèle de Guillaumont et Chauvet (2001) : l'influence de la vulnérabilité sur l'efficacité de l'aide 347

2.3. Le modèle de Cogneau et Naudet (2004) : une allocation en termes d'égalité de chance.....350

3. Une coordination impossible 355

3.1. L'agenda actuel de coordination, en se focalisant sur les motivations stratégiques, ignore des freins importants à la coordination.....355

3.2. L'adoption d'un seul objectif par l'ensemble des donateurs est impossible.....358

Conclusion générale 362

Bibliographie 375

Table des matières 428

Liste des tableaux 434

Liste des figures 434

Liste des graphiques 434

Liste des encadrés 435

Annexes 437

Résumé 480

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Abréviations

AID (IDA)	Association Internationale de Développement
AIM	(African Initiative on Malaria) Initiative africaine sur le paludisme
APD	Aide Publique au Développement
AVCI	Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité
BAsD	Banque Asiatique de Développement
BAfD	Banque Africaine de Développement
BPM	Bien Public Mondial
CAD	Comité d'Aide au Développement
CEDEAO	La Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
DSD	Développement Socialement Durable
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
Fonds mondial (FMSTP)	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAVI	L'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GBC	(Global Business Coalition) Coalition mondiale des entreprises pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.
GMAP	(Global Malaria Action Plan) Plan d'action mondial contre le paludisme
IB	Initiative de Bamako
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PED	Pays En Développement
PEPFAR	(President's Emergency Plan for AIDS Relief) Plan d'aide d'urgence du président américain à la lutte contre le sida
PMI	(President's Malaria Initiative) Initiative du Président américain contre le paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat public privé
RBM	Partenariat Roll Back Malaria (faire reculer le paludisme)
RSE	Responsabilité sociale de l'entreprise
SADC	(Southern African Development Community) Communauté de développement d'Afrique australe
SSP	Soins de Santé Primaire
SWAPS	(Sector-Wide Approaches) Approches par secteurs
UNICEF	(United Nations of International Children's Emergency Fund) Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
TPP	Théorie des Parties Prenantes
UE	Unions Européenne
UNITAID	Organisation affiliée aux Nations Unies qui a pour mission de contribuer à l'extension de l'accès au traitement pour le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

USAID	(United States Agency for International Development) Agence américaine pour le développement international

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Introduction générale

En matière d'efficacité de l'aide au développement, le 20ème siècle s'est achevé sur des résultats décevants attribués en partie au manque de coopération entre acteurs publics et privés. En conséquence, le 21ème siècle commence par un « mariage de raison » entre acteurs publics et acteurs privés présenté par les institutions internationales comme le moyen pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement. Plus particulièrement, cette innovation institutionnelle – les partenariats public-privés- va susciter beaucoup d'espoir en matière de mobilisation et de coordination.

Les fondements de ces partenariats sont multiples et plusieurs motivations sont avancées par les leaders d'opinions mondiaux et les praticiens de l'aide. À titre d'exemples :

- « *Assurer la prospérité matérielle, qui est du ressort du secteur privé, et assurer la sécurité humaine au sens le plus large, la finalité principale de l'ONU, sont deux objectifs qui se renforcent mutuellement. Des marchés florissants et la sécurité des populations vont de pair. Un monde où dominent la faim, la pauvreté et l'injustice est un monde où les marchés, la paix et la liberté ne pourront jamais prendre racine*. » (Kofi Annan[1], 2000). Il y a donc une recherche de synergie entre acteurs dont les rôles sont définis selon une approche de l'économie qui donne aux acteurs étatiques le rôle de sécurité (que ce soit au sens étroit ou large du terme) et aux acteurs privés celui de création des richesses, donc de satisfaction des besoins matériels.

- « *Nous devons entrer dans une ère d'intérêt éclairé, où les objectifs de développement dans l'intérêt de tous ne soient pas considérés comme distincts des objectifs économiques, mais comme des objectifs essentiels pour la croissance économique.* » (Carly Fiorina, 2005).[2] Dans cet extrait, ce sont les frontières entre intérêts collectifs et intérêts individuels qui sont remises en cause. L'idée est que la croissance, qui pourrait résulter de ces partenariats, est le seul « intérêt éclairé » de ce monde globalisé, donc l'objectif principal à poursuivre.

[1] Kofi Annan, secrétaire général des Nations Unies en 2000 lors de la signature du *Global Compact*.
[2] Carly Fiorina a été PDG de *Hewlett-Packard* Company entre 1999 et 2005. Citation tirée de *InfoResources Focus No 1 / 05*, « Le développement rural grâce au Partenariat Public-Privé (PPP)? »

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- *« Nous sommes entrés dans l'ère de gel des processus multilatéraux. Les stratégies régulatrices des gouvernements s'avèrent déficientes. Aujourd'hui, les ONG se tournent vers les forces du marché comme catalyseurs du changement.* » (Claude Martin, 2005).[3] La motivation avancée ici renvoie aux échecs en matière de développement du régime bilatéral et multilatéral. Ainsi, la société civile qui, traditionnellement, accordait sa confiance aux acteurs étatiques pour améliorer le sort des plus pauvres de la planète, croirait maintenant plus à l'action des acteurs privés.

Ces trois citations montrent bien les raisons ou attentes fondatrices des partenariats. Pour ce qui est de la faisabilité de ces partenariats, le marché fournirait, par analogie, la preuve que cela pourrait fonctionner puisque, selon Hartmann (2004, p. 28)[4], « *toute coopération fructueuse repose sur la reconnaissance mutuelle des objectifs différents, mais légitimes d'autrui, que les partenaires valorisent dans l'interaction. Il en va de même pour les partenariats entre l'État et l'économie privée dans le domaine de la coopération au développement. Dans le secteur privé, ce sont par la force des choses des intérêts particuliers qui priment ; il s'agit en fin de compte du succès de l'entreprise. La coopération publique au développement par contre vise une perspective globale et se focalise sur la durabilité de son action aux niveaux social, économique et écologique. Ces deux priorités ne sont pas contradictoires ; bien au contraire, elles peuvent se compléter utilement*[5] ». Voici une justification synthétique de cette idée de partenariats apparue au tournant des années 2000 pour mobiliser et améliorer l'efficacité de l'aide et devenue aujourd'hui dominante.

Notre travail, dans une approche critique, essayera de montrer que cette idée de développement des partenariats ne conduit pas à la réalisation de l'objectif qu'elle même s'est fixé, c'est-à-dire une amélioration de l'efficacité de l'aide à travers l'utilisation des meilleurs moyens disponibles et une articulation accrue des activités d'aide (coordination). En conséquence le projet de coordination « efficace » (optimale) de l'aide pourra être interprété comme une fausse bonne idée puisque « l'intention » ne conduit pas au résultat souhaité. Or, *« il n'y a rien de plus trompeur que la bonne intention, car elle donne l'illusion d'être le bien lui-même*» (Bove 1935, p. 105). La « *bonne intention* » risque donc de nous éloigner du véritable

[3] Claude Martin, directeur exécutif de l'ONG WWF entre 1993 et 2005. Citation tirée de *InfoResources Focus No 1 / 05, «* Le développement rural grâce au Partenariat Public-Privé (PPP)? ».
[4] Jörg Hartmann, directeur du bureau GTZ pour la coopération avec le secteur privé, Akzente 3/2004, p.28
[5] Il n'est pas dit ici que les priorités se complètent, mais qu'elles peuvent se compléter. Nous verrons plus loin que la condition de cette complémentarité est un comportement « raisonnable » de la part des acteurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

objectif qu'est l'amélioration de l'efficacité de l'aide au développement en général et celle de la santé en particulier.

Nous présentons maintenant successivement le point de départ, la problématique et enfin le plan de la thèse. Ce plan présentera notamment notre méthodologie qui combine plusieurs approches.

1. Le constat : une remise en cause et une dispersion de l'aide

Aujourd'hui, l'aide publique au développement (APD) se trouve sous le feu de la critique. Elle est accusée d'être peu efficace, de constituer une source de gaspillage d'argent du contribuable et d'empêcher les pays aidés de s'approprier leur destin. Plusieurs auteurs ont tenté récemment de souligner à quel point l'aide peut avoir des effets néfastes, agissant comme un frein au développement des pays destinataires (Monga, 2009; Moyo, 2009; Nwokeabia, 2009; Tandon, 2008; Eaterly, 2002 et 2006; Sogge 2003). Ces critiques ne sont pas restées sans réactions. Ainsi, Severino et Debras (2010), Michailof et Bonnel (2010), Severino (2009), Sachs (2004), Stiglitz (2002) ou encore Nicholas Stern (2002), ont soutenu que, en dépit de certains échecs, l'aide a contribué à la réduction de la pauvreté et à la croissance dans certains pays et que, en son absence, d'autres pays auraient obtenu des résultats encore pires. Plusieurs autres spécialistes de l'aide au développement soulignent que si ces critiques interpellent, elles sont avant tout une mise à jour de difficultés déjà mises en exergue depuis plusieurs décennies. Selon certains auteurs, le renouvellement de cette critique radicale passionnerait surtout parce qu'elle émane cette fois-ci d'intellectuels africains (Carbonnier, 2010). Pour ce dernier, si le ton et l'origine des auteurs changent, les critiques ne disent rien de fondamentalement nouveau. Les termes du débat n'auraient donc que peu changé depuis un demi-siècle.[6] Pourtant, à y regarder de près, des nouveaux éléments sont apparus au tournant des années 2000. **Des travaux soulignant l'inefficacité de l'aide, nous sommes passés à des travaux qui se proposent d'identifier les conditions d'une efficacité de l'aide :** d'abord, les conditions que doivent remplir les bénéficiaires pour une meilleure efficacité de l'aide à travers des travaux comme ceux de Dalgaard et *al.* (2004), Gomanee et *al*. (2003), Collier et Dollar (2002), Chauvet et Guillaumont (2002), Collier et Hoeffler (2002), Collier et Dehn (2001), Burnside et Dollar (2000), Dalgaard et

[6] En effet, dès les années 1960, l'aide au développement est remise en cause par divers courants de pensée. Milton Friedman (1958) et d'autres économistes affirmaient déjà que l'aide avait contribué à l'expansion de la bureaucratie étatique, avait perpétué la mauvaise gouvernance, avait enrichi l'élite des pays pauvres, ou avait tout simplement été gaspillée. C'est pourquoi certains auteurs comme Kanbur (2005) considèrent qu'il faut sortir de ce débat -*pour ou contre l'aide*- pour s'interroger sur les conditions d'une aide efficace.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

al.(2000) et Burnside et Dollar (1998). Ensuite, les conditions que doivent remplir les donateurs pour améliorer l'efficacité de leurs actions avec les travaux comme ceux de Bigsten (2006), Knack et Rahman (2004) et Bräutigam et Knack (2004). **Ces analyses qui portent sur les conditions que doivent remplir les donateurs vont être dominées par la problématique de la coordination des activités d'aide.**[7] Elles soulignent en particulier le fait que « *le nombre croissant d'acteurs étatiques et non étatiques constituaient un véritable système dans lequel le temps de gestion des relations entre ces acteurs était primordial, au détriment de l'objet de l'aide, à savoir les populations* » (Gabas, 2002a, p.89).

C'est cette problématique de coordination, plus exactement de sa faisabilité, qui est au cœur de cette thèse. Plusieurs travaux, nouveaux et anciens (Bauer, 1971 ; Kambur, 2003 ; Knack et Rahman, 2004 ; Bräutigam et Knack, 2004 ; Bigsten, 2006, Roodman 2006), ont montré qu'il existe un lien indéniable entre la dispersion des activités d'aide des donateurs et l'inefficacité de l'aide en se basant sur les coûts de transaction[8] et les mauvaises incitations suscités chez les bénéficiaires et au niveau des agences d'aide au développement. La dispersion réduirait donc, par l'intermédiaire des coûts de transaction et des mauvaises incitations, l'efficacité de l'aide. Il faut entendre ici par dispersion l'éparpillement et surtout la non articulation des activités d'aide (manque de synergie ou de cohérence entre des projets) générant des doublons ou multipliant les coûts fixes. En conséquence, nous avons assisté vers la fin des années 1990 à une injonction pour une plus grande coordination afin de diminuer les coûts de transaction, mais aussi pour que soit sélectionnés des instruments dits « optimaux» dans la mise en œuvre des politiques d'aide.[9] Cette injonction s'est traduite par des engagements successifs des donateurs bilatéraux (la signature par les donateurs de la déclaration de Rome en 2003, de la déclaration de Paris en 2005 ou encore du programme d'action d'Accra en 2008) et par la

[7] Du côté des pays bénéficiaires, le débat va être dominé par les questions de la « bonne gouvernance » et de l'appropriation.

[8] Comme Brown et *al*. (2000), nous définissons les coûts de transaction comme ceux naissant de la préparation, la négociation, la surveillance et l'application des accords de fourniture d'aide au développement.

[9] A titre d'exemple, ceux qui présentent la santé comme un bien public supposent que le partenariat public-privé est un moyen pour une combinaison optimale des inputs. Cela apparaît clairement dans la charte de Bangkok de 2005. La Charte de Bangkok, adoptée le 11 août 2005 lors de la sixième conférence sur la promotion de la santé, donne une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclamant une cohérence politique, des investissements et la formation de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements fondamentaux. Il s'agit notamment de veiller à ce que la promotion de la santé occupe une place centrale dans le développement mondial, qu'elle fasse partie des responsabilités essentielles des gouvernements et des bonnes pratiques des entreprises, et qu'elle soit l'un des centres d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile. Pour plus d'information voir sur le site de l'OMS : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/index.html (consulté le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

multiplication des partenariats public-privés. Ces déclarations et partenariats sont fondés sur l'idée que la coordination des donateurs est un levier majeur pour améliorer l'efficacité de l'aide.

En 2009, les représentants du Groupe de travail de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé déclaraient, lors d'une réunion de consultation avec les acteurs de la société civile à Londres, qu'il faut : « *Plus d'argent pour la santé, et 'plus de santé pour l'argent'*

... pour atteindre les OMD de la santé,

... pour sauver la vie de millions des femmes et des enfants, et

... pour aider les bébés nés dans les milieux à faible revenu à commencer la vie avec plus de sécurité »[10] (p. 1).

L'expression « *plus de santé pour l'argent* » est définie dans ce rapport comme suit : « ***rendre l'allocation des fonds existants et additionnels dans les pays plus efficace, en comblant les lacunes des stratégies nationales de santé chiffrées et acceptées*** »[11] (p. 21). Les donateurs semblent souhaiter et donc poursuivre une coordination reposant sur des politiques, élaborées de façon concertée, plus efficaces. Plus récemment, et toujours sur le plan institutionnel, la 18ème conférence internationale sur le SIDA intitulée « *Rights Here, Right Now* » qui s'est tenue à Vienne du 18 au 23 juillet 2010 montre, à travers les différents discours d'ouverture, que la dispersion des activités d'aide est une préoccupation importante. L'ex-président américain Bill Clinton et le milliardaire philanthrope Bill Gates vont plaider tous les deux pour une utilisation plus efficace des fonds mobilisés qui passerait par une réduction des coûts de l'aide. Pour Clinton, « ***dans beaucoup trop de pays, beaucoup trop d'argent va à trop de gens qui vont à trop de réunions, qui prennent trop d'avions pour faire trop d'assistance technique*** »[12]. Bill Gates, quant à lui, insistera sur « *l'optimisation* » des fonds existants en

[10] Traduction pour « *More money for health, and 'more health for the money'*
...to achieve the health MDGs,
...to save the lives of millions of women and children, and
...to help babies in low-income settings have a safer start to life ». Extrait du rapport du groupe de travail sur le financement innovant disponible en ligne sur le site d'*International Health Partnership :* www.international**health**partnership.net/.../Final%20Taskforce%20Report.pdf

[11] Traduction pour « *make allocation of existing and additional funds in countries more efficient, by filling gaps in costed and agreed national health strategies* ». Extrait du rapport du groupe de travail sur le financement innovant disponible en ligne sur le site d'*International Health Partnership :* www.international**health**partnership.net/.../Final%20Taskforce%20Report.pdf

[12] Pour reprendre les termes de Clinton : « *Nous devons diminuer le coût de l'aide* », L'ancien président des Etats-Unis a insisté sur la nécessité d'un changement de stratégie pour le financement de la lutte contre le sida**.** Au lieu de financer des institutions internationales, Bill Clinton conseille de soutenir « *directement* » les plans nationaux de santé des pays en développement**,** en s'appuyant sur des « *collectivités et organisations locales* ». Bill Clinton estime également que « *Nous devons aussi convaincre les gouvernements d'Afrique et d'ailleurs d'investir dans leur propre système de santé…* ». Extrait tiré du journal l'express et consultable en ligne sur

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

soulignant que « s*i nous* [les donateurs] *continuons à dépenser nos ressources exactement comme aujourd'hui, notre capacité à traiter tous les malades va diminuer* ».[13] Les forums de haut niveau sur l'efficacité de l'aide de Paris[14] en 2005, d'Accra en 2008 et de Busan en 2011 s'inscrivent dans cette perspective. En effet, ces forums ont fait de la coordination des acteurs de l'aide un mécanisme nécessaire à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les donateurs présents à Paris en 2005 s'étaient engagés à la **« *suppression des doubles emplois dans les efforts des donneurs et* (à la) *rationalisation de leurs activités pour en optimiser la rentabilité* ».**[15] Comme pour rappeler la responsabilité des donateurs, le point vingt cinq de la déclaration de Busan (2011) souligne « ***qu'il incombe aux fournisseurs d'assistance pour le développement de réduire la fragmentation et de contenir la prolifération des canaux de l'aide*** ».

La dispersion des activités d'aide semble avoir été particulièrement problématique durant les années 1990 dans le secteur de la santé. Par exemple dans le domaine du paludisme, selon la Banque mondiale (2001), deux raisons déterminantes expliquent la persistance de son caractère endémique dans les années 1990. La première relève de la détérioration des systèmes sanitaires et de surveillance épidémiologique dans les pays en développement. Ces pays n'auraient pas reçu les moyens techniques et financiers suffisants pour faire face à ce fléau. La deuxième, qui donne une responsabilité importante aux donateurs, est **que des actions internationales non coordonnées ont abouti à du gaspillage de maigres ressources.** En effet, la prolifération de projets ayant chacun leurs objectifs et leurs procédures monopolise une part considérable des maigres ressources humaines des administrations locales et conduit à une mise en œuvre qui échappe à tout cadre d'action cohérent. En guise d'exemple « *de 2000 à 2002, l'administration tanzanienne a dû gérer 1.300 projets impliquant 1.000 réunions par an avec les bailleurs, ainsi que la rédaction de 2.400 rapports par trimestre ! Au point que le gouvernement a fini par imposer des « vacances de missions » de quatre mois durant lesquelles aucune visite de donateurs n'a été acceptée, de manière à ce que les*

http://www.lexpress.fr/actualites/1/sida-bill-clinton-et-bill-gates-entrent-dans-le-debat-sur-les-fonds_907067.html (consulté le 30 novembre 2010).

[13] Précisons, toutefois, que la santé est multi-déterminée. Elle n'est pas, loin s'en faut, seulement influencée par l'aide à la santé.

[14] Les forums de haut niveau sur l'efficacité des l'aide sont des sommets mondiaux qui réunissent des chefs d'Etat ; des Ministres ; des représentants des pays en développement et des pays développés ; des responsables d'institutions multilatérales et bilatérales ; des représentants de la société civile, du monde privé, des parlementaires ; etc. L'objectif de ces forums est l'établissement de programmes de développement sur la base d'objectifs communs et de principes partagés. Ces sommets s'inscrivent donc eux-mêmes dans une démarche de coordination.

[15] Les termes entre les parenthèses ont été ajoutés par l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

fonctionnaires tanzaniens puissent enfin se concentrer sur la mise en œuvre des politiques de développement [16]» (Polet et Zacharie, 2008). En effet, un projet (pour ne pas dire plusieurs centaines au niveau d'un pays de taille intermédiaire) coûte aussi en temps de travail, en réunions et visites, en arbitrages au sein de l'administration concernée (Mahieu, 1994). Mahieu (1994, p.857-858) souligne par ailleurs qu' « *un projet type (PNUD par exemple) comporte deux tiers de frais exogènes : rémunérations des consultants internationaux, frais de mission ; le reste sera constitué de matériel informatique et de frais courants (voitures chauffeurs et divers bénéficiaires du projet). La formation professionnelle, seul facteur de croissance endogène, représente 1 % du projet...* ». Au niveau global, le nombre de projets aurait triplé entre 1995 et 2003 (Roodman, 2006).[17] Ces différents éléments permettent d'appréhender clairement comment l'efficacité de l'aide est réduite par un système d'aide aux actions non coordonnées. Dès 1997, dans son rapport annuel, l'OMS considère que des mesures d'incitation doivent être proposées pour amener les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement et du secteur privé à collaborer pour accroître la mobilisation des ressources en faveur de la promotion de la santé et de la coordination des actions.[18] Dans sa charte de promotion des soins de santé primaire de 2005 (Charte de Bangkok), l'OMS indique que tout progrès passe par l'établissement de partenariats et d'alliances entre le secteur public (États et organisations intergouvernementales-OIG-) et le secteur privé (les organisations non gouvernementales, entreprises et autres associations) afin de mettre en place des actions durables. La coordination est donc envisagée, dans ce diagnostic, comme une solution aux problèmes de mobilisation et de dispersion.

Ce schéma « idéal » de l'aide au développement dans le cadre duquel la coordination des donateurs devient un pilier essentiel est apparu dans un paysage marqué par une volonté de mobilisation qui s'est accompagnée d'une augmentation constante et d'une diversification des acteurs.[19] Il devient donc envisageable que, loin de rendre plus facile une coordination efficace,

[16] Article tiré du Centre tricontinental (CETRI) et est consultable en ligne sur http://www.cetri.be/spip.php?article815&lang=fr (dernière consultation 30 novembre 2010).
[17] Pour une telle évaluation, l'auteur s'est basé sur le nombre de projets répertoriés dans la base de données de l'OCDE (système de notification des pays créanciers).Le nombre de projets répertoriés est passé de 10 327 à 27 876 (p. 7).
[18] C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles le secteur de la santé est le secteur par excellence des partenariats-publics-privés qu'il faut voir comme des lieux de coordination. Elle en compte aujourd'hui près d'une centaine.
[19] Le nombre de donateurs auxquels le pays bénéficiaire doit faire face a augmenté rapidement au cours des 30 dernières années. Il y a maintenant 27 donateurs bilatéraux et beaucoup plus d'ONG internationales, la plupart traitant de très faibles montants d'aide. Voir Archarya, de Lima et Moore (2004).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

cette diversification des acteurs[20] est une des raisons de la dispersion des activités. Il faut comprendre par coordination efficace, une coordination réductrice de la dispersion de l'aide. Elle passerait, au regard des travaux de la commission Pearson (1969), de Buse et Walt (2000a et 2000b), Aubert et Patry (2003) et Ulbert (2008), par l'adoption de procédures uniques, la définition précise du rôle de chaque acteur, l'adoption d'objectifs limités avec les différentes phases de mise en œuvre afin qu'il soit possible à tout instant de vérifier si l'on est sur la bonne trajectoire pour atteindre les objectifs. Il s'agit d'un type de coordination qui se traduirait par une réduction de la dispersion à travers une articulation « optimale » des activités d'aide à la santé.

Mais peut-on étudier la coordination en amont des donateurs sans l'alignement[21], pilier majeur de la *Déclaration de Paris,* avec lequel elle a une relation synergique ? Bien qu'éclipsée par les travaux sur la qualité de la gouvernance dans les pays en développement (Collier et Dollar, 1998 ; Stiglitz, 1998 ; Cartier-Bresson, 2000 ; Whitfield, 2008 ; …)[22], la responsabilité première des donateurs quant à l'efficacité est largement partagée. Collier et Dollar soulignent, par exemple, dans le rapport sur le développement dans le monde 1999-2000 que « *si la contribution de l'aide à la croissance dépend de l'action des autorités des pays en développement, son efficacité dans la lutte contre la pauvreté dépend de l'action des donateurs. En effet, ce sont eux et non les gouvernements des pays bénéficiaires, qui décident des bénéficiaires* » (cité par Gabas, 2002a, p. 71).[23] Or, les principes d'alignement et d'appropriation ne semblent pas avoir modifié fondamentalement le « rapport de force » entre donateurs et bénéficiaires. En effet, les priorités des pays bénéficiaires sur lesquelles doivent s'aligner les donateurs sont définies de façon concertée par des acteurs assez variés (État bénéficiaire, ONG-locales et internationales-, société civile, professionnels de santé-privés et publics-, bailleurs principaux…). Parmi ces acteurs figurent donc les donateurs à travers des ONG du Nord et des appuis, qualifiés de techniques, des États du Nord et des institutions financières internationales. Une telle configuration, si elle ouvre des perspectives de négociations, ne laisse pas une liberté totale aux bénéficiaires. Par ailleurs, la pluralité des valeurs et orientations[24] pose le même

[20] L'augmentation des acteurs, bien que dispersés, est aussi une manifestation de la mobilisation.
[21] Le principe d'alignement implique que les donateurs alignent leur aide sur les priorités des pays bénéficiaires et font un meilleur usage des plans nationaux de développement.
[22] Le trait commun de ces travaux est de souligner l'importance la qualité des politiques économiques locales, de l'appropriation et de la difficulté d'importer le capital social et organisationnel.
[23] Ajoutons qu'ils décident des secteurs prioritaires dans un pays comme le Burkina-Faso. L'aide extérieure finance dans ce pays plus de 85% des investissements publics. Pour plus de détails, voir Hiem J. (2007), *L'expérience du Burkina-Faso dans la mise en œuvre de la déclaration de Paris*, Atelier régional sur les outils pour la coordination et la gestion de l'aide, Afrique francophone, Cotonou, 9-11 juillet 2007.
[24] Disons pour l'instant que ces valeurs et orientations sont des référentiels à l'action, individuelle ou collective, des acteurs de développement.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

problème lors de cette « coordination locale » que lors la coordination des donateurs : la capacité d'acteurs différents en termes de statut et de représentation sociopolitique à s'entendre sur des objectifs précis et sur des moyens qu'on pourrait qualifier d'optimaux (voir ci-dessous, en guise d'exemple, les difficultés que peuvent poser la coordination des actions de la société civile, p. 13). De plus, deux éléments rendent fictive l'idée d'un alignement des donateurs sur les priorités des bénéficiaires : les donateurs participent à l'élaboration des politiques « nationales » du bénéficiaire[25] et les pays du Sud ont tendance à s'aligner sur priorités des donateurs, ou ce qu'ils croient être leur priorité, pour maximiser la probabilité d'obtenir un financement. En effet, les bénéficiaires « *savent exactement les discours qu'attendent les bailleurs de fonds. Ils s'adaptent aux attentes. La plupart du temps, les bénéficiaires, telles que les associations, passeront une large partie de leur temps dans la coordination et la négociation avec les bailleurs de fonds. Il n'y aura pas de construction de la stratégie avec les acteurs. Cela est inhérent à la relation d'aide dans laquelle l'argent a comme source l'extérieur, et en particulier les bailleurs de fonds. […]. Ce système d'aide inhibe la formulation des stratégies de développement* » (Gabas, 2002a, p.79). Mais cet alignement des bénéficiaires sur les priorités réelles ou supposées des donateurs n'est pas total. En effet, « *les travaux d'économie politique sur l'aide analysent parfaitement les « règles du jeu » de la négociation internationale sur la coopération qui aboutissent à des « conventions » entre donateurs et bénéficiaires. Chacun sait que l'autre triche, et les véritables motivations ne sont pas celles exprimées lors des négociations. Dès lors un jeu subtil s'instaure* entre *les donateurs et les bénéficiaires. […]. Par conséquent, il ne faut pas s'étonner, selon Joseph Stiglitz (1998), que « les politiques imposées de l'extérieur peuvent être acceptées en surface et à contre cœur, mais rarement exécutées comme prévu »* » (Gabas, 2002a, P.83-84).

Par ailleurs, même si les politiques des pays bénéficiaires étaient élaborées en toute autonomie, deux éléments nous semblent limiter les possibilités d'alignement :

- la diversité des acteurs au sein des pays bénéficiaires pourrait poser le même problème puisque l'élaboration des documents de stratégie de réduction de la pauvreté doit reposer sur concertation entre des acteurs variés en termes de valeurs et orientations (images politiques)[26]. Cette diversité est problématique lorsqu'il faut se coordonner efficacement. Pour une première illustration, partons d'un enjeu de coordination de la société civile dans un pays en développement comme l'indique Gabas (2002a, p.73-74). Il est admis aujourd'hui qu' « *il n'y a pas d'acception*

[25] Or négocier avec « les partenaires » (pays en développement) ne veut pas dire que ces derniers ont une liberté totale d'action.
[26] Ce concept sera défini plus loin.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

commune de (la société civile), *ce qui signifie aussi que les acteurs dans les pays du Sud en ont des entendements qui leur sont propres. […]. Mais, par-delà la question de définition, il y a en conséquence des logiques d'action différentes par les multiples intervenants : ONG, agences publiques de coopération, coopérations décentralisées. Par exemple, une action communautaire obéit à une logique identitaire dont l'objet est la préservation des caractéristiques propres au groupe. Une action citoyenne et politique n'a pas cette dimension de repli et cherche à construire ce qu'Aristote appelle le « vivre-ensemble » et Hannah Arendt « l'agir concerté ». Cette action citoyenne reprise par Etienne Tassin*[27] *« se réfère à des normes éthico-juridiques affirmant, au moyen d'initiatives spécifiques politiques parce que publiques, des principes-liberté, égalité, équité, justice, droit, respect des identités et des particularités-poursuivis contradictoirement et conflictuellement au sein du même espace institué à cet effet ». Pourtant, dans les deux cas les acteurs se réfèrent à la société civile. Cette divergence d'approche a des implications majeures sur le contenu des actions dites de développement et n'est pas que d'ordre sémantique* ». On comprend, ainsi, aisément qu'une ONG « communautaire » pourra, par exemple, difficilement se coordonner « efficacement » avec une ONG « citoyenne ». La raison tient au fait qu'une coordination efficace suppose une réelle entente aussi bien sur les objectifs que sur les moyens. Les qualificatifs « Communautaire » et « citoyenne » doivent être interprétés ici comme des exemples de « valeurs et d'orientations » et nous le verrons plus loin comme des « images politiques ».

- En second lieu, même en imaginant que les politiques des pays bénéficiaires sont élaborées en toute autonomie et permettent de dégager un consensus entre les images politiques locales, elles n'empêchent pas une réinterprétation par les donateurs en fonction de leurs propres images politiques. L'appropriation n'épuise pas la relation entre donateur et récipiendaire puisqu'elle débouche sur une « réappropriation » des programmes par les bailleurs de fonds.

Sans prétendre trancher la question de l'importance de l'alignement dans l'amélioration de la coordination de l'aide, il nous semble que les objectifs d'alignement, difficilement

[27] Etienne Tassin, *Le trésor perdu*, Paris, Payot, 2000

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

contestables en soi, se heurtent à des difficultés majeures que nous avons esquissé ci-dessous et qui semblent rendre largement fictive l'idée d'un alignement comme solution évidente à la dispersion de l'aide. **C'est pourquoi dans cette thèse nous n'abondons pas cette dimension en tant que telle et consacrons plutôt notre analyse à la coordination en amont des donateurs.**

2. Problématique et démarche

L'objet de cette thèse est d'étudier la faisabilité d'une coordination efficace des donateurs de l'aide à la santé dans un contexte de mobilisation d'acteurs ayant des valeurs et des orientations différentes. On étudiera ce qui rend difficile voire impossible le type de coordination des donateurs souhaité. Ce sujet n'a pas bénéficié, de la part de la recherche académique, de l'attention qu'il aurait mérité compte tenu du rôle donné à la coordination dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide. La nécessité d'une coordination étant souvent considérée comme évidente, la faisabilité de la coordination en amont n'a donc pas été questionnée. Les travaux académiques et institutionnels qui se sont intéressés à la coordination ont plutôt porté sur les questions en aval des implications de la coordination, ou de son manque, au niveau des bénéficiaires et sur l'évaluation de la coordination (Bigsten, 2006 ; Cling, 2006 ; Clemens, 2006 ; Coordination Sud, 2005 ; Rogerson, 2005 ; Balogun, 2005 ; Knack et Rahman, 2004 ; Bräutigam et Knack, 2004 ; Booth et *al.*, 2004 ; Kambur, 2003 ; Odéon et Tinnes, 2003 ; 2004 ; Dish, 1999). À ces travaux, on peut en ajouter d'autres qui doutent de la faisabilité de l'alignement des préférences des donateurs sur celles des PED (Coordination Sud, 2005 ; Rogerson, 2005), et de la réalisation d'une véritable appropriation (Cling et *al.*, 2003). Ces auteurs considèrent que l'appropriation des politiques est largement fictive. Au final, peu d'attention a été accordée à la faisabilité des coordinations bien que les progrès en la matière fussent faibles[28] (OCDE, 2005 ; PNUD, 2005 ; Coordination Sud, 2005 ; OCDE, 2004).

La question centrale de cette thèse est donc la suivante : **une coordination en amont des donateurs réductrice de la dispersion des activités est-elle possible ?** Cette question sera appliquée à l'aide dans le domaine de la santé.

[28] On peut penser que le faible progrès en matière de coordination n'a pas attiré l'attention des scientifiques parce qu'il s'agirait d'un énième engagement non respecté par les donateurs en matière d'aide. Pourtant les problèmes que pose la coordination comportent des spécificités qui mériteraient l'attention du milieu académique.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Encadré 1 : Définition de l'aide à la santé

L'aide a une composante publique et une composante privée. L'aide publique est fournie par des acteurs publics (États et Organisations Intergouvernementales –OIG-) et l'aide privée est fournie par des acteurs privés (ONG, entreprises et fondations…). Cependant cette frontière tend à disparaître avec l'émergence et le développement des partenariats public-privés.

Définition théorique de l'aide à la santé

L'aide à la santé désigne toute aide qui concoure à l'amélioration de la santé dans les pays bénéficiaires de l'aide. Plus précisément, l'aide à la santé et à la population est l'aide au développement destinée aux hôpitaux et dispensaires, y compris dans les établissements spécialisés comme les sanatoriums pour tuberculeux ; à la protection maternelle et infantile ; aux autres services médicaux, y compris la lutte contre les maladies et les épidémies, les programmes de vaccination, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments, les services de démonstration relatifs à la santé… ; à l'administration de la santé publique et des programmes d'assurances ; aux politiques/programmes en matière de population et gestion administrative, soins en matière de fertilité, planification familiale, lutte contre les MST et VIH/Sida, formation de personnel en matière de population et de santé et fertilité.

Définition « statistique » de l'aide à la santé

Dans leur rapport d'activités statistiques, les membres du CAD[29] sont priés d'assigner pour chaque activité d'aide[30] un secteur de destination, et dans ce secteur un code détaillé est fourni dans le but d'identifier le secteur ou la structure socio-économique destinataire. En conséquence, les statistiques du CAD sur l'aide à la santé comportent seulement les activités qui ont pour but principal la santé. Elles ne captent pas l'aide destinée à d'autres secteurs même si celle-ci a un impact sur la santé. Tout en fournissant une base cohérente de statistiques sur l'aide à la santé, le système de notification du CAD peut légèrement sous-estimer l'aide ayant un impact sur la santé. Par exemple, la définition statistique de l'aide à la santé exclut l'aide aux sous secteurs eau, hygiène, éducation et l'aide médicale en cas de catastrophe qui ont pourtant un impact direct ou indirect sur la santé[31].

Les modalités de l'aide à la santé

L'aide à la santé, à l'image de l'aide totale, peut prendre des formes très variées allant des biens matériels (médicaments, équipements …) aux ressources financières en passant par les services (assistance technique, expertise…). On peut distinguer trois grandes catégories d'aide publique à la santé : l'assistance technique, l'aide au projet et l'aide au programme. Précisons toutefois que des combinaisons de ces différentes catégories sont possibles. Ces catégories vont être présentées de façon plus détaillée dans le chapitre 6.

Source : Présentation de l'auteur

Pour traiter cette question**, nous formulons l'hypothèse suivante : une coordination efficace des donateurs n'a pas été possible et ne peut pas l'être dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés avec le mode actuel d'élaboration des politiques d'aide.** Pour étayer cette hypothèse, nous cherchons à montrer que les formes de coordination obtenues depuis

[29] Ceux qui ne sont pas membres du CAD peuvent aussi déclarer leur aide.
[30] Voir l'annexe n°1 pour une définition détaillée de l'aide publique au développement (APD).
[31] Bien que discutable, on suppose en général que ces déclarations sont sincères, c'est-à-dire reflètent les activités réelles d'aide des donateurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

le début des années 2000 ne sont pas efficaces en raison de la mobilisation d'acteurs ayant des valeurs et orientations différentes.

Cette piste a été négligée jusqu'ici. Les difficultés de coordination en amont ont été essentiellement analysées sous l'angle de la divergence d'intérêts des acteurs de développement et les conclusions souvent formulées comme suit à l'instar de Mahieu (1994, p. 867-868)[32] : « *Le programme est non seulement réalisé sur une base nationale mais, en plus, il englobe tous les autres (bilatéraux et multilatéraux) ; des problèmes stratégiques se poseront très rapidement. Toute stratégie enveloppante au moyen d'un « plan national » sera perçue comme une manœuvre hégémonique de la part d'une agence de développement vis-à-vis des autres. En particulier dans le cadre de la concurrence PNUD/BIRD, la faible surface financière du PNUD (donateur par principe) l'incline à se tourner vers le plan. De ce fait, chaque agence a intérêt à camper sur ses propres positions et à chercher l'action la plus stratégique ou la plus visible. Cela peut se comprendre dans une logique du « dollar marginal d'aide », où il est important à la fois de maximiser la productivité de ce dernier et d'accomplir le programme d'aide, tout au moins le financement conséquent. […]. De ce fait, l'approche programme* [mécanisme de coordination][33] *risque de perpétuer l'approche projet* [révélateur de dispersion], *dès lors que la concurrence surréaliste entre agences continuera sur les impacts du « dollar marginal d'aide »* » Cette concurrence est renforcée par la diversité des intérêts des donateurs. En effet, les travaux des années 1980 et 1990 ont montré qu' « *il n'y a pas une raison unique et louable à l'existence de cette aide, mais une série d'incitations qui s'imbriquent, plus ou moins éloignées du développement et qui ont bien sûr des effets souvent entropiques de par leur conjonction* » (Gabas, 2002b, p.47). Ces travaux soulignent également que « *les soubassements psychologiques et religieux ne sont pas d'abord absents. Pour Adam Smith, c'est la peur qui peut être source de sympathie ; dès lors, on s'intéresse à l' « autre » et précisément à un pays étranger dans une logique sécuritaire lorsqu'on s'imagine que celui-ci peut être, même à tort, une menace pour sa propre tranquillité. Cette motivation pour le don est parfois invoquée par des donateurs privés en faveur des ONG afin de freiner l'immigration. Le fondement d'un comportement philanthropique peut se trouver dans une éthique du partage et de la solidarité. La thèse religieuse s'adresse aux gens les plus riches qui doivent faire un effort de transfert altruiste s'ils veulent entrer dans le royaume de*

[32] Pour être complet, il faut souligner que l'auteur utilise « *le marché comme catégorie critique* [permettant] *par exemple de mettre en valeur les recherches de rente, notamment des acteurs qui passeront trop facilement du projet au programme, quitte à adopter le nouveau langage. En aucun cas* [son] *analyse critique ne prétend utiliser le marché comme une norme idéale à introduire par les développeurs* » (Mahieu, 1994, p. 853).

[33] Les expressions entre crochets ont été ajoutées par l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dieu. L'altruisme est aussi vu comme réponse aux défaillances du marché dans sa capacité à satisfaire les besoins collectifs ou sociaux et devenir un moyen d'assurance mutuelle et intergénérationnelle. R. O. Keohane, en 1998, analysait la coopération internationale à partir d'une hypothèse d'égoïsme rationnel : « La coopération internationale ne résulte pas nécessairement de l'altruisme, de l'idéalisme, de l'honneur personnel, de l'existence d'objectifs communs, de normes internationales, ou de croyance partagées dans un ensemble de valeurs constitutives d'une culture. Ces facteurs de la motivation peuvent avoir joué un rôle à tel ou tel moment ou dans telle ou telle région du monde. Mais la coopération peut être comprise sans aucune référence à aucun de ces facteurs ». Mais une éthique du don peut cacher un désir de domination du donateur sur le bénéficiaire, un désir de montrer son statut supériorité et par là marquer une « compétition à la générosité » » (Gabas, 2002b, p.48-49). Ces analysent confortent clairement l'explication, devenue dominante dans les années 1980 et 1990, de l'inefficacité de l'aide à partir de la diversité des motivations stratégiques qui visent la protection des divers intérêts, considérés souvent comme cachés, des donateurs.

Ces diagnostics centrés sur les intérêts et la concurrence, qui s'inspirent des analyses du fonctionnement du « marché du développement », vont conduire à l'élaboration d'un agenda de coordination difficilement opérationalisable qui néglige, comme nous cherchons à le montrer tout au long de cette thèse (notamment au chapitre 9), le fait que les acteurs de développement sont, en plus de leurs intérêts propres, guidés par des valeurs et orientations spécifiques. Ainsi, nous espérons que la piste de recherche que nous suggérons dans cette thèse permettra de compléter, et même de relativiser, les implications que les analyses centrées sur les intérêts ont sur la coordination en amont des donateurs de l'aide à la santé. En effet, dans une perspective de déconstruction critique de l'agenda de la coordination, nous discuterons de ce qu'implique, pour les acteurs en partenariat, une coordination efficace. **Il sera montré notamment qu'une prise en compte des valeurs et orientations des acteurs est une condition nécessaire, mais pas suffisante, si l'on veut déboucher sur une coordination efficace**.

Aujourd'hui, les économistes néoclassiques continuent d'invoquer un « marché », réunissant des agents aux intérêts hétérogènes pour analyser la problématique de la coordination. En posant la question des coûts de fonctionnement du marché et en soulevant l'hypothèse qu'il peut exister des mécanismes alternatifs moins coûteux, la nouvelle économie institutionnelle, appelée aussi parfois économie des coûts de transaction, introduisit une rupture importante par rapport aux raisonnements traditionnels. Désormais des arbitrages sont possibles puisque le

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

marché n'a pas une efficacité supérieure systématique, le mode de coordination le plus efficace étant celui ayant le coût le plus faible.

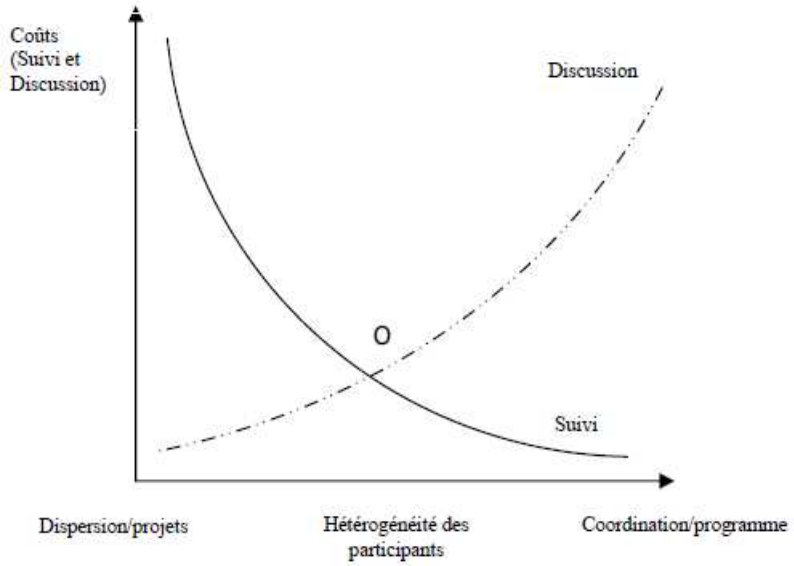
Dans le domaine de l'aide, face à la difficulté d'évaluer les coûts de tous les modes de coordination possibles, il est demandé aujourd'hui aux donateurs de choisir un mode de coordination qui se traduirait par une moindre dispersion des activités d'aide[34]. La dispersion est en effet considérée comme nuisible à l'efficacité de l'aide à travers les coûts de transactions qu'elle engendre et les mauvaises incitations qu'elle suscite au niveau des bénéficiaires. Toutefois si l'agenda de coordination part des coûts liés à la dispersion, il faut noter que la coordination elle même n'est pas sans coûts de transaction (voir figure 1 ci-dessous). La dispersion (**dispersion/projet** sur l'axe des abscisses) tend à augmenter les coûts de suivi, mais économise ceux de la discussion. La coordination (**coordination/programme** sur l'axe des abscisses) réduit les coûts de suivi mais augmente ceux de la discussion (délibération). **Nous verrons plus loin que ce coût de discussion est réduit par le recours à l'ambiguïté comme outil de délibération et non par une «délibération axée sur les résultats[35] » comme le souhaitent les promoteurs de l'agenda de la coordination (voir l'encadré 2 ci-dessous)**. Quant à l'hétérogénéité des acteurs participant à la coordination, elle augmente avec la volonté de mobiliser le maximum d'acteurs. Le point O est le niveau de coordination qui égalise le coût de suivi au coût de négociation et qui minimise le coût total. À gauche du point O, nous avons une supériorité des coûts de suivi, liés à la dispersion, aux coûts de négociation qui sont eux liés à la coordination. À droite, nous avons l'inverse, c'est-à-dire une supériorité des coûts liés à la coordination aux coûts imputables à la dispersion.

[34] Les administrations des pays assistés n'ont pu jusqu'à présent étudier et évaluer les charges récurrentes, et les donateurs de l'aide au développement en sont tout autant incapables. Brown et al. (2000) ont tenté de mesurer les coûts de transaction au Vietnam. Ils ont souligné l'absence d'une méthode acceptée, le manque de bonnes données sous-jacentes, et le montant inacceptable des coûts de transaction nécessaires pour collecter réellement les données issues des réponses. Balogun (2005) avance, après avoir discuté des difficultés à mesurer les économies de coût administratif issues de la coordination des donneurs, que l'économie principale réside dans les coûts en termes de temps, et qu'il n'y a eu aucune analyse substantive de ces coûts parmi les donneurs.

[35] L'esprit est d'axer la gestion sur les résultats, c'est-à-dire, gérer et mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats souhaités, le choix des meilleurs moyens et en utilisant les données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Figure 1 : Les coûts de la coordination et de la dispersion



Source : Présentation de l'auteur d'après Mahieu (1994)

Encadré 2 : La gestion axée sur les résultats : origines et liens avec la coordination

Pour commencer, il convient de préciser que la gestion axée sur les résultats (GAR) n'a rien d'un concept inventé pour les fins de la coordination ou de l'efficacité de l'aide. Pour retracer ses origines, il nous faut remonter à la parution en 1964 du livre à succès *Managing for results* de Peter Drucker. Le concept est ainsi emprunté au monde de la gestion de l'entreprise et commence à être populaire dans les administrations publiques dans les années 1990[36]. Par ailleurs, il ne faut pas s'étonner de la présence de cette méthode de gestion dans la nouvelle réflexion sur l'aide au développement dans la mesure où son objectif principal est justement l'augmentation de l'efficacité et de l'efficience. La GAR, utilisée au sens large du terme, peut en outre être définie comme étant une « *approche qui se concentre de façon systématique sur les résultats, plutôt que vers la réalisation d'activités déterminées, en optimisant l'utilisation des ressources humaines et financières* ».[37]

A priori, la technique se démarque par la simplicité de sa mise en œuvre. Elle nécessite d'abord un partenariat (coordination) entre les parties d'un projet qui doivent en élaborer conjointement un plan d'action. Un plan d'action comprend les objectifs et résultats escomptés d'un projet en fonction des ressources investies, ainsi qu'une série d'indicateurs simples et mesurables afin d'évaluer sa performance globale. À cet égard, les parties partagent alors une responsabilité commune dans les réussites et échecs du dit projet.[38] Cette approche réputée révolutionnaire pour améliorer l'efficacité des projets dans l'entreprise est donc importée directement par les administrations des pays développés dans un contexte d'austérité et de lutte contre le gaspillage de l'argent public. Sous cet angle, la GAR avait bien des chances de bénéficier d'une certaine attention dans le débat sur l'efficacité de l'aide et sa présence comme pilier de la Déclaration de Paris ne doit pas étonner. D'ailleurs, même avant 2005, l'émergence des principes d'appropriation et de responsabilisation des partenaires, notamment par la mise en place des documents stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), s'inscrivait déjà dans une logique similaire.

Si l'on s'attarde plus explicitement sur la façon dont la *Déclaration de Paris* est porteuse de la GAR, on se rend compte qu'elle l'est à plusieurs niveaux. Premièrement, la GAR est directement un pilier de la

[36] Hédia Hadjaj-Castro et Natacha Wilbeaux (2007), La gestion axée sur les résultats, *COTA*, juillet 2007, [En ligne], http://www.cota.be/SPIP/IMG/pdf/Fiche7_GCP_GAR.pdf, (Page consultée le 13 octobre 2011).
[37] Hédia Hadjaj-Castro et Natacha Wilbeaux (2007), La gestion axée sur les résultats, *COTA*, juillet 2007, [En ligne], http://www.cota.be/SPIP/IMG/pdf/Fiche7_GCP_GAR.pdf, (Page consultée le 13 octobre 2011). p.3
[38] Hédia Hadjaj-Castro et Natacha Wilbeaux (2007), La gestion axée sur les résultats, *COTA*, juillet 2007, [En ligne], http://www.cota.be/SPIP/IMG/pdf/Fiche7_GCP_GAR.pdf, (Page consultée le 13 octobre 2011).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Déclaration et les articles 44 et 45 expliquent comment elle doit être dorénavant mise en œuvre dans les stratégies de développement. Tout d'abord, les pays partenaires devront mettre en place des cadres d'évaluation avec lesquels il sera possible de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies nationales de développement. Ces cadres devraient en outre contenir un certain nombre d'indicateurs pour lesquels il est possible de « disposer de données à un coût abordable ».[39] De leur côté, les donateurs devront s'aligner sur les priorités et les cadres d'évaluation fixés par les receveurs et lier leur aide aux résultats obtenus.[40] Il va sans dire qu'il s'agit ici d'une application littérale de la formule développée par Drucker. Aussi, on comprend que la *GAR* dans la Déclaration ne peut fonctionner sans les autres piliers avec lesquels elle a une relation synergique (coordination et alignement par exemple). On pourrait également dire que, d'une certaine façon, la GAR surplombe l'ensemble de la *Déclaration de Paris*. Cela est d'autant plus vrai si l'on considère que la Déclaration est en elle-même soumise à un processus de gestion axée sur les résultats. En effet, son implantation fait l'objet d'un mécanisme de suivi au gré d'un cadre composé d'objectifs et de 12 indicateurs mesurables correspondant à ses cinq piliers (*cf.* chap. 7). Il faut retenir, *in fine*, que l'esprit, lorsqu'on parle de gestion, de délibération ou de coordination axée sur les résultats, est de gérer, de se coordonner et de mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats souhaités, le choix des meilleurs moyens et l'utilisation des données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision. **Ainsi, la seule façon de s'assurer, pour les promoteurs de la coordination, que les acteurs en partenariat débouchent sur une coordination efficace est de la baser sur une délibération, ensuite une gestion, axée sur les résultats.**

Source : Présentation de l'auteur d'après Marquis (2010) ; Hadjaj-Castro et Wilbeaux (2007).

Ainsi, dans notre travail nous nous éloignons des approches évoqués plus haut pour adopter une perspective de « déconstruction » de l'agenda de la coordination des donateurs de l'aide à la santé. Pour atteindre cet objectif, nous mobilisons à la fois une analyse « constructiviste » de la santé et « institutionnaliste centrée sur les acteurs » (*cf.* chap. 1) de la coordination des acteurs. Le constructivisme tend à considérer la réalité socioéconomique, et les politiques de santé en particulier, comme un processus en construction permanente, et propose des modèles d'analyse correspondant à cette perspective. Pour cette approche, les réalités socioéconomiques sont des « *constructions historiques et quotidiennes des acteurs individuels et collectifs* » (Alpe et *al*. 2010, p. 59). Les problèmes ne sont pas indépendants des perceptions des acteurs qui les traitent. Il existe alors plusieurs solutions et la « meilleure » solution est celle qui est acceptable pour la majorité. Ainsi, dans son analyse de l'action des acteurs, le constructivisme s'inscrit dans une critique des conceptions objectivistes qui tendent à faire des phénomènes sociaux des faits « quasi naturels ». Pour l'approche objectiviste, les problèmes de santé sont « objectifs » ou doivent être traités de façon « objective », c'est-à-dire indépendamment de la perception des individus (Banque mondiale, 1993 ; Jamison, Mosley, Measham et Bobadilla, 1993 ; Hutubessy et *al*., 2003 ; Laxminarayan, 2006). Les solutions aux problèmes sont, dans cette perspective, apportées par des « experts » en se basant sur des critères « objectifs » comme la gravité ou l'incidence des maladies. Nous retrouvons là l'idée de « la gestion axée sur les résultats », principe majeur de la déclaration de Paris (2005), censée guider

[39] *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement*, article 44.
[40] *Ibid*., article 45.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'élaboration des politiques (notamment les politiques de santé) et la coordination en amont des donateurs. **Notons, par ailleurs, que cette lecture objectiviste, mise en avant par l'économie néoclassique et la nouvelle économie institutionnelle, est donc le support de l'essentiel des discours et des pratiques en matière de coordination. La perspective de « déconstruction », que nous adoptons dans cette thèse, revient donc à proposer une analyse critique des discours en vigueur produit en grande partie par l'économie néoclassique et la nouvelle économie institutionnelle**. [41] Il est question d'une lecture critique des théories sous-jacentes et des pratiques auxquelles elles donnent lieu en montrant notamment l'insuffisance des réponses apportées.

La lecture dominante de l'aide, centrée sur les intérêts, sous-estime l'hétérogénéité des acteurs en la réduisant à la diversité des intérêts. Or les acteurs diffèrent aussi par les valeurs et orientations qu'ils mettent en avant. Il convient de prendre en compte ces valeurs, d'autant qu'elles influencent l'action des donateurs. Refuser l'idée d'acteurs homogènes (en termes de valeurs et d'orientations) oblige à s'intéresser au travail d'articulation qui s'opère pour coordonner des acteurs ayant des images politiques différentes. Nous entendons par image politique la façon dont un problème donné et un ensemble de solutions sont conceptualisés.[42] C'est un référentiel des actions d'aide menées. Notre travail cherche à montrer qu'une coordination efficace de tous les donateurs est impossible et ceci pour deux raisons. La première est que, bien que les donateurs aient parfois un intérêt commun au développement, ils sont souvent guidés par des images politiques différentes. Il faut noter aussi qu'à chaque image politique de la santé correspondent des priorités spécifiques. La deuxième raison est que les procédures de délibérations et de négociation entre des acteurs supposés égaux, ne débouchent pas sur une homogénéisation suffisante des divergences. En conséquence, une articulation des actions qui passerait par la sélection de moyens dits optimaux de mise en œuvre des politiques d'aide devient impossible. Ces délibérations débouchent en règle générale sur une liste d'objectifs ou une formulation générale ou ambigüe des décisions dans le seul but de concilier des approches différentes. Comme cela a été déjà souligné par Crozier et Friedberg (1977, p. 312) dans leur analyse de l'action collective, « *l'accord sur les*

[41] Voir le chapitre 1 pour une présentation des différences entre ces deux courants et des problèmes qu'ils posent pour l'analyse de notre objet.
[42] Dans le premier chapitre nous allons justifier l'utilisation de ce concept emprunté à Shiffman et *al.* (2002). On peut d'ores et déjà annoncer que c'est en partie pour dépasser les difficultés posées par les notions de paradigme ou d'idéologie, qui laissent entendre qu'il existe des consensus forts et stables dans le temps.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

politiques pratiques qui ne met pas en cause les valeurs (des différents acteurs)[43] *est beaucoup plus facile que l'accord sur les fins de l'action* ». C'est pourquoi, « *les parties [*ici l'ensemble des donateurs*] peuvent donc mettre* (et mettent effectivement) *en œuvre une politique dont les objectifs initiaux sont ambigus et contradictoires. Vouloir clarifier à l'avance les objectifs rendrait l'accord entre partenaires impossible* » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 311). Cette forme de coordination n'améliore en rien l'efficacité de l'aide puisqu'elle ne réduit pas la dispersion des activités d'aide. **Ainsi, aux sources de l'inefficacité de l'aide, cette thèse ajoute la diversité des images politiques des acteurs de cette aide et la façon de délibérer. Ceci est un aspect du problème d'efficacité qui a été très peu abordé**.

3. Plan

Pour étayer la thèse d'une coordination en amont difficile, voire impossible, dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés en termes d'images politiques, nous proposons une démarche en quatre temps.

Dans la première partie, nous présentons et justifions le choix de notre cadre théorique et méthodologique. Le courant standard en économie se focalise sur des agents guidés par leurs intérêts[44] et non des acteurs obéissant, même partiellement, à des représentations sociopolitiques. Il fallait donc construire un cadre théorique et un protocole de recherche adaptés à notre objet d'étude. Dans le chapitre 1 nous passons en revue les cadres d'analyse envisageables, précisons les raisons pour lesquelles l'institutionnalisme centré sur les acteurs nous est apparu comme le cadre d'analyse le plus pertinent pour notre objet d'étude et présentons quelques concepts qui nous sont apparus comme essentiels pour la compréhension de notre objet : **la faisabilité de la coordination des donateurs dans le domaine de la santé**. La particularité du cadre ainsi élaboré est de permettre, en plus de la rationalité économique des acteurs, la prise en compte du rôle des représentations sociopolitiques, que nous avons appelé des images politiques, dans l'action des donateurs. Dans le chapitre 2, nous présentons notre méthodologie. Il s'agit d'une méthodologie qui combine plusieurs approches (analyse historique, exploitation de base de données, étude de cas et entretiens) dans le but de contourner non seulement les limites de chaque approche prise isolement, mais également de prendre en compte

[43] Les termes entre parenthèses ont été introduits par l'auteur.
[44] Ou d'Etats dont l'action est déterminée par des motivations stratégiques.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

les spécificités de notre objet de recherche. Les éléments méthodologiques propres à chaque chapitre sont annoncés dans le plan ci-après.

La deuxième partie, composée de deux chapitres, passe en revue l'évolution de l'aide publique à la santé depuis les années 1960 jusqu'aux années 1990 pour identifier les déterminants de la mobilisation des donateurs dans le domaine de la santé. Sur le plan méthodologique, cette partie repose sur une analyse historico-analytique et empirique[45]. Partant de la question d'identification des images politiques et des lieux politiques[46] de l'aide à la santé, **le chapitre 3 présente les différentes images de l'aide à la santé ainsi que leurs traductions concrètes en termes de politique de santé des années 1960 aux années 1970**. Tout commence par une vision médicale qui isole la santé des préoccupations socio-économiques du développement. Cette approche est remise en cause dès les années 1970, les liens entre la santé et l'environnement socioéconomique étant reconnus et mis en avant par une vision « holiste » de la santé. Cette approche globale fera de la santé un droit humain dont la communauté internationale est censée assurer l'effectivité. Sur cette période, les années 1960 et les années 1970, le lieu politique de l'aide à la santé se limite essentiellement aux États donateurs et aux agences onusiennes spécialisées dans le domaine de la santé. **Le chapitre 4 aborde les images et lieux politiques des années 1980 et des années 1990.** Ce chapitre montre qu'avec la crise des années 1980, on assistera à un retournement majeur par rapport aux discours sur l'aide dans les années 1970. D'un droit humain garanti par un service public, la santé va passer au statut de bien public avec les programmes de privatisation. L'initiative de Bamako de 1987[47] symbolise ce passage. Cette logique de privatisation génère des coûts « humains » (dégradation de la situation sanitaire et accroissement de la pauvreté) qui amèneront les donateurs à mettre en avant le rôle de la santé dans le développement dans les années 1990. De plus, si dans les années 1960 et 1970 le lieu politique de l'aide à la santé se limitait essentiellement aux États donateurs et aux agences onusiennes spécialisées dans le domaine de la santé, la crise des années 1980, considérée comme une crise de l'État, légitimera les institutions de Bretton Woods, notamment la Banque mondiale

[45] Cette méthode historico-analytique sera utilisée en particulier, à chaque fois que cela est possible, dans l'évaluation de l'influence de chaque image politique dominante sur le niveau de mobilisation de l'aide à la santé. Il faut noter que les données sur les flux d'aide à la santé ne sont pas disponibles pour toutes les années de la période étudiée.

[46] Notons pour l'instant que le « lieu politique » désigne l'ensemble des acteurs qui discutent et définissent les politiques d'aide à la santé.

[47] L'initiative de Bamako (IB) a été lancée en 1987 lors d'une conférence réunissant les principaux bailleurs dans le domaine de la santé (OMS, UNICEF, Banque mondiale, Etats-Unis…) et les pays en développement dans le but de relancer la stratégie des soins de santé primaire définie à la conférence d'Alma Ata en 1978. Cependant elle conduira à des innovations en matière de modalités de gestion des systèmes de santé. Le recouvrement des coûts des soins en est un exemple.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

qui à son tour « imposera » la participation des ONG. On constatera jusqu'ici que chaque décennie est dominée par une image politique majeure. À la fin des années 1990 cette donne va changer de façon fondamentale. D'une image politique dominante, on passera à la combinaison de plusieurs images politiques au tournant des années 2000. Cette combinaison d'images politiques illustre un compromis entre des acteurs très variés (État, OIG, ONG, Entreprise, Association…) qui est spécifique aux années 2000. C'est ce qui explique le traitement des politiques d'aide à la santé à partir des années 2000 dans une troisième partie distincte.

La troisième partie poursuit, pour la période concernant les années 2000, l'identification des déterminants de la mobilisation (images et lieux politiques) de l'aide à partir d'une analyse historico-analytique et empirique[48]. **Cette partie permet de montrer comment l'ambiguïté favorise la mobilisation et de mettre en évidence la réalité d'une mobilisation accrue de l'aide qui peut être imputable à l'ambiguïté**. Dans cette troisième partie, nous montrons que l'émergence, à partir des années 2000, d'un régime d'aide porté par plusieurs images politiques s'est accompagnée d'un élargissement de la communauté des donateurs (lieu politique). Ce régime est caractérisé par des discours et délibérations dont la caractéristique est de refléter un compromis entre plusieurs images politiques afin de permettre de mobiliser des acteurs variés. Cela nous a amené à interpréter l'ambiguïté comme un moyen de mobiliser des acteurs variés autour d'un même programme. **Dans le chapitre 5, nous montrons que, à partir des années 2000, les donateurs internationaux en collaboration ne formulent que des objectifs ambigus (imprécis, généraux et combinant plusieurs images politiques) de leurs activités d'aide**. Cette ambiguïté tient à la nécessité de trouver une formulation satisfaisante des décisions pour tous les acteurs afin de rendre faisable une décision collective ou une action collective avec le plus grand nombre d'acteurs possibles, donc de favoriser la mobilisation. **Le chapitre 6 analyse l'évolution de l'aide à la santé sur les quinze dernières années et la met en lien avec l'évolution des images politiques**. Nous montrons dans ce chapitre que **le passage au 21ème siècle s'est accompagné d'une augmentation aussi bien en termes absolu qu'en termes relatifs de l'aide à la santé.** Il est montré également dans ce chapitre 6**, à travers une analyse de l'évolution de la composition des flux d'aide et de leur répartition internationale, que c'est la combinaison de plusieurs images politiques (développement, droits humains et sécurité) qui a permis la mobilisation constatée à partir des années 2000.**

[48] Elle sera utilisée en particulier dans l'évaluation de l'influence de la coexistence de plusieurs images sur le niveau de mobilisation de l'aide à la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'objectif de la quatrième partie est de montrer que l'ambiguïté, force motrice de la mobilisation de l'aide, a été et constitue encore un frein à la coordination telle qu'elle a été souhaitée par les donateurs. Il s'agit ici de mettre en exergue le lien entre une mobilisation, obtenue au moyen d'une stratégie ambigüe, et le peu de progrès enregistré en matière de coordination. Ainsi, nous montrons tout au long de cette quatrième partie que l'agenda de la coordination pèche par son incompatibilité avec la pluralité des images politiques, donc des représentations sociopolitiques. **Cette partie mobilise diverses approches méthodologiques qui vont de l'exploitation des rapports d'évaluation indépendante sur l'aide à une étude de cas en passant par le recours à des entretiens. Le chapitre 7 est la première étape d'une analyse qui revient sur le lien entre la réalisation (ou l'atteinte) des objectifs en matière de coordination et la diversité des images politiques. Dans ce chapitre, nous revenons sur l'hypothèse principale de notre thèse qui est que l'ambiguïté dans la formulation des objectifs, si nécessaire à la mobilisation, est un frein à la coordination souhaitée par les institutions internationales**. Pour cela nous soulignons d'abord que la fin des années 1990 était effectivement caractérisée par une dispersion accrue (au regard des indicateurs suivants : l'aide programme, l'étendue des zones géographiques d'intervention des donateurs) et ensuite que la coordination a peu progressé si l'on en juge par l'évolution des indicateurs de mise en œuvre de la déclaration de Paris. La seule évolution notable réside dans l'émergence de mécanismes organisationnels de coordinations (conventions internationales *Health partnership*, partenariats public-privés…) et l'utilisation de l'approche partenariale dans l'élaboration des politiques de développement (approches sectorielles, document de stratégie de réduction de la pauvreté…), donc dans des innovations institutionnelles censées favoriser la coordination. **De cette analyse macro, nous passons à une analyse micro dans le chapitre 8 dans le but d'analyser l'efficacité de ces mécanismes de coordination.** La question posée est de savoir si ces mécanismes remplissent les conditions d'une coordination efficace. **Dans ce chapitre 8, nous montrons, à travers une étude de cas sur *Roll Back Malaria*[49], que les plans d'actions stratégiques, comme les autres mécanismes de coordination, sont des contrats entre acteurs variés qui ne peuvent pas remplir les conditions d'une coordination efficace dont les plus importantes sont une définition d'objectifs limités et précis et un choix de moyens optimaux**. L'imprécision est d'ailleurs parfois assumée (voir Perrot, 2005). Nous établissons,

[49] *Roll Back Malaria* se présente comme un partenariat mondial visant à mettre en œuvre une action coordonnée contre le paludisme**.** Il mobilise les actions et les ressources et forge un consensus entre des partenaires assez variés. Le Partenariat se compose de plus de 500 partenaires regroupant les pays endémiques, leurs partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et communautaires, des fondations, ainsi que des institutions du monde universitaire et de la recherche.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

enfin, à travers différents exemples, les liens entre, d'une part, l'imprécision de ces mécanismes de coordination et l'ambiguïté des objectifs qu'ils comportent et, d'autre part, la pluralité des images politiques des donateurs. Dans les chapitres précédents (chapitre 3 à 8), nous avons montré comment les images politiques, non prises en compte dans l'agenda actuel, influencent concrètement (freinent ou favorisent) aussi bien la mobilisation que la coordination. **Dans le chapitre 9, nous montrons que la non prise en compte des images politiques dans l'agenda de la coordination vient d'un diagnostic de l'inefficacité de l'aide (raisons de la dispersion ou de la mal gouvernance) qui impute une large responsabilité à la diversité des intérêts des acteurs.** Ces « intérêts » sont désignés dans ces travaux, qui datent des années 1980 et 1990, par le vocable de « motivations stratégiques ». **L'objet de ce chapitre est donc de compléter les chapitres précédents,** qui ont mis en exergue l'importance des images politiques aussi bien dans la mobilisation que dans la coordination**, par une analyse[50] des raisons de l'exclusion de la question des images politiques dans l'agenda actuel de coordination.** À cet effet, nous étudions une dernière modalité de coordination promue par les donateurs **: la coordination par l'utilisation d'un modèle d'allocation unique**. Dans ce chapitre nous revenons sur ces travaux, qui ont mis en avant la nécessité d'une coordination accrue des donateurs, pour montrer comment ils ont conduit à l'élaboration d'un agenda de coordination qui ignore le rôle des représentations sociopolitiques (images politiques) dans l'action des donateurs. Nous verrons que le *péché originel* de cette approche tient à l'excès d'attention accordé aux problèmes de gaspillages et de mauvaises incitations que génèrent les motivations stratégiques des acteurs. Nous montrons également dans ce chapitre que la prise en compte des images politiques remet en cause de façon fondamentale le projet de coordination des donateurs tel qu'il est souhaité par les institutions internationales (Banque mondiale et OCDE). **Ceci permet de souligner finalement qu'images politiques et intérêts se conjuguent pour conduire à une multiplication de modèles d'allocation (révélatrice de dispersion) qui se veulent tous des mécanismes d'allocation internationale de l'aide que l'ensemble des donateurs doivent adopter en arguant de leur efficacité.**

[50] Une analyse plus riche que celle proposée dans l'introduction.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1ère partie : Fondements théoriques et méthodologiques de l'analyse

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 1 : Les fondements théoriques

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Etudier la faisabilité d'une coordination efficace des donateurs en partant de la pluralité des images politiques et de la nature des procédures de délibération oblige à envisager un éventail large de disciplines auxquelles nous pouvons légitimement recourir. Les images politiques en tant que représentations sociales permettent d'identifier le sens que les bailleurs de fonds donnent à leurs actions. Notre thèse part des images politiques, du lieu politique de l'aide[51] et de la nature des procédures de délibération pour les caractériser dans le but de voir comment ces éléments empêchent ou pas l'obtention d'une coordination efficace. Cette efficacité de la coordination est à apprécier selon sa capacité à améliorer l'efficacité de l'aide au développement à travers une réduction de la dispersion des actions des donateurs et la sélection d'actions coûts efficaces. Notre problématique est donc celle de l'étude de l'interaction entre plusieurs images politiques et des procédures de délibérations qui permettent aux acteurs d'interagir. Tout en se situant dans la science économique, une telle problématique peut emprunter à d'autres disciplines, en particulier les sciences de gestion et les sciences politiques. Ainsi, le choix d'une discipline ou la construction d'un cadre d'analyse requiert des justifications.

Dans une première section, nous justifions le non recours à certaines approches. Nous précisons le cadre d'analyse retenu dans une deuxième section. Dans une troisième section, nous analysons le processus de décision des acteurs de l'aide au développement dans ce cadre théorique. Dans quatrième section, nous présentons l'origine et la signification des concepts centraux que sont **l'image politique** et **le lieu politique**.

1. Les limites de la théorie des jeux, de la théorie des clubs et de la nouvelle économie institutionnelle

Le cadre thématique esquissé dans l'introduction générale de cette thèse indique que plusieurs approches sont envisageables pour étudier la faisabilité d'une coordination efficace entre acteurs variés. En plus de l'institutionnalisme économique et de la théorie de décision dans les organisations, on peut penser à l'analyse des réseaux, à la théorie des jeux et à la théorie des clubs. Dans cette section, nous présentons, dans une première sous-section, les inconvénients que comportent la théorie des jeux, l'analyse de réseaux et la théorie des clubs pour étudier notre objet. Dans une deuxième sous-section, nous montrons comment les analyses institutionnalistes ont étudié et influencé les politiques d'aide. Dans une troisième sous-section, nous procédons à une revue de littérature de l'approche institutionnaliste dans le but de souligner les limites de la

[51] Voir Shiffman et *al*. (2002). Ces concepts seront revisités ci-dessous de façon plus développée.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

nouvelle économie institutionnelle et de construire le cadre d'analyse le plus approprié pour notre objet.

1.1. Théorie des jeux

Avant de procéder à une analyse critique de la théorie des jeux, il convient d'indiquer brièvement les raisons qui nous poussent à disqualifier l'analyse de réseaux.

L'analyse de réseaux se concentre sur des structures relativement durables. C'est une approche sociologique de modélisation de systèmes d'interdépendances au sein d'un milieu social. Elle est utilisée notamment comme méthode de cartographie des flux d'échanges sociaux et économiques (Lazega, 2007). Elle permet en règle générale de renseigner sur la qualité des relations et, par conséquent, sur la structure des opportunités pour des interactions particulières. Cette approche n'est donc pas la mieux indiquée pour étudier des acteurs qui délibèrent ensemble, sur des bases plus ou moins formelles, pour mener à bien des actions collectives qui peuvent être efficaces ou non. La configuration d'acteurs que nous avons correspond plutôt à un « corps », composé d'acteurs qui se « connaissent» et qui « discutent » lors de rencontres internationales pour définir les priorités de l'aide, qu'à un réseau. Le comité d'aide publique au développement (CAD), qui rassemble les principaux bailleurs de fonds, est, par exemple, d'avantage une organisation avec des règles plus ou moins formelles qu'un réseau. On peut faire la même observation pour le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose.

De façon générale, **la théorie des jeux** étudie des interactions de comportements de plusieurs individus qui sont conscients de l'existence de ces interactions. On dit aussi parfois qu'elle est la théorie de la décision en interaction.[52] Son objet est la formalisation de ces interactions pour tenter (approche positive) d'en prédire l'évolution ou (approche normative) de conseiller le ou les joueurs sur le meilleur coup à jouer. En se concentrant sur les structures, l'analyse de réseaux peut être considérée comme une approche complémentaire à la théorie des jeux dans l'étude de l'interaction entre acteurs. La théorie des jeux fournit des éléments utiles pour analyser les caractéristiques des réseaux d'acteurs en matière de processus de régulation et de prise de décision collective. Sa force réside dans l'analyse individuelle des interactions dans le cadre d'un jeu coopératif ou non.

[52] Guerrien B. (2003), *Dictionnaire d'analyse économique : microéconomie, macroéconomie, théorie des jeux,* Paris, La découverte.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La collaboration actuelle des donateurs de l'aide à la santé correspond-elle à un jeu coopératif ou un jeu non coopératif ? La configuration actuelle des donateurs correspond davantage à un jeu non coopératif et l'objet de l'agenda de la coordination est de passer de ce jeu non coopératif à un jeu coopératif. Dans un jeu coopératif, le point de départ sera formé de la définition des actions possibles au sein du groupe (la coalition). Pour former la coalition les joueurs prennent des engagements mutuels irréversibles. Cette formation de coalition peut être interprétée comme un phénomène de coordination. Une telle coordination permet éventuellement aux joueurs de réaliser certains choix stratégiques (des actions dans le jeu) qui seraient difficilement soutenables sans ce regroupement. Ces options permises peuvent être interprétées comme un gain. Ce gain est aussi appelé *valeur de la coalition*. La valeur d'une coalition peut être interprétée comme une somme monétaire à la disposition de la coalition, que les membres de cette coalition ont à partager entre eux[53]. Appliquée à notre problématique de dispersion, les économies d'échelle et de coûts de suivi des projets peuvent constituer cette valeur.

Dans un jeu non-coopératif, la communication est possible entre les joueurs, il peut même y avoir des engagements en termes de comportements futurs. Mais à la différence du jeu coopératif ces engagements ne sont pas irréversibles. Au dernier moment le joueur dans sa solitude peut (et a le droit de) changer d'avis. Un tel jeu traduit généralement l'interaction entre plusieurs coalitions. Une coalition peut être définie (de manière approximative) comme un ensemble de joueurs telle que : «

(i) *tous les joueurs au sein de la coalition ont la même importance ;*

(ii) *aucun joueur dans une coalition n'a de relation avec des non-membres de sa coalition de même nature que celle qu'il a avec les autres membres de la coalition* » (Haeringer, 2003, p.181).

Nous avons un jeu non coopératif avec n joueurs, où certains joueurs sont regroupés en coalitions, et les choix stratégiques des joueurs dans chaque coalition se font sur un critère de dominance parétienne[54]. Si un joueur est seul, nous pouvons considérer qu'il est dans une coalition dont il est l'unique membre et donc son critère de choix sera celui de maximiser son gain. Nous avons ainsi un jeu où les coalitions jouent entre elles. Une manière de voir un tel jeu

[53] Toutefois, l'interprétation de la valeur d'une coalition comme une somme monétaire n'a pas de sens dans certaines situations, le vote dans une assemblée par exemple.
[54] D'après le point (i) ci-dessus, un critère de décision pour les coalitions peut être celui de la dominance parétienne. Elle présente l'intérêt de permettre une maximisation du gain de la coalition.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

est de considérer chaque coalition comme un « méta-joueur » (Haeringer, 2003). Le méta-jeu sera le jeu où les méta-joueurs jouent entre eux. Comme certains peuvent représenter des coalitions à deux joueurs ou plus, les gains de ces méta-joueurs sont des vecteurs à plusieurs dimensions, et non plus un réel. Soulignons cependant qu'il n'y aucune raison *a priori* pour que l'interaction entre les membres d'une coalition ou l'interaction entre deux coalitions conduise à une coopération totale. La coopération (coordination) ne porte en général que sur certaines variables stratégiques : on parle alors de coordination ou coopération partielle (Haeringer, 2003). Un exemple type est celui de deux acteurs (une firme et une ONG) qui agissent collectivement (coordination totale) pour produire un bien collectif précis (un vaccin accessible par exemple) tout en restant opposés ou en compétition sur d'autres produits. Cette coopération partielle signifie ici « *que certains joueurs peuvent décider conjointement de leurs stratégies dans certaines dimensions de leur espaces stratégiques, et jouer « à la Nash » dans les autres dimensions, c'est-à-dire faire leurs choix stratégiques unilatéralement* ». (Haeringer, 2003, p. 186). Des travaux de Bernheim et Whinston (1998), d'Aghion, Dewatripont et Rey (2002) montrent qu'un contrat incomplet peut se voir comme une coopération partielle, où les variables stratégiques qui sont décidées conjointement sont spécifiées dans le contrat, et les variables stratégiques décidées individuellement entre l'agent et le principal n'apparaissent pas dans le contrat (Haeringer, 2003). La coordination partielle approche donc correctement les actions collectives menées par les donateurs. Pourtant, « *la théorie des jeux, dans son état actuel, ne permet pas de conceptualiser […] la coopération partielle* »[55] (Haeringer, 2003, p. 189). Cette difficulté provient de deux éléments.

- **Plus les dimensions sont nombreuses et diverses, plus la coordination sera difficile et l'analyse sera complexe.**

L'utilisation de la théorie des jeux pour les études empiriques n'est pas toujours aisée. La méthode d'analyse de la théorie des jeux consiste de façon générale à typifier (catégoriser en types) la structure de conflits résultant des préférences des acteurs. Cependant, la simple caractérisation théorique de jeux de type deux fois deux (2x2)[56] produirait plus de 78 associations différentes (Rapoport et *al*., 1976) que l'on peut considérer comme des formes de

[55] Pour une démonstration détaillée, voir Haeringer (2003).
[56] Du point de vue de la théorie des jeux, les plus simples sont les jeux « 2X2 », c'est-à-dire à deux joueurs, dont chacun doit choisir entre deux stratégies. Si les utilités, attachées par chaque joueur aux quatre résultats sont réduites à un ordre total, Rapoport (1976, p. 185) démontre qu'il y a alors exactement 78 jeux distincts. Imaginons maintenant de nombreux acteurs ayant peu contraintes en termes de stratégies et ayant de nombreuses motivations, on obtiendrait une donne inexploitable.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

régulation possibles, et toute classification à trois acteurs ou plus serait inexploitable parce que excessivement complexe (Mayntz et Scharpf, 2001). Même la tentative de ramener le potentiel de conflit de tous les types de structure de préférences à une seule dimension uniforme (Alxelrod, 1970) s'est heurtée à des difficultés théoriques (Mayntz et Scharpf, 2001), si bien qu'on ne peut pas se rabattre sur des classifications grossières, comme celle proposée par Zürn (1992) pour analyser les différentes associations possibles en politique internationale[57] (Greenhalgh et Kramer, 1990).

Les tentatives d'explication des phénomènes d'interaction (comme nous proposons de le faire dans cette thèse) par les théories des jeux sont donc souvent délicates en raison de l'existence d'une multitude de niveaux d'interaction (Nord/Sud, Privé/Public, ONG/Entreprise, États du Sud/entreprises du Nord …), mais aussi parce que l'interaction est déterminée par les institutions (règles et autres principes de gouvernance). Le jeu (interactions) entre acteurs organisés est influencé fortement par les institutions, mais pas au point de pouvoir être défini uniquement en fonction de critères institutionnels. Comme l'a montré Crozier (1977), l'ensemble structuré de rapports humains qui sous-tend l'organisation et la fait vivre n'est pas façonné passivement par des contraintes de situation. Il obéit à sa propre logique, à travers des relations de pouvoir dans le cadre desquelles des acteurs relativement autonomes poursuivent leurs intérêts divergents et négocient leur participation. Dès lors, toute organisation est un construit social d'action collective, structuré par des règles contingentes. Celles-ci contraignent les acteurs en même temps qu'elles contribuent à définir leur coopération. Elles produisent des formes de régulations et offrent des moyens pour les transgresser. Pour le dire plus simplement, les institutions n'enlèvent pas totalement l'autonomie des acteurs.

- **La nécessité de recourir à des hypothèses implicites pas toujours réalistes**

La théorie des jeux formule en réalité des hypothèses irréalistes quant au niveau d'information, à la capacité de traitement de l'information des acteurs modélisés et à l'agrégation des préférences. Elle ignore généralement le *procès* dans toute sa complexité. Son objet est d'analyser l'aspect stratégique des interactions. Elle ne se soucie que de l'aspect stratégique (donc pas uniquement du résultat, mais aussi de la façon de l'atteindre à partir de la stratégie des

[57] L. Greenhalgh et R Kramer ont mis au point une classification à huit niveaux, allant de la *sybiosis* à *l'enmity*, en passant les niveaux d'alliance, *conditional cooperation, intrumental interdependence, peaceful coexistence, benign competition et rivally*, sans toutefois donner une définition explicite des catégories intuitivement plausibles selon la théorie des jeux.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

acteurs). Par aspect stratégique, nous voulons dire que chaque joueur sait que son choix aura une influence sur son résultat mais aussi sur celui des autres et, inversement, il sait que son résultat va dépendre des choix que feront les autres. **En centrant son analyse sur l'aspect stratégique, elle réduit également l'interaction entre acteurs à un conflit entre intérêts concurrents plutôt qu'une recherche du bien commun**. En réalité, si cette théorie a permis une extension des postulats de la théorie néoclassique, elle reste toutefois dans le paradigme standard de l'économie. Cela pose un certain nombre de problèmes pour notre objet d'étude qui seront détaillés plus loin. Cette théorie présuppose des agents rationnels, utilitaristes et maximisateurs. La construction des coalitions repose par exemple sur l'hypothèse **d'utilité transférable**. Cette hypothèse implique que l'on peut additionner les utilités des joueurs d'une coalition et les redistribuer à ses membres. **Il existerait donc une « monnaie », une « vision » commune à tous avec laquelle on peut effectuer des transferts**.

L'ensemble de ces éléments conduit souvent à un certain scepticisme quant à l'adaptation des modèles issus de la théorie des jeux à l'explication d'interactions empiriquement observées entre des acteurs réels (Binmore, 1987). **En conséquence, la méthodologie de la théorie des jeux n'est pas applicable à notre type de problématique puisque le processus, dans son entièreté, compte ici autant que le résultat.**

1.2. Théorie des clubs

Le point de départ de l'analyse économique actuelle des clubs est constitué par les travaux de Buchanan (1965) et d'Olson (1965). Formalisée par Buchanan en 1965, la théorie des clubs traite des comportements d'individus rationnels organisés volontairement au sein d'une structure collective dont le but est de faire valoir un intérêt commun. Un club résulte d'une association volontaire de personnes, pour tirer des avantages matériels de la mise en commun et du partage des coûts de production, des caractéristiques des membres ou d'un bien susceptible de faire l'objet d'exclusion (Sandler et Tschirhart, 1980). Cependant, il existe deux types de clubs. Les clubs dits homogènes et les clubs dits hétérogènes. La théorie des clubs a évolué de l'analyse des clubs homogènes vers celle des clubs hétérogènes.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- **Du club homogène[58]...**

Les raisons d'être du club (Greffe, 1984) sont : une inclinaison pour la vie associative, les économies de coût associées aux économies d'échelle ou à une production en équipe, le partage de la consommation du bien ou des facteurs collectifs, etc. Ainsi, la constitution de club est donc justifiée par la réunion des intérêts individuels, et la pratique communautaire de l'action collective permet de transformer ces intérêts personnels en intérêt commun. Un club repose sur l'association ou la coopération d'individus qui partagent un bien collectif mixte et ayant un objectif commun, celui de la maximisation de l'utilité individuelle (Houmenou, 2002). Cette association est basée sur l'hypothèse selon laquelle chaque individu anticipe que le coût d'opportunité induit par la « non- association » est supérieur au coût total par personne (Barillot, 2001).

Mais comment fonctionne un tel club ? La théorie des clubs utilise le concept de bien collectif mixte comme représentant de l'intérêt commun du groupe. Le bien de club est un bien collectif impur. Il est exclusif et profite seulement aux membres du club. Il remplit la caractéristique de non rivalité, puisque tous les membres du club en profitent. La caractéristique d'exclusivité du bien confère au club lui-même, un caractère exclusif. Ainsi, la production conjointe et le partage de la consommation du bien de club éloignent ceux qui ne contribuent pas à sa recherche. Ce fonctionnement repose sur un certain nombre d'hypothèses (Hounmenou, 2002, p. 80-81) :

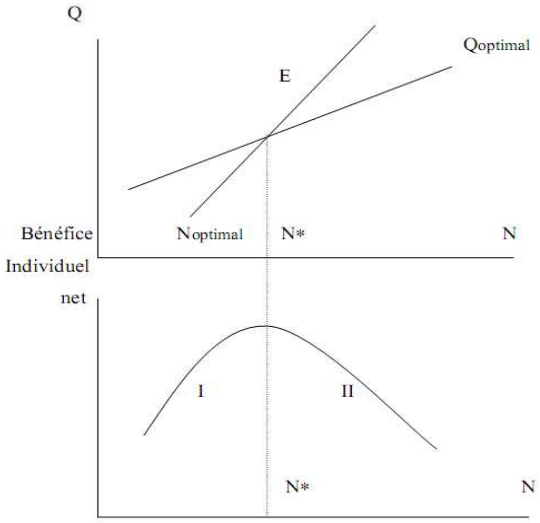
- *« Unanimité des membres du club dans la prise de décisions relatives au bien collectif.*
- *Homogénéité du club : les préférences individuelles doivent correspondre aux préférences collectives, ce qui élimine les coûts de transaction liés aux négociations nécessaires entre les membres du club dont les préférences pourraient être différentes.*
- *Il y a mobilité des membres du club : ceux-ci gardent la liberté d'entrée ou de sortir du club. A ce niveau, Buchanan considère qu'il n'y a pour les individus, aucun coût d'entrée ni de sortie du club qui pourrait limiter leur mobilité. Cette hypothèse ne prend pas en fait en compte les coûts de transaction auxquels les individus pourraient faire face à l'entrée ou à la sortie. Les investissements personnels consentis par les individus à leur entrée pourraient être perdus à la sortie ».*

[58] La présentation de cette sous-section s'inspire fortement de Barillot (2001).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En matière d'allocation optimale (voir figure 2), le modèle détermine un équilibre stable par l'intermédiaire d'un couple taille/quantité (N*/Q*) correspondant à l'équilibre du club. La droite Nopt associe à chaque quantité de bien collectif une taille optimale. La droite Qopt attribue à chaque taille une quantité optimale de bien à fournir. La recherche d'un optimum de consommation individuelle dépend simultanément de deux éléments : la quantité de bien distribué (Q) et la taille (N) du groupe. Cette approche se base sur les coûts et bénéfices totaux individualisés. Ainsi, si un individu supplémentaire permet de diminuer le coût moyen –il faut un minimum de membres pour amortir les coûts fixes d'équipement et de gestion du club (Derycke et Gilbert, 1988) car le coût total du bien collectif est partagé entre tous les consommateurs -, un agent peut être exclu lorsque sa présence coûte plus cher que l'avantage qu'il procure. Trop de membres nuit à la qualité de service. Dans le modèle, le nombre de personnes se partageant le bien collectif est une variable endogène. À l'équilibre, la taille optimale du club ainsi que la quantité optimale du bien se trouvent en même temps déterminées (figure 2).

Figure 2 : Allocation optimale du bien collectif par le club



Source : Barillot (2001

Le modèle met en jeu un processus dynamique faisant intervenir soit l'inclusion, soit l'exclusion, et qui correspond à la révélation sincère des préférences individuelles. Lorsque le bénéfice total individuel est inférieur au coût total individuel, le club n'est pas attractif mais devient dissuasif. Les membres les moins motivés (ou présents sous de faux prétextes) quittent le club, jusqu'à l'atteinte d'une taille optimale correspondant à une égalité subjective retrouvée du bénéfice et du coût par membre. Si le bénéfice individuel devient supérieur au coût individuel, le club est attractif et de nouveaux membres y adhèrent jusqu'à l'obtention d'une égalité entre bénéfice et coût. À partir de ce moment, les passagers clandestins peuvent apparaître, mais si tel

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

est le cas, la première configuration reprend rapidement place[59]. Les individus, les derniers qui cherchent à entrer dans le club sont ainsi exclus, ce qui permet de limiter les effets de congestion et donc les externalités négatives. **Dans un tel club, les membres expriment leurs préférences « ex-ante ». Aussi, ces derniers ont les mêmes préférences, de sorte que les négociations autour de la production du bien collectif se réalisent à coût de transaction nul**.

Mais qu'en est-il lorsque les agents économiques ne sont pas homogènes ? Cette situation d'hétérogénéité se rapproche d'avantage des caractéristiques de la communauté des donateurs dont nous étudions la coordination en amont. Il suffit de penser à la diversité des acteurs qui composent des partenariats comme le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida ou Roll Back Malaria. Toutefois, l'hétérogénéité envisagée par la théorie des clubs se réduit à une divergence d'intérêts ou de goûts.

- **…au club hétérogène**

La première conséquence de l'introduction de l'hétérogénéité est l'apparition des coûts de transaction. Il s'agit de coûts, pouvant être importants, liés à la nécessité de négocier afin de coordonner des choix individuels qui sont a priori différents. Dans ce cas, le théorème de Coase, selon lequel le marchandage des droits de propriétés ou dotations initiales (indépendamment de leur répartition) conduit à un résultat efficace au sens de Pareto, atteint donc une limite évidente. En effet, dans son article intitulé « *The Problem of Social Cost* », Coase (1960) montrait que si les coûts de transaction sont nuls et si les droits de propriété sont bien définis, il résultera une allocation efficace. L'existence des coûts de transactions tendrait donc à accréditer l'hypothèse d'une sous-optimalité du club lorsque ce dernier est composé de membres hétérogènes.

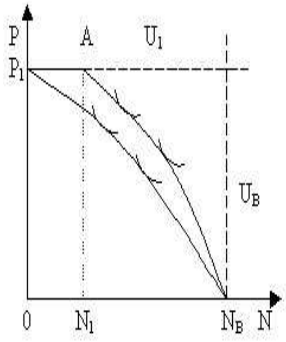
Cependant, on peut contourner cette décevante conclusion coasienne en considérant qu'elle ne concerne que la formation du club, et non son fonctionnement ultérieur (Barillot, 2001). Ainsi, une façon de considérer la question de l'hétérogénéité au sein de la théorie des clubs revient à se référer à ce que l'on nomme dans la littérature « le club discriminant ». Pour élaborer son modèle, Tollison (1972), auteur fondateur de cette littérature, part du raisonnement de Buchanan évoqué plus haut. L'idée de l'auteur est d'introduire une pénalité sur la satisfaction des individus lorsqu'un nouveau membre se présente à l'entrée du club. Cette pénalité dépend

[59] En effet, l'augmentation de l'effectif du club affaiblit le bénéfice individuel, et dès que la taille optimale est atteinte, ce dernier devient inférieur au coût individuel ; le seuil de congestion est atteint et le club devient exclusif. De nouveaux membres sont dissuadés d'y adhérer.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

des caractéristiques personnelles de l'arrivant et peut être considérée comme un argument supplémentaire de la fonction d'utilité de façon à obtenir un effet de substitution entre la taille du club et la nature de l'altruisme qui anime les membres déjà présents. On définit ainsi, sur la figure 3, une « frontière des possibilités d'utilité », qui consiste en fait en une carte personnelle des préférences.

Figure 3 : Carte des préférences individuelles



Source : Barillot (2001

On nomme P cette pénalité. Lorsque P augmente, l'individu accorde un poids croissant à l'effet négatif que produit, sur son utilité, l'arrivée de personnes dans le club. N_B représente l'équilibre de Buchanan avec P=0, c'est à dire l'indifférence des agents économiques par rapport à leurs partenaires. En ce point, passe ainsi une courbe d'indifférence verticale (U_B). La deuxième solution en coin est représentée par le point A, pour lequel l'individu dispose d'une dotation en « environnement social », composé de N_1 personnes, qu'il a choisi et accepté lors de la formation du club (segment P_1A). Notons que, en A, la courbe d'indifférence est, par conséquent, horizontale (U_1) : l'individu est indifférent, dans un premier temps, à la taille du groupe. Ce modèle conduit à deux types de fonctionnement selon qu'il est possible ou pas d'exclure les nouveaux venus. Ainsi, lorsque l'on introduit une règle de non-exclusion, la courbe P_1AN_B devient parfaitement concave (P_1N_B), puisqu'il est impossible d'exclure a priori[60]. Les équilibres intermédiaires entre N_1 et N_B représentent un fonctionnement normal du club. Lorsqu'il est possible d'exclure a priori les individus non désirables, la discrimination implique une préférence pour la taille inférieure par rapport au modèle de Buchanan. **Les conséquences de l'hétérogénéité s'expriment ici en termes de taille**. Le problème du coût de transaction, dans sa complexité, est éludé car à la formation les individus sont soit apparemment homogènes, soit forcés d'accepter le club tel qu'il est.

[60] L'espace des possibles est réduit en raison de la diversité des acteurs et devient strictement proportionnel à la pénalité

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette présentation synthétique de la théorie des clubs appelle à trois commentaires concernant son application possible à notre sujet.

Premièrement, la théorie des clubs met en jeu des rapports coopératifs existant entre les individus qui partagent un bien collectif impur fourni par une structure communautaire. Ce bien est consommé exclusivement par les membres à l'intérieur de ces groupements. En revanche, les non membres restent exclus de la consommation de ce bien. En première analyse, on peut donc considérer que les actions des donateurs **(aide)** pour produire un bien collectif dans les pays du Sud **(la santé par exemple)** ne correspondent pas à la problématique de la théorie des clubs, cette dernière se concentrant sur des biens collectifs consommés par les membres du club qui les ont produits. Cette consommation permettant de maximiser l'utilité individuelle des membres. Mais l'approche utilitariste de cette théorie fait que l'on peut voir l'amélioration de la santé des pays du Sud comme un argument de la fonction d'utilité des pays donateurs. Dans le domaine du développement il est souvent invoqué la figure du bon Samaritain dont la fonction de gain dépend positivement de la satisfaction des pays bénéficiaires (*cf.* Ballet et *al*., 2007). Mieux, si l'on s'inscrit dans une approche en termes de bien public mondial, il devient évident que la production de la santé dans les pays du Sud est profitable aux donateurs et participe à la production d'un bien collectif, une sécurité sanitaire globale, consommé aussi par les donateurs.

Après avoir évacué la dichotomie apparente, liée à la consommation des biens collectifs produits par le club, il apparaît, deuxièmement, que la théorie des clubs (homogène ou non) ne permet pas de traiter correctement notre objet. Tout d'abord, dans cette théorie, l'hétérogénéité est réduite principalement à une divergence d'intérêts (les valeurs sont absentes). Ensuite, la communauté des donateurs ne forme pas explicitement un club, tel qu'il est envisagé par la théorie des clubs, car les obligations des donateurs ne sont pas uniformes et il n'a y a pas, contrairement au modèle de Buchanan (1965), d'opposabilité en termes de participation financière à la production du bien collectif. Enfin, la théorie des clubs reste emprisonnée par un mécanisme qui l'oblige à réduire l'hétérogénéité des acteurs, membres du club, pour réduire les coûts de transaction et gagner en efficacité. Les individus révèlent en effet leurs préférences pour la consommation de biens collectifs en se rendant dans des clubs qui leurs permettent d'atteindre leur optimum en matière d'utilité. On parle de « vote avec les pieds » (Tiebout, 1956). Dans ce processus, toutes les préférences s'expriment à travers le vote silencieux des pieds des individus qui entrent dans les communautés ou qui en sortent. Ce

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

processus amène les individus à se trier eux-mêmes en groupes aux goûts identiques. En conséquence, la théorie des clubs sous-estime l'importance de la dimension inclusive des actions collectives internationales. Nous voyons bien depuis une décennie, contrairement à la dynamique interne des clubs, que la taille de la communauté des donateurs n'a pas cessé d'augmenter et l'hétérogénéité y est assumée, voire revendiquée. L'exclusion reste une exception, qui tend d'ailleurs à disparaître, si l'on en juge par l'importance accordée à la mobilisation de « toutes les énergies » et l'esprit « démocratique » de l'agenda de la « gouvernance ». **Ainsi, la théorie des clubs ne rend pas compte correctement des dynamiques actuelles en matière de coordination. La théorie des clubs, issue du courant standard, semble ignorer l'existence d'autres moyens de gestion de l'hétérogénéité, en dehors de l'exclusion, issus d'autres courants : l'ambigüité, le compromis, le vote… La raison tient, en partie, au fait que ces mécanismes de délibération viennent des approches politiques ou institutionnalistes.** Cependant, si cette théorie est loin de pouvoir s'appliquer à la communauté des donateurs actuels et aux mécanismes de coordination (les partenariats public-privés-PPP- par exemple) au sein desquels le degré d'hétérogénéité en termes de préférences relatives à la production des biens collectifs est élevé, elle trouve son application dans le cas des petites communautés homogènes d'individus dont les membres se connaissent et se font mutuellement confiance dans la recherche d'objectifs communs de production (petites ONG et associations de développement par exemple).

Troisièmement, cette théorie met bien en valeur, malgré ses limites, l'un des apports majeurs de cette thèse à savoir : l'hétérogénéité des acteurs, en rendant difficile la coordination, favorise la dispersion. Les acteurs exclus d'un club sont obligés d'agir de façon isolée ou de constituer d'autres petits clubs homogènes pour produire les biens dont ils ont besoins. **La théorie des clubs expliquerait donc la dispersion liée à la multiplication des organisations et non la faiblesse de la coordination au sein des organisations[61].** Elle permet aussi d'envisager, contrairement à ce qui se passe actuellement, **une structuration des mécanismes de coordination sur la base d'une proximité sociopolitiques (ou proximité d'images politiques)** [62]**.**

[61] Un des éléments que nous cherchons à analyser dans cette thèse.
[62] Actuellement les mécanismes de coordinations, les partenariats public-privés, ont une structuration thématique. Ils rassemblent différents acteurs autour de thèmes ou d'objectifs communs.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Enfin, la théorie des clubs enseigne que la force d'attraction de la coordination est d'autant plus forte que les conditions de leur mise en œuvre sont aisées et que le bilan coût/avantage entre la participation et l'exclusion à la coopération est renforcé. Autant de conditions, qui, on le verra plus loin, favorisent la dispersion.

Au regard de tous ces éléments, nous ne recourons pas à la théorie des clubs pour traiter notre objet[63].

Une quatrième approche qui peut être envisagée pour étudier la faisabilité de la coordination est l'institutionnalisme. Cette conception a eu un impact réel sur la manière de concevoir les politiques de développement dans les pays du Sud. C'est pourquoi, avant de procéder à une analyse critique de cette approche théorique, il convient de montrer de façon synthétique comment les lectures institutionnalistes ont influencé les analyses sur l'aide des années 1960 aux années 2000.

1.3. Les institutionnalismes en économie et leurs implications pour notre objet

1.3.1. Institutionnalisme et économie de développement

A partir des années 1940, l'incontestable hégémonie internationale du courant néoclassique a presque totalement occulté les héritages de l'institutionnalisme originaire, et singulièrement ceux de l'institutionnalisme américain dont l'influence fut pourtant importante, depuis les travaux de Thorstein Veblen (1857-1929) et John Rogers Commons (1861-1945). C'est pourquoi, les premières théories de développement n'en font pas mention. L'économie du développement, issue des thèses du milieu des années cinquante, marquée d'une part, par la problématique des étapes de la croissance économique (Rostow, 1960, 1963), d'autre part, par la théorie néoclassique de la croissance (Solow, 1956), va totalement ignorer les institutions dans la dynamique économique de croissance régulière telle qu'elle a été mobilisée (*cf.* De Micheaux et *al.*, 2007).

[63] Cependant, nous verrons à la fin de la thèse que l'approche que nous retiendrons dans ce travail pour analyser la coordination en amont des donateurs conduira à des résultats qui vont dans le même sens que ceux qui pouvaient être obtenus à partir d'une théorie des clubs adaptée à notre objet. Nous verrons également qu'une certaine adaptation de la théorie des clubs permettra d'ouvrir des perspectives intéressantes pouvant compléter celles issues de notre thèse. Cette adaptation touche notamment à l'uniformité des obligations des membres du club et la nature de l'hétérogénéité des membres.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Situés à l'écart de la théorie économique standard, quelques travaux vont pourtant souligner l'absurdité qui consiste à ignorer les institutions dans l'analyse des problèmes de développement. Par exemple, Myrdal (1968, p. 23) estimait que le développement nécessite des transformations institutionnelles profondes pour réduire les inégalités économiques et sociales. Pour lui, l'équilibre n'existe pas et il soutient qu' « *un changement attire […] des changements additionnels, qui entraînent le système dans la même direction, mais plus loin que le premier. Du fait de cette causalité circulaire, un processus social tend à prendre un caractère cumulatif et à gagner de la vitesse à un rythme accéléré* ».

A l'intérieur du courant dominant, un léger tournant s'opère dans les années 1970 et 1980 avec les théories de la croissance endogène. En effet ces théories, à travers l'État, finissent par reconnaître un rôle aux institutions.[64] Pour les théoriciens de la croissance endogène (Romer, 1983, 1986, 1994 ; Barro, 1990, 2000 ; Aghion et Howitt, 2000 ;…), les principales sources de la croissance sont : l'accumulation des connaissances et du capital humain, l'apprentissage par l'expérience, les innovations technologiques, les infrastructures publiques (de formation, de recherche et de communication…). Tous ces éléments jouent un rôle déterminant dans la dynamique économique car ils engendrent ce que l'on appelle des « externalités positives », c'est-à-dire des effets bénéfiques, sinon pour la société dans son ensemble, du moins pour d'autres acteurs de la vie économique. Or, il n'est pas dans la logique du marché de rémunérer les producteurs de ces externalités positives (notamment les externalités de connaissances). De la même façon, mais dans le sens opposé, ce n'est pas non plus dans la logique du marché de pénaliser les auteurs d'externalités négatives telle que la pollution. En somme, pour les théoriciens de la croissance endogène, l'intervention publique est nécessaire pour limiter les externalités négatives et pour stimuler la production d'externalités positives. Le marché étant inopérant pour atteindre l'optimum social, l'action de l'État est nécessaire pour modifier l'environnement institutionnel dans un sens favorable à la croissance économique et au bien-être collectif.

Ce tournant va s'approfondir dans la deuxième moitié des années 1990 avec les échecs des politiques d'ajustement structurel qui considéraient que l'intervention de l'État était nuisible au développement. Ces quinze ou vingt dernières années furent marquées par un renouveau plus ou moins vigoureux du courant institutionnel en économie qui se poursuit aujourd'hui. On a

[64] L'Etat doit fournir les infrastructures, investir dans l'éducation et la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

même évoqué un « tournant institutionnaliste » au début des années 2000 (Jessop, 2001). Ce tournant, que se sont approprié opportunément les institutions internationales, est surtout porté par la nouvelle économie institutionnelle (NEI).

La NEI va redéfinir le rôle des États en matière de politiques de développement. Elle va être portée et promue par les institutions de Bretton Woods, plus exactement la Banque mondiale, à travers notamment le concept de « bonne gouvernance » (Banque mondiale, 1997, 1998). Dans le domaine du développement, les travaux de la NEI vont être centrés sur l'étude des bases institutionnelles couplées à des variables macro-économiques plus classiques dans l'optique d'établir une relation entre la qualité des institutions et la croissance économique. Ces travaux, malgré une certaine popularité auprès des institutions, posent un certain nombre de problèmes d'ordre méthodologique et normatif. Leur intérêt est fondé sur la possibilité de comparer les institutions de différents pays, mais cette comparabilité fait fi de la trajectoire historique (Cartier-Bresson, 2010). D'un point de vue méthodologique, si les institutions influencent les performances économiques, il ne faut pas perdre de vue que l'inverse peut aussi être vrai. D'un point de vue normatif, cela contribue à renforcer le *benchmarking*[65] institutionnel qui peut présenter autant d'effets pervers que le *benchmarking* macroéconomique de l'ajustement structurel. L'histoire qui peut varier d'un pays à l'autre est un déterminant de la nature des institutions. Or le *benchmarking* institutionnel, tout comme le *benchmarking* macroéconomique, ne prend pas en compte le contexte socio-historique.

Après cette rapide rétrospective de la façon dont les lectures institutionnalistes ont influencé les politiques de développement mises en œuvre dans les pays du Sud durant ce dernier demi-siècle, nous allons faire une présentation critique de l'approche institutionnaliste et ceci afin de faire émerger notre propre cadre d'analyse.

[65] Le *benchmarking* est une technique qui vient du monde de la gestion (marketing notamment). Elle consiste à étudier et analyser les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres (entreprises, Etats, et autres organisations) afin de s'en inspirer et d'en retirer le meilleur. C'est un processus continu de recherche, d'analyse comparative et d'importation des meilleures pratiques pour améliorer la performance dans une organisation ou celle d'un pays.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.3.2. Les deux courants institutionnalistes

En science économique, on distingue deux courants institutionnalistes (Mayntz et Scharpf, 2001). *Une économie institutionnelle*[66] qui cherche des explications institutionnelles aux situations économiques et un *institutionnalisme économique* qui tente d'expliquer les institutions par des arguments économiques.[67] Cette typologie semble être acceptée, à des nuances près, par la plupart des auteurs du courant institutionnaliste. Pour notre analyse nous recourons au premier courant qu'est *l'économie institutionnelle*. Ce courant est aussi qualifié d'institutionnalisme originaire par Chavance (2007).[68] Mais cette dernière approche sera retravaillée pour l'adapter à notre objet d'étude. Pour expliquer notre choix nous allons revenir sur ce qui réunit et ce qui distingue ces deux approches institutionnalistes.

Nous ne nous attarderons pas sur les fondements historiques de l'économie institutionnelle ou de la nouvelle économie institutionnelle. Les influences de Marx, de la philosophie pragmatique américaine et de l'école historique allemande, bien que récusées par certains (Mayhew, 1987), semblent claires (Colin 1990, Bazzoli 2000). Ces sources d'inspirations ont en effet été largement développées dans les travaux (Samuels, 1995, p. 576 ; Baslé, 1955). La présentation de ces deux courants institutionnalistes nous permettra d'indiquer pourquoi nous allons nous inspirer de l'institutionnalisme historique.

Commençons par souligner ce qui distingue l'analyse économique néo-classique de l'analyse institutionnaliste. Si l'on veut situer l'approche institutionnelle par rapport à l'économie néo-classique, il faut dire que l'approche institutionnelle, à la différence du paradigme néoclassique qui nourrit l'ambition de faire de l'économie une science dure dont le concept central est celui de l'équilibre, met au contraire l'accent sur les processus – ou « séquences *temporelles de changement cumulatif* » – plutôt que sur l'équilibre (Chavance, 2007, p. 24). Elle se distancie aussi, à des degrés divers, des postulats de la rationalité calculatrice individuelle, de l'utilitarisme caricatural et de la formalisation mathématique de l'économie néoclassique (Chavance, 2007, p. 24). Les institutionnalistes en viennent ainsi à dépasser la base néo-classique (l'acceptation d'une structure des droits et d'une répartition donnée des richesses,

[66] Qualifiée aussi d'institutionnalisme historique.
[67] On utilise aussi la terminologie « nouvelle économie institutionnelle » ou « *New Institutional Economics*».
[68] Traduction de l'expression anglaise « *Original Institutional Economics* » à l'origine de laquelle se trouve Thorstein Veblen, à la fin du 19e siècle.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

qui conduit à percevoir les avantages et les coûts comme naturels et non comme dérivés de la répartition des droits) pour s'interroger sur les conditions d'apparition de cette structure et sur son devenir possible. La conception substantive qu'ils ont de la science économique [69] va donc plus loin que celle, dite formelle, retenue par l'orthodoxie dominante qui limite le champ d'analyse de l'économiste à l'allocation des ressources rares à des fins multiples. Les institutionnalistes, eux, sont moins concernés par cette allocation statique que par l'organisation et les mécanismes de contrôle de l'économie qui sont des éléments considérés par le courant orthodoxe soit comme donnés, soit comme des « boîtes noires ». C'est le plus grand dénominateur commun des courants institutionnalistes, mais le consensus s'arrête là. De l'ancien institutionnalisme (*Old Institutionalism*) à la « nouvelle économie institutionnelle » apparue dans les années 1980 sous l'impulsion d'Oliver Williamson et de Douglass North, l'économie institutionnelle constitue une famille dans laquelle les thèses défendues sont différentes, voire opposées.

Qu'est ce qui distingue alors les deux courants institutionnalistes ? L'expression « nouvelle économie institutionnelle» ou NEI (*New Institutional Economics*) a été forgée dans les années 1970 par Oliver Williamson qui réintroduira dans la théorie économique standard la problématique des institutions qui étaient considérées comme extérieures au champ économique par le courant dominant. Williamson « *conçoit cependant les institutions en termes d'organisations – essentiellement les firmes, poursuivant en cela la réflexion amorcée dans les années 1930 par Ronald Coase sur l'existence de la firme – définies comme des modalités efficaces de coordination des acteurs destinées à pallier ou à suppléer les mécanismes de marché* » (Mampaey, 2009, p.24). La NEI ne se départît toutefois pas de l'individualisme méthodologique de l'économie néoclassique, les phénomènes sociaux étant toujours interprétés à travers l'analyse des interactions individuelles, entre « agents rationnels ». Le principe d'évolution des institutions en est ainsi réduit à une fonction de préférences stable dans un cadre néoclassique : les institutions résultent des habitudes et des actions individuelles mais, une fois établies, elles n'auraient pas d'effet sur les individus et ne feraient que contraindre leurs choix. La NEI définit donc l'économie comme une « science des choix » qui réfute le processus de causalité cumulative et d'interdépendance circulaire mis en avant par Veblen et développé ensuite par Myrdal et Perroux (Mampaey, 2009).

[69] Etude des procès qui fournissent les biens et services demandés par la société.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

William Dugger, considéré comme l'un des chefs de file des institutionnalistes radicaux[70], porte un jugement sévère sur la NEI de Williamson qui, selon lui, est certes « nouvelle » en ce sens qu'elle porte un regard nouveau sur la nature de la firme moderne, mais certainement pas « institutionnelle » car elle ne partage aucune des caractéristiques fondamentales de l'institutionnalisme. Dugger (1990, p. 424) résume ces caractéristiques en six principes essentiels qu'il oppose à l'approche de Williamson. Les plus importants pour notre analyse sont les suivants[71] :

- **L'institutionnalisme insiste sur le rôle du pouvoir dans l'économie**. Pour Williamson par contre, l'économie se limite à un système de marchés dans lequel pouvoir et contrainte n'ont qu'un rôle insignifiant. En d'autres termes, comme le souligne Robert Bates (1988), la NEI a tendance à présenter la création des institutions comme un processus quasi contractuel caractérisé par un accord volontaire entre des acteurs relativement indépendants et égaux, tout à fait comme on le trouve dans l' « état de la nature ». Pareille approche sous-estime le fait que l'asymétrie des relations de pouvoir confère beaucoup plus d'influence à certains acteurs qu'à d'autres dans le processus de création des institutions.[72]

- **Les institutionnalistes approchent l'étude des institutions dans les économies avec le scepticisme des réformateurs**. Inversement, la NEI a une vision a priori favorable aux institutions existantes et même naïve selon Dugger (1990). Les institutions sont considérées comme efficaces pour minimiser les coûts de transaction. L'approche très « fonctionnaliste » de la NEI postule souvent que les institutions actuelles sont les plus

[70] L' « institutionnalisme radical » est une conception de l'institutionnalisme qui combine les éléments les plus radicaux de la pensée institutionnaliste américaine, notamment développés par Veblen, et la pensée marxiste (Dugger, 1995 ; 2006 ; Dugger et Sherman, 1997 ; O'Hara, 1997 ; O'Hara et Howard, 2004 ; Stanfield, 1989a).

[71] Les deux autres principes non cités dans ce texte sont : Le scepticisme institutionnaliste est concentré sur la dichotomie veblenienne entre activités utiles et activités prédatrices, entre l'instinct ouvrier et l'instinct prédateur, entre l'activité technologique (dynamique) et l'activité cérémoniale de l'institution (résistante au changement). Cette dichotomie ne joue aucun rôle dans la NIE ; Avec quelques variantes, les institutionnalistes retiennent du philosophe pragmatiste américain John Dewey et des travaux de Clarence Edwin Ayres le concept d'évaluation instrumentale qui indique que l'action et la recherche se déroulent invariablement suivant un *continuum* moyens-fins-moyens. Williamson développe au contraire une version très sophistiquée du « laissez-faire » et voit ces mécanismes d'ajustement comme des obstacles à l'efficacité (Mampaey, 20009).

[72] Pour une analyse pénétrante qui tente d'introduire une prise en compte des asymétries du pouvoir dans l'analyse de la création des institutions en termes de choix rationnels, voir J. Knight (1992), *Institutions and Social Conflict*, Cambrige University press. La non prise en compte de l'asymétrie de pouvoir peut poser un sérieux problème méthodologique, même dans l'analyse des interactions dans une démocratie « apaisée », dans la mesure où des majorités peuvent souvent imposer des changements institutionnels aux minorités, comme le montrent des études portant sur le gouvernement des partis. Voir Cox G. W. et McCubbins M. D. (1993), *Legislative Leviathan: Party Government in the House*, Berkeley, University of California Press.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

efficaces, étant donné les conditions initiales. Cette approche, appliquée à l'aide au développement, suggère par exemple que, d'une part, le régime d'aide publique actuel est meilleur à tous les précédents et à tous les projets alternatifs, d'autre part, l'évolution de l'aide publique en général et celle de la santé en particulier sont portées uniquement par une recherche d'amélioration de l'efficacité des politiques menées. Ce qui revient à dire que les donateurs ont choisi les meilleures institutions possibles[73]. En effet, pour la NEI, ce sont les acteurs (*l'homo economicus* de la théorie néoclassique) qui déterminent les institutions à travers des contrats (Bates, 1988).

- **Les institutionnalistes adoptent une approche évolutionniste pour analyser les rapports sociaux**. Cette approche est historique, analyse des processus sociaux en perpétuelle évolution, et étudie l'interaction dynamique entre technologies et institutions. Le cadre analytique de Williamson n'est pas dynamique mais statique, il n'est pas historique mais hypothétique. En effet, avec une approche souvent rétrospective, l'origine d'une institution donnée est expliquée pour une large part à partir des effets de son existence. L'existence de l'institution est expliquée ainsi, par référence à la valeur que prennent les fonctions remplies par l'institution aux yeux des acteurs influencés par l'institution. Cette formulation présuppose que les acteurs créent l'institution de façon à réaliser cette valeur.[74] Cette valeur est, elle, conceptualisée le plus souvent comme un gain tiré de la coopération. Le processus de création d'institutions est, lui, généralement centré sur la notion d'accord volontaire entre les acteurs intéressés. Mais la méthode d'analyse de cette école n'est pas sans poser problème. En effet, bien qu'il soit possible que la qualité des services rendus par une institution contribue à la permanence de l'institution, il ne faut pas confondre l'explication de cette permanence et l'explication de l'origine de l'institution. Le monde offre de nombreux exemples d'actions aux conséquences non voulues, ainsi, remonter des conséquences aux origines est une voie hasardeuse (Bates, 1988) ;

- **Les institutionnalistes conçoivent l'économie et l'individu comme des éléments d'une culture,** c'est-à-dire comme des parties d'un ensemble en mouvement. Leur approche est holistique et rejette l'individualisme méthodologique. Bien que Williamson rejette la rationalité omnisciente de *l'homo œconomicus*, il n'endosse pas pour autant la

[73] Soulignons que si l'on acceptait cette hypothèse, notre thèse n'aurait plus un grand intérêt.
[74] Les promoteurs des partenariats public-privés semblent avoir la même lecture comme nous le verrons plus loin.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

rationalité culturelle de *l'homo institutionalis* des institutionnalistes (Mampaey, 2009). Les institutionnalistes qui n'adoptent pas l'approche de la NEI partent du constat que le monde est saturé d'institutions, pour attirer notre attention sur la façon dont les relations de pouvoir inscrites dans les institutions existantes confèrent à certains acteurs ou intérêts davantage de pouvoir qu'à d'autres concernant la création des nouvelles institutions.[75] La démarche institutionnaliste souligne aussi utilement le fait que le monde institutionnel existant circonscrit l'éventail des créations possibles. Pour étudier les institutions d'aide actuelles, il faut partir des pratiques ou situations qui ont précédé ces institutions et développer aussi une conception plus large des raisons pour lesquelles une institution particulière peut être choisie. Cette conception allant au-delà des seules considérations d'efficacité pour englober le rôle que peuvent jouer, dans ce processus, les efforts interactifs d'interprétation et le souci de légitimité sociale.

A ce stade, il convient de présenter sur les raisons qui nous ont poussé à ne pas recourir à la NEI et d'indiquer les éléments que nous comptons ajouter à l'institutionnalisme historique pour l'adapter à notre objet.

1.3.3. De l'institutionnalisme historique à l'institutionnalisme centré sur les acteurs

Précisions d'abord que les critiques de Dugger à l'endroit de la NEI sont partagées par plus d'un. Par exemple, au regard des travaux de Frobert et Ferraton (2003, p.105), on constate que les critiques avancées par Dugger sont identiques à celles avancées par Myral (1978) à l'encontre de la théorie néo-classique. Nous les reprenons à notre compte. Nous nous démarquons de la NEI en estimant que cette dernière partage avec l'approche néoclassique l'erreur de considérer les individus, leurs préférences et leurs désirs comme donnés, alors que l'apport essentiel de l'institutionnalisme originaire est au contraire de considérer que, si ce sont bien les interactions entre individus qui conduisent à la formation des institutions, ces dernières influencent en retour les finalités et les préférences individuelles.[76] Pour nous, toute analyse

[75] On peut remarquer que les nombreuses analyses de la NEI sont apolitiques et ne parlent pas de pouvoir ou de conflits.

[76] On peut ajouter d'autres raisons. En effet, notre volonté d'inscrire nos analyses dans une perspective réaliste nous oblige à nous éloigner des méthodes hypothétiques qui conduisent la NEI à déboucher sur le fonctionnalisme des institutions que nous considérons comme naïf. Une démarche « réaliste » de recherche de compréhension des interactions entre acteurs variés ne peut reposer méthodologiquement sur le positivisme logique de la théorie néoclassique (la théorie néoclassique appuie son analyse sur le positivisme logique, d'où l'emploi d'une méthode

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réaliste requiert de considérer, à l'instar de ce qu'écrit Chavance, que : *« les institutions contraignent les comportements mais elles les rendent aussi possibles. […] Cet aspect des institutions est négligé par la 'nouvelle économie institutionnelle'. Les institutions ne dépendent pas seulement des activités des individus mais elles les contraignent et elles les forgent aussi ; cette rétroaction positive consolide encore le caractère auto-renforçant et auto-entretenu des institutions* » (Chavance, 2007, p. 97).[77]

Ce point de vue critique à l'égard de la NEI est également celui de Geoffrey M. Hodgson. Hodgson conserve de l'institutionnalisme originaire une conception beaucoup plus large des institutions. « *Les institutions sont des systèmes durables de règles sociales et de conventions établies, encastrées, qui structurent les interactions sociales. Le langage, la monnaie, le droit, les systèmes de poids et mesures, les manières à table, les firmes (*et autres organisations*)*[78] *sont tous des institutions*[79] » (Hodgson, 2003, p. 163).

En effet, si l'on admet que les institutions dépendent le plus souvent de logiques sociopolitiques, alors, soit on considère que leur création est extérieure au champ de l'économie, et on les traite comme données pour s'intéresser à leurs effets économiques, soit on cherche à revenir sur les conditions de leur émergence et de leur fonctionnement en faisant appel à l'économie politique, l'histoire, la science politique ou aux travaux sociologiques (De Micheaux et *al*., 2007). Dans ce dernier cas, on rejoint Myrdal (1968, préface, IX) qui disait : « *mon itinéraire personnel depuis ma jeunesse m'a apporté la conviction croissante que les problèmes économiques ne pouvaient être étudiés isolement, mais devaient l'être dans le cadre démographique, social et politique* ».

Mais la conception que l'institutionnalisme originaire a des institutions est trop large pour notre objet. Une telle conception conduit, en règle générale, à un déterminisme

identique pour les sciences sociales et les sciences de la nature avec l'idée de découvrir des « lois »), notamment en raison des hypothèses sur la rationalité des agents et les raisons de l'émergence des institutions.

[77] Traduction de Chavance [2007] pour : "*Institutions both constrain and enable behaviour. […] This aspect of institutions is neglected in the 'new institutional economics'. Because institutions not only depend upon the activities of individual but also constrain and mould them, this positive feedback gives institutions even stronger self-reinforcing and self-perpetuating characteristic*s" (Hodgson, 2003, pp. 163-164).

[78] Les termes entre parentheses ont été ajoutés par l'auteur.

[79] Traduction de Chavance [2007] pour : "*Institutions are durable systems of established and embedded social rules and conventions that structure social interactions. Language, money, law, systems of weights and measures, table manners, firms (and other organisations) are all institutions*".

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

institutionnel qui ne donne pas de place à un comportement calculateur ou stratégique des acteurs dans leurs actions. Il est important pour le traitement de notre problématique de prendre en compte le fait que si les acteurs sociaux sont équipés de visions du monde diverses, ils calculent également sur la base de ces visions et de leurs intérêts. **Ainsi, on situe notre travail dans le vaste programme de recherche de la *old institutional economic* tout en refusant le caractère totalement déterministe des institutions que certains travaux comportent**. Les partenariats public-privés sont un espace de régulation où les acteurs agissent.[80] Au final, nous reprenons les fondements de l'institutionnalisme historique et nous nous positionnons comme leur héritier.[81]

En réalité, un certain nombre de contraintes, qu'il faut intégrer simultanément dans l'analyse, s'imposent à nous pour rendre compte fidèlement du fonctionnement réel (constaté) d'acteurs variés en partenariat :

- adopter pour les besoins de l'analyse la même perspective que ceux qui promeuvent la coordination au moyen des partenariats entre acteurs publics et acteurs privés en supposant des acteurs égaux[82] et en donnant un rôle actif aux acteurs dans l'analyse de la faisabilité d'une coordination efficace.
- s'inscrire dans la réalité observée en prenant en compte la diversité des acteurs en termes d'images politiques et le fait que ces acteurs calculent sur la base de leur vision.[83]

Nous ne visons donc pas ici une explication complète de tout arrangement institutionnel en vue d'une amélioration de l'efficacité de l'aide, mais plutôt une explication d'un type d'arrangement institutionnel en procédant à une simplification de son fonctionnement réel. C'est pourquoi nous allons recourir à un institutionnalisme centré sur les acteurs dont les éléments

[80] Mais pas toujours de la façon qu'attendent les promoteurs des partenariats.
[81] Dans cette construction du cadre d'analyse, on pourrait s'étonner qu'on ne fasse pas allusion aux théories de la régulation et des conventions qui sont pourtant « apparentées » au courant institutionnaliste. La raison est que la théorie de la régulation et la théorie des conventions présentent des limites pour étudier un objet qui fait une place aux acteurs et aux conflits. La théorie de régulation, par exemple, « *se représente le conflit, mais peine à y identifier des acteurs, souvent compris dans la structure de régulation, comme l'acteur bourdieusien l'est dans son habitus* » (Postel et Soblel, 2006, p. 140). La théorie des conventions, à la différence de la théorie de la régulation, a, quant à elle, une théorie de l'action, même si elle n'est pas toujours clairement exprimée. Mais ce qui est important de noter ici, c'est que la théorie des conventions n'a pas introduit la possibilité du conflit dans sa compréhension de l'interaction. Ce qui amène Postel et Sobel (2006, p. 140) à dire que nous avons « *du conflit sans acteur d'un côté, une théorie de l'acteur sans conflit de l'autre* ».
[82] Cette égalité est selon nous fictive, car s'il n'y a pas de hiérarchie ou de donneurs d'ordre, il y a des acteurs leaders. Le principe d'égalité influence cependant les décisions collectives.
[83] Nous montrerons par la suite que les promoteurs des partenariats public-privés ne prennent pas en compte le fait que les images politiques constituent un référentiel pour l'action des donateurs.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

constitutifs viennent de l'institutionnalisme historique et des théories de l'action.[84] À ce stade, une mise en garde s'impose. La cadre d'analyse que nous voulons construire ne se veut pas un cadre théorique pour tout objet d'étude ressemblant au nôtre, mais un cadre construit pour étudier un objet bien précis (cependant cela ne signifie pas que l'on ne peut pas en tirer des enseignements théoriques).

2. Cadre d'analyse : un institutionnalisme centré sur les acteurs

L'institutionnalisme centré sur les acteurs a été essentiellement développé par Mayntz Renate, Scharpf Fritz et leur équipe de recherche du *Max Planck Intitut für Gesellschaftsforschung* de Cologne. Il est le fruit d'un cheminement de longue haleine de deux spécialistes en science politique. L'appartenance de cette approche aux sciences politiques explique probablement pourquoi Chavance (2007) ne l'aborde pas dans son ouvrage qui traite pourtant de la diversité des courants institutionnalistes. Nous pensons qu'une entrée par la politique, dans le traitement économique que nous allons faire de notre objet, est pertinente. Or, en général, dans la science économique, la politique en tant qu'activité humaine et dimension de l'organisation sociale n'a aucune existence propre et explicite (Postel et *al*., 2009). Parlant de la nécessité pour la science économique de se rattraper dans ce domaine, après plusieurs années de domination du courant néoclassique, Hirschman (1984, p. 107) souligne que « *[…] les dégâts causés par l'approche économique fondée sur le modèle traditionnel de l'intérêt particulier, ne consistent pas seulement dans le fait qu'on a négligé le comportement altruiste. Ils s'étendent sur de larges secteurs de l'analyse traditionnelle et sont dus à un modèle beaucoup trop simpliste du comportement humain en général. **Ce qu'il faudrait, c'est que les économistes incorporent à leur analyse, quand c'est indiqué**, des émotions et des traits fondamentaux tels que le désir de pouvoir et de sacrifice, la peur de s'ennuyer, le plaisir et de **l'engagement** et de l'inattendu, **la recherche de sens et de solidarité**, etc.* »[85]

Dès le milieu des années 1960 et 1970, des chercheurs ont commencé à s'interroger sur les capacités à **ordonner ou coordonner différentes formes de demande sociale** (Giraud, 2001). Très tôt, les travaux néo-corporatistes se sont intéressés aux liens entre structures organisationnelles et institutionnelles, **mobilisations sociales, légitimité et construction d'un langage commun par des acteurs provenant d'univers différenciés et porteurs d'intérêts**

[84] Les éléments de cette théorie que nous allons utiliser seront précisés dans la section 3.
[85] Passages mis en gras par l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

divergents (Lehmbruch, 1982). Ces travaux ont commencé par examiner comment des institutions sociales et politiques, comme celles qui sont associées à l'organisation du travail et du capital, pouvaient structurer les interactions sociales de façon à engendrer des situations politiques et économiques propres à chaque pays (Zysman, 1983 ; Lehmbruch et Schmitter, 1982 ; Hall, 1986). **Cela a donné lieu à un rapprochement entre l'institutionnalisme historique et la théorie néo-corporatiste**. Nombre de ces travaux portent sur des comparaisons transnationales ou sur l'étude comparative de politiques publiques et soulignent généralement l'impact des institutions politiques nationales, y compris celles qui structurent les relations entre les législateurs, les intérêts organisés (Hall et Taylor, 1997). Il faut noter toutefois que l'apport de ces travaux se déduit d'observations sectorielles et n'a pas débouché sur des conclusions généralisables au-delà des sphères du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale (Giraud, 2001). **Leur apport principal est d'avoir montré que ce ne sont pas les préférences, les stratégies ou les choix d'un seul acteur qui déterminent les résultats, mais l'effet croisé des actions de tous les acteurs concernés** (Smyrl, 2005). Or, pour l'institutionnalisme historique, de façon générale, l'issue de l'action collective est déterminée par les institutions. En effet, si l'institutionnalisme historique rejette la tendance de nombreux travaux structuro-fonctionnalistes à considérer que les caractéristiques sociales ou culturelles des individus comme les paramètres régissant une bonne partie du fonctionnement du « système », pour eux l'organisation institutionnelle est le principal facteur qui structure le comportement collectif (Hall et Taylor, 1997). La conclusion de l'institutionnalisme historique diffère donc de celle de l'institutionnalisme centré sur les acteurs. Rappelons que ce dernier considère que **ce ne sont pas les préférences, les stratégies ou les choix d'un seul acteur ou d'une institution qui déterminent les résultats, mais l'effet croisé des actions de tous les acteurs**. C'est cette conclusion qui va guider la construction de notre cadre d'analyse.

En questionnant la possibilité qu'un arrangement institutionnel[86] conduise à une coordination efficace, notre problématique touche à la fois aux acteurs et aux institutions. Tenir compte de ces deux derniers éléments constitue donc une condition minimale pour obtenir un cadre d'analyse pertinent.

[86] Ici, les partenariats public-privés et plus largement les partenariats multi-acteurs. Ce terme sera présenté et défini dans la section 3.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.1. Une vue d'ensemble du cadre d'analyse

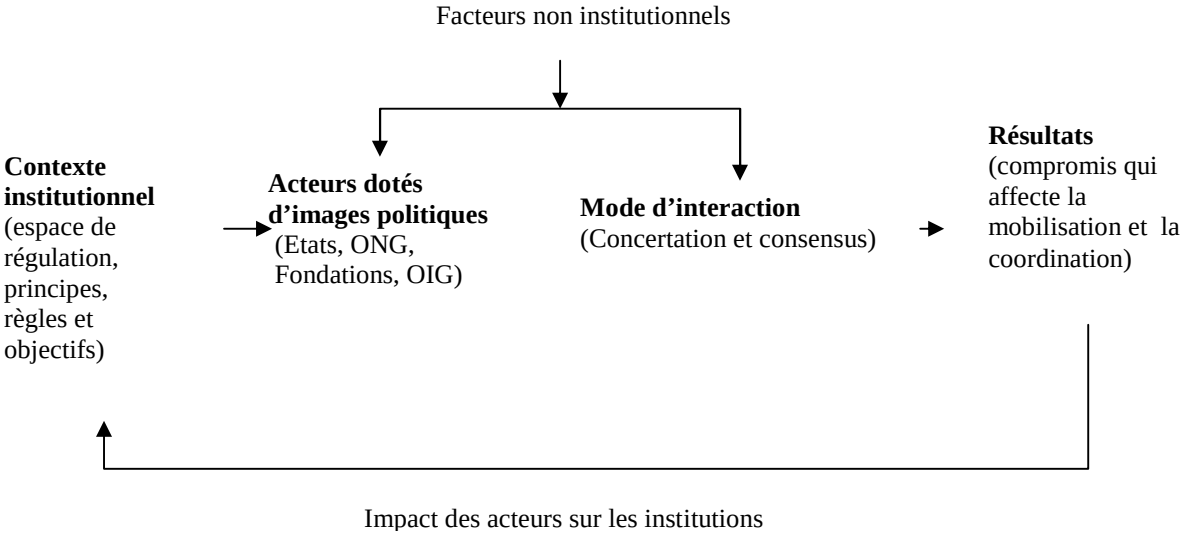
L'institutionnalisme centré sur les acteurs, approche que nous allons retenir pour notre objet d'étude, se rattache à l'approche historique sans s'y confondre. Tout d'abord, nous choisissons une conception relativement étroite des institutions. En effet nous retirons du concept d'« institutions » les normes et les valeurs. Tous les autres aspects restent maintenus. Cette séparation vise à favoriser la clarté dans l'argumentaire.[87] Les institutions sont donc ici envisagées comme des espaces de régulation plus ou moins formalisés. Ainsi, à la différence de l'institutionnalisme centré sur les acteurs, l'institutionnalisme historique considère que « *les institutions sont des régularités dans des interactions récurrentes, des habitudes et des règles qui fournissent aux individus un ensemble de stimulants ou de freins* » (North, 1986, p. 231). Dans cette thèse, **nous entendons par institutions un ensemble de principes, de règles de procédures de décisions souvent explicites dans un secteur donné dans le but de permettre une action collective qui peut être efficace ou non**. Une telle définition nous rapproche, par ailleurs, de la littérature institutionnaliste sur les relations internationales qui définit les institutions (on parle aussi de régime) comme « *des ensembles de principes, de normes, de règles, de procédures de décision implicites ou explicites autour desquels les attentes des acteurs convergent dans un secteur donné des relations internationales*[88] » (Krasner, 1983, p.2). La figure (4) est une tentative de schématisation de cette approche qui sera progressivement affinée.

[87] On est toutefois conscient que les aspects formels et informels des institutions sont intrinsèquement liés et forment un tout.

[88] Cette approche reste très proche de l'institutionnalisme historique avec l'aspect spécifiquement normatif (les standards de comportement définis en termes d'habitudes et d'obligations rapprochent ces travaux de la tradition historique ou sociologiques).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Figure 4 : Vue d'ensemble du modèle analytique



Source : Adapté d'après Mayntz et Scharpf (2001).

Cette orientation analytique, fondamentale pour l'ensemble de la démarche, a deux conséquences importantes (Mayntz et Scharpf, 2001). D'une part, les institutions ne sont pas interprétées simplement comme le résultat d'un développement évolutionniste et tenues pour acquises : elles peuvent être volontairement modifiables par l'action d'acteurs identifiables. Cette approche considère donc les institutions comme des variables aussi bien dépendantes qu'indépendantes. D'autre part, en se limitant aux aspects de régulation, on met en valeur une prémisse, **souvent simplement citée de manière formelle, selon laquelle le contexte institutionnel autorise ou entrave l'action, mais ne la détermine pas totalement**. Bien qu'elles s'en défendent, les approches institutionnalistes historiques ou sociologiques sont souvent déterministes concernant l'action des acteurs. Et ce surtout lorsque le concept d'institutions est assez large pour englober non seulement les normes du comportement adéquat, mais aussi les éléments cognitifs et symboliques influençant l'action. **Si on inclut encore dans ce concept les pratiques de la vie quotidienne, sans se poser la question de leur provenance, les acteurs sont alors privés de toute latitude.**[89] Une conception élargie est peut-être exploitable dans les théories sociologiques qui s'intéressent au comportement individuel moyen. En revanche, l'analyse des processus de régulation et d'autorégulation au niveau d'un secteur social (ici l'aide à la santé) exige quant à elle une conception étroite des institutions pour qu'on puisse considérer l'action des acteurs comme une variable ayant une certaine autonomie.

[89] Par exemple, dans l'approche régulationiste, qui se présente comme appartenant à la famille institutionnaliste, la mise en rapport des individus et des structures (formes d'institutions) n'est pas « directe » et s'opère par l'intermédiaire des règles du jeu social dans lequel elle est prise (Postel et Sobel, 2006, p.134).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Comme l'a rappelé Alexender (1992), l'analyse des structures sans référence aux acteurs est tout aussi déficiente que l'analyse de l'action des acteurs sans référence aux structures. L'institutionnalisme centré sur les acteurs surmonte cette dichotomie par sa double perspective sur les acteurs et sur les institutions. La démarcation explicite, ainsi proposée, entre institutions et actions observables, rejoint ainsi le débat de longue date sur les rapports entre acteurs et système (Crozier et Friedberg, 1977) ou structure et *agency* (Giddens, 1984). Ce débat porte toutefois plus sur le *primat* de la structure ou de l'action de l'acteur que sur l'intégration de ces deux perspectives (Mayntz et Scharpf, 2001).

Avec notre cadre d'analyse, l'action des acteurs a toujours une fonction de « cause première », tandis que le cadre institutionnel représente la « cause seconde[90] ». Entre ces deux pôles, de nombreux facteurs interviennent pour co-déterminer les actions des acteurs et leurs relations. Par exemple, si les interactions entre certains acteurs sont motivées par des règles, on peut penser que les situations réelles contiennent également de nombreux éléments non institutionnels (nécessité d'agir, relation amicale entre acteurs, visions communes), mais structurant les actions. Nous allons maintenant détailler les composantes de notre cadre d'analyse.

2.2. Les éléments du cadre d'analyse et leurs articulations

Le contexte institutionnel

Dans ce cadre d'analyse, par contexte institutionnel nous entendons les règles qui :

- définissent les normes (matérielles) de comportement et de procédure (formelles) dans des situations données.
- autorisent ou au contraire refusent l'accès de certains groupes à des ressources financières, juridiques, personnelles techniques ou naturelles,
- et déterminent les relations entre acteurs concernés (notamment de dominance et dépendance). Ici, les acteurs sont considérés comme égaux.

Par ailleurs, il faut ajouter que c'est le contexte institutionnel qui définit :

[90] Dans la littérature anglophone on utilise *proximate cause* pour cause première et *remote cause* pour cause seconde.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- les objectifs de l'interaction, la coordination étant un de ces objectifs.
- les acteurs participant à la délibération.

Les règles jouent, dans une telle perspective, un rôle de régulation en ce sens qu'elles permettent d'encadrer l'interaction afin d'obtenir la régulation plus ou moins souhaitée. Ces règles déterminent aussi le degré d'autonomie des acteurs bien qu'elles ne puissent l'éliminer totalement.

Les acteurs

Les acteurs envisagés dans cette étude sont des organisations, donc des acteurs corporatifs. Selon la définition de Coleman (1974), un acteur corporatif est un groupe organisé de façon formelle, majoritaire dans son sous-ensemble social, et disposant pour agir de ressources centralisées, c'est-à-dire qui ne sont plus disponibles au niveau individuel des membres, dont l'utilisation est déterminée soit par la voie hiérarchique (État, entreprise), soit à la majorité (associations, partis politiques). Ces acteurs dont nous étudions ici les interactions sont essentiellement les États (les bailleurs de fonds du Nord et les bénéficiaires), les organisations intergouvernementales (Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale, le Fonds des Nations unies pour l'enfance, etc.), les ONG (Médecins sans frontières, les Avocats pour santé dans le monde, etc.) et les entreprises (Sanofi-Aventis, Novartis, etc.). Bien que cela soit discutable, nous allons, pour des raisons de simplification, assimiler les positions prises, lors des délibérations, par les acteurs individuels représentant les organisations aux positions de leurs corporations[91]. Ces acteurs sont guidés par des valeurs et orientations différentes qui jouent un rôle important dans l'interaction[92].

Pour synthétiser ce qui vient d'être dit dans les sous-sections 2.1 et 2.2., il faut souligner de façon explicite qu'au niveau conceptuel, les normes font partie, comme les règles, des institutions. Cependant pour mener à bien notre analyse nous avons séparé règles et normes pour principalement les raisons suivantes :

[91] En réalité, l'issue d'une interaction peut dépendre de l'acteur délégué s'il n'a pas un mandat impératif.
[92] Notons toutefois que dans la science économique, on utilise la notion d' « agent » au lieu d' « acteur ». Nous n'avons pas utilisé la notion d' « agent » puisque l'agent, en économie, est dégagé de toute attache culturelle, sociale ou politique. La conséquence étant que l'agent ne vise que la maximisation de sa fonction-objectif (utilité ou profit selon les cas).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- les règles sont communes aux acteurs mais pas les normes. Ainsi au lieu d'associer les valeurs au « contexte institutionnel », nous les avons associé aux acteurs pour bien montrer qu'elles constituent, à des degrés variables, des référentiels d'actions pour ces derniers
- c'était aussi le moyen pour mettre en valeur la prémisse **selon laquelle le contexte institutionnel, influence, mais ne détermine pas totalement l'action**.

Mode d'interaction : révélation de la préférence au sein de la communauté des donateurs

Il faut entendre par mode d'interaction, la façon dont les acteurs interagissent entre eux pour obtenir un type de régulation souhaité. La théorie institutionnelle ne confère ni à l'échange ni à la contrainte, un rôle explicatif unique pour rendre compte de la manière dont sont prises et mises en œuvre les décisions collectives. Si dans la théorie de l'échange volontaire, les préférences en matière de production de biens collectifs sont révélées par les individus (consommateurs) eux-mêmes, il reste à clarifier les mécanismes de révélation des préférences collectives. À travers l'action collective, la théorie institutionnelle établit un lien entre l'intérêt général de la communauté et les préférences individuelles. Elle appréhende les mécanismes de décision collective comme moyens de révélation de préférences non strictement égoïstes des individus. Elle analyse ces mécanismes comme un processus de coordination des comportements individuels basé sur des dispositifs institutionnels (tels que les conventions). À la différence des modèles standards, la théorie institutionnelle apporte des éléments d'analyse sur l'émergence des préférences collectives. Ces éléments ne donnent toutefois pas de précision sur les procédures et les modes empiriques de décision à travers lesquels les préférences collectives sont révélées.

- ***Concertation et délibération participative comme procédures de révélation des préférences***

La révélation des préférences liées aux actions d'aide portées par les donateurs les amène à recourir à des procédures de décision collective. La concertation et la délibération participative sont les deux procédures les plus utilisées par les acteurs de l'aide pour parvenir à une action collective si l'on se fie au vocabulaire utilisé par ces derniers. Délibération et concertation sont des termes polysémiques qui appellent quelques précisions. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), dictionnaire en ligne, délibérer signifie

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« *examiner, peser tous les éléments d'une question avec d'autres personnes, ou éventuellement en soi-même, avant de prendre une décision, pour arriver à une conclusion* »[93]. Ainsi, la délibération participative doit s'entendre ici comme « *un processus à travers lequel les agents influencent et partagent le contrôle sur la fixation des priorités, la définition des politiques, l'allocation des ressources et l'accès aux biens et services publics. Il n'existe pas de guide de la participation parce qu'elle s'inscrit dans différents contextes, différents projets et différents objectifs* » (Cling et *al.*, 2003, p. 173). Cette définition est aussi celle des institutions internationales notamment la Banque mondiale. La concertation est définie elle comme un « *mode d'administration ou de gouvernement dans lequel les administrés, les citoyens, les salariés, etc., sont consultés, et les décisions élaborées en commun avec ceux qui auront à les appliquer ou à en supporter les conséquences* »[94]. Nous voyons bien que ces deux procédures visent les mêmes objectifs : révéler les préférences individuelles et collectives, et aboutir à des décisions informées et légitimes. Ainsi, concertation et délibération participative doivent être appréhendées comme un processus de mise en commun d'objectifs, un préalable à une politique de coopération coordonnée. L'objectif ultime est en effet de mettre d'accord les parties prenantes sur une vision commune et de permettre une reconnaissance explicite de la légitimité des acteurs. La délibération participative favorise également « *la rationalité du processus et l'inclusion de tous les citoyens »* (Girad et Le Goff, 2010, p. 11). En autorisant l'appropriation collective des enjeux et des actions à mettre en œuvre, la concertation est sans doute un facilitateur de l'action collective.[95] Sur le plan conceptuel, la concertation ne suppose pas, contrairement à la délibération participative, une égalité politique entre les acteurs. En raison de leur faible différence dans la pratique, « concertation » et « délibération participative » vont être utilisées indifféremment dans ce qui suit[96].

Le processus de concertation peut prendre diverses formes. D'abord sous forme de sommets internationaux. À travers ceux-ci, les donateurs dans leur diversité se rencontrent pour échanger et prendre des décisions relatives à la production du bien-être collectif à travers l'aide. L'issue des concertations se traduit souvent par des décisions consensuelles dans lesquelles, le poids des grands donateurs (États et ONG) est déterminant. Dans les pays bénéficiaires, les

[93] Extrait tiré du site du CNRTL : http://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9liberer (visité le 01/12/2011).
[94] Extrait tiré du site du CNRTL : http://www.cnrtl.fr/definition/concertation (visité le 01/12/2011).
[95] Toutefois, sur le plan empirique, on peut noter que la concertation concerne généralement un réseau informel d'acteurs alors que la délibération participative requiert une structuration formelle relativement importante.
[96] Notons cependant que le terme « concertation » est utilisé principalement dans les sommets dominés par des représentants des Etats (forum de haut niveau par exemple), les rencontres qui président à l'élaboration des documents de stratégie de réduction de la pauvreté ou des plans sectoriels de santé. Quant à la « délibération », elle est utilisée essentiellement dans les partenariats public-privés.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

concertations sont souvent utilisées par les partenaires d'appui, en particulier les ONG, pour amener les populations locales à prendre des décisions collectives.

Le processus de concertation peut également prendre la forme d'un cercle de réflexion réunissant les acteurs publics et ceux de la société civile, autour d'une table de discussion. Ainsi par exemple, les groupes thématiques de travail organisés dans le cadre de l'élaboration des plans nationaux de santé ont donné lieu à un processus de concertation entre les acteurs locaux (les collectivités locales et représentants des organisations locales) et les représentants des services techniques de l'Etat, des ONG et d'autres partenaires, notamment les bailleurs.

- ***Le consensus comme mode de décision collective***

Les préférences exprimées par les donateurs lors de la concertation (procédure de choix collectif) peuvent émerger suivant différents modes de décision : le consensus, l'unanimité et la majorité (voir encadré 3 ci-après pour une présentation de l'unanimité et de la majorité). Cependant le mode plus fréquemment rencontré reste le consensus. Sans doute en raison de la souveraineté des acteurs concernés (États, ONG, entreprises…) et de la promotion de l'agenda de la gouvernance mis en avant par la Banque mondiale.

Le consensus comme mode de décision maximise les chances de résoudre les différences et de parvenir à un accord entre parties prenantes. Il permet à celles-ci de collaborer pour produire des décisions qui satisfont au mieux leurs intérêts respectifs. Cette procédure requiert que des efforts soient déployés pour concevoir une solution qui satisfait l'ensemble ou la plupart des intérêts. Une prise de décision par consensus a l'appui des participants ou du moins n'essuie pas un rejet catégorique de leur part. Elle inspire un sentiment d'engagement pris conjointement. **Même si tous les participants ne sont pas d'accord avec tous les aspects de la solution, un consensus est atteint quand ils sont prêts à s'accommoder de l'ensemble de ce qui est proposé.** Plus clairement, il s'agit d'un compromis[97].

La concertation favorise l'émergence du consensus. En effet, dans une situation de groupe, le dialogue a tendance à conduire à des jugements qui se rapprochent les uns des autres. Les préférences s'ajustent les unes aux autres et le résultat global s'équilibre autour d'une

[97] Nous verrons en réalité que ceci ne correspond pas à **un consensus** mais à une **illusion de consensus**.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

moyenne[98]. Cette moyenne ne correspond pas cependant à une convergence totale des préférences des acteurs en interaction. Ceci renvoi à une conclusion de Elster que rappelle Girard (2011, p.229) : « *[…], la production d'un consensus* (total)[99] *par la délibération est improbable : non seulement il se peut que des divergences irréductibles existent entre les conceptions du bien commun des citoyens*[100]*, mais aussi les contraintes temporelles pesant sur toute prise de décision réelle ne laissent de toute façon guère le temps de parvenir à un consensus* (total) ». Ainsi, transformer les préférences des acteurs (images politiques et intérêts) au sein de mécanismes de coordination, grâce à une discussion publique[101] et rationnelle, est un objectif difficilement atteignable. **Dans ce qui suit le mot consensus doit être interprété comme un compromis par opposition à un consensus total qui se traduirait par une convergence totale des préférences des acteurs.**

Bien qu'ayant des avantages certains, le mode de décision par consensus comporte des risques d'instrumentalisation. Si, avec ce mode, la tyrannie d'une personne ou d'une poignée de personnes est peu probable, il peut être une stratégie des acteurs forts, sûrs de leur pouvoir d'influence sur une résolution finale. Cette stratégie généralement utilisée par les acteurs ayant un poids institutionnel reconnu, peut être manipulatrice (Bertacchini, 2002). Par ailleurs, le processus de prise de décision par consensus nécessite assez de temps pour produire des décisions de qualité satisfaisante.

Encadré 3 : Les autres modes de décision collective

L'unanimité

L'unanimité est considérée comme une forme idéale de décision collective. Dans la mesure où la fourniture du bien collectif profite à tous, la règle optimale est celle de l'unanimité (Foirry, 1997). Ce mode de décision est souvent rencontré chez les organisations de petite taille telles que les ONG, les associations de développement... Elle constitue la règle de vote qui conduit plus sûrement à un équilibre au sens de Pareto, puisque tout le monde est satisfait. Cependant, son application reste hypothétique puisqu'elle est en générale difficile à obtenir. Elle prend d'autant plus de temps que les participants sont nombreux et ont des goûts très hétérogènes. Ce problème de temps et les difficultés de réalisation de l'unanimité impliquent des coûts très élevés. Il lui est alors souvent préféré d'autres modes de décision comme la majorité et le consensus.

La majorité

[98] Ce qui pousse les participants à agir de la sorte est la crainte de se singulariser (Moscovici et Doise, 1992). Il existe en effet une propension au compromis des individus réunis à d'autres ; une tendance humaine fondamentale à tempérer ses opinions et sa conduite, par déférence pour les opinions et la conduite des autres (Allport, 1924 ; Kelley et Thibaut, 1954). Cette explication psychologique est toutefois nuancée par l'Elster (1986).

[99] Les termes entre parenthèses ont été ajoutés par l'auteur.

[100] Elster J. (1986) soulignait « *que même en supposant que l'on dispose d'un temps illimité pour la discussion, il est fort possible que l'on ne parvienne pas nécessairement à un accord unanime et rationnel* » (p. 141). La raison est que sur la nature du bien commun, les divergences d'opinion sont à la fois légitimes et insolubles.

[101] Transparence oblige.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Souvent mise en œuvre dans le cadre d'une dynamique implicite ou explicite de vote, la règle de la majorité détermine les préférences du plus grand nombre de participants. Elle permet de prendre des décisions satisfaisantes en minimisant deux types de coût liés à la prise de décision. D'abord, le coût de non respect de l'unanimité : ce coût s'élève en s'éloignant de l'unanimité, car de plus en plus de personnes n'atteignent pas leur niveau d'utilité souhaité. Et ensuite, le coût externe de décision comprenant notamment, le temps nécessaire pour dégager une solution acceptable par tous. Les tentatives d'obtenir une certaine unanimité font augmenter progressivement ce coût.
Cependant, une même règle de vote ne peut être optimale pour toutes les questions. La majorité requise pour l'adoption d'une proposition dépend en effet des caractéristiques des décisions à prendre (Buchanan et Tullock, 1962). Il peut alors se poser la question de savoir quelle majorité est adaptée aux sujets à débattre dans une circonstance donnée. Il est nécessaire de faire adopter au préalable, une règle de vote par les participants à une décision. Ceci fait appel à une institutionnalisation des conditions de prise de décision. L'un des inconvénients majeur de la règle de la majorité est le fait qu'elle peut conduire au marchandage et à la satisfaction d'intérêts particuliers (Downs, 1957 ; Tullock, 1967).

Source : Présentation de l'auteur

Voyons maintenant comment ce mode de décision, présenté ci-dessus, éclaire notre problématique. Dans le processus de révélation des préférences, les acteurs se concertent, négocient. L'issue de cette interaction (négociation) est déterminée à la fois par les institutions et par les différentes orientations et valeurs des acteurs participant au processus de délibération. Précisons que des relations de pouvoir n'existent pas formellement[102]. Ceci, comme nous l'avons indiqué plus haut, s'est renforcé avec l'agenda de gouvernance de la Banque mondiale qui supprime le principe de hiérarchie entre acteurs.

Les orientations d'un acteur sont consubstantielles à la perception de la situation de l'action[103], de sa causalité, ainsi que les options disponibles et les résultats escomptés. En somme, les actions dans le domaine dépendent de la façon dont un problème donné et un ensemble de solutions sont perçus et conceptualisés. C'est ce que Shiffman et *al.*, (2002) **a qualifié d'image politique**. Dans la suite de notre argumentaire nous utilisons cette terminologie. À ce stade, il est important d'identifier les acteurs suivant leurs images politiques (valeurs et orientations) respectives pour envisager les différentes options qui s'offrent à eux si on veut décrire une interaction ou comprendre pourquoi l'action collective aboutit à un type de régulation plutôt que d'autres.

[102] Dans la pratique des relations de pouvoirs existent si on prend en compte le fait que certains acteurs peuvent, plus que d'autres, « marchander » leur participation à la mise en œuvre.
[103] Par situation de l'action, il faut entendre l'environnement d'un acteur, les circonstances sociales et non sociales pertinentes. La situation de l'action, en provoquant l'action, active de manière sélective certains aspects des valeurs et orientations de l'acteur. Une situation menaçante active par exemple les intérêts de survie.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'interaction vise l'obtention d'une action collective efficace, c'est-à-dire d'un résultat final escompté (améliorer l'efficacité de l'aide). Or, une condition nécessaire à l'action commune est l'interprétation concordante de la situation observée. Il est donc peu probable qu'une constellation d'acteurs étatiques et non-étatiques[104], confrontée à un problème commun, parvienne spontanément à une perception concordante de la situation. La probabilité de s'entendre est encore moindre en ce qui concerne les options d'actions de chaque acteur et les effets escomptés. Au contraire, une telle constellation d'acteurs a toutes les chances de conduire à des visions et actions divergentes. Mais, pour les promoteurs de la coordination au moyen de partenariats public-privés, cela ne constitue pas un problème majeur. La négociation, en tant que processus de résolution du problème, espèrent-ils, permettra l'intégration de ces perspectives éclatées[105] : les acteurs étant « raisonnables », ils pourront reconstruire « objectivement » la situation observée pour ensuite s'entendre sur les meilleures actions qui s'imposent. Pourtant, cette hypothèse sur la rationalité des acteurs est très discutée, voire remise en cause, par des auteurs comme Elster (1986) pour qui la concertation ne conduit « *pas nécessairement à un accord unanime et raisonnable* » (Elster, 1986, p. 141). Aussi, de façon générale, dans le domaine de l'aide au développement, les engagements des acteurs en partenariat, que nous appelons « contrats » organisationnels, ne sont pas contraignants. L'opposabilité est très difficilement acceptée. En effet, parmi les acteurs y figurent des États, des ONG et des entreprises tous attachés à leur indépendance et ne souhaitant rendre compte que devant les membres de leurs organisations respectives. C'est pourquoi ces partenariats reposent généralement sur un compromis qui respecte l'identité de ces acteurs, c'est-à-dire qui prend en compte leurs images politiques. D'où d'ailleurs, le recours à la négociation comme principe de régulation ou méthode de résolution des problèmes.

Maintenant étudions la capacité des acteurs à délibérer « objectivement » au regard de la nature des résultats issus de l'interaction des acteurs.

Résultats ou effets de l'interaction : un compromis mobilisateur

En tant que référent de l'action, l'image politique transcende normes et intérêts (Mayntz et Scharpf, 2001). Les acteurs qui participent à ces processus ont une réelle volonté d'exercer une certaine influence sur les résultats des négociations comme l'ont bien souligné Buse et Walt

[104] Guidés par des images politiques différentes.
[105] C'est l'espoir des promoteurs des partenariats entre acteurs variés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

(2000a). **Cette donne qui porte à la fois sur le mode d'interaction et son environnement empêche le résultat escompté par les institutions internationales en réunissant des acteurs variés : une coordination efficace**. La coordination obtenue correspond à une forme d'intégration qui se traduit par la coexistence de plusieurs images politiques.[106] Chacune pouvant, prise isolément, motiver différemment l'action collective. Le consensus ainsi obtenu traduit donc clairement un compromis et non une unanimité de vue sur les aspects du problème posé. Les préférences des acteurs ne sont nullement transformées. Elles sont superposées. Cela conduit donc à une forme d'intégration de perspectives différentes qui pose problème au regard de l'objectif d'action collective efficace. **Concrètement, des telles résolutions se manifestent, très souvent, par des déclarations ou engagements de principe tels que les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ou des plans d'action stratégique à objectifs multiples et dont l'horizon temporel est dans le long terme**. **Une telle issue ne réduit en rien la dispersion, bien que les mécanismes de coordination (partenariats public-privés) aient été créés pour cela**. En fait, l'idée que des acteurs « rationnels » ayant des images politiques différentes puissent, à travers la négociation, réussir à obtenir une reconstruction « objective » de la réalité constitue une sous estimation des construits sociaux, des facteurs sociopolitiques dans les actions. **Pour être traité, un problème doit être repris et redéfini pour l'ajuster aux caractéristiques des jeux[107] (Crosier et Frieberg, 1977), c'est-à-dire aux identités des acteurs et leurs attentes. Entre la structure objective d'un problème et sa solution s'intercale une médiation autonome, celle des construits sociaux, qui impose ses propres exigences et sa propre logique**. Ces construits sociaux, que nous avons appelé ici images politiques, sont aussi des contraintes pour les solutions au problème posé (Crosier et Frieberg, 1977). Mais cette sous estimation du politique n'est pas étonnante de la part des organisations internationales, notamment le FMI et la Banque mondiale, qui ont « fêté » la fin des « idéologies » avec la disparition de l'URSS et la chute du mur de Berlin vers la fin des années 1980 en faisant la promotion d'un modèle d'ajustement structurel universaliste qui ne repose que sur des indicateurs macroéconomiques élaborés par une « machine » technocratique. Une des spécificités de l'ajustement structurel est la non prise en compte du politique, c'est-à-dire des valeurs et orientations diverses des différents acteurs. Cette approche technocratique occultera en

[106] Dans la troisième section qui porte sur les concepts, nous montrerons que les formes d'intégrations des différentes images politiques qui conduisent à de telles issues constituent une stratégie qu'on identifiera et caractérisera.

[107] Cette redéfinition du problème est une façon de garder sa vision des choses et son indépendance en créant ce que Crozier et Frieberg (1977) ont appelé « incertitudes artificielles » sans lesquelles les acteurs perdent toute possibilité d'autonomie et de marchandage. Cette perte exposant les acteurs au risque de voir leur image politique, raison de leur existence, disparaître dans l'action collective.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

toute logique les dimensions politiques de la pauvreté. Pourtant, « *l'action collective n'est pas finalement autre chose que la politique quotidienne* » (Crosier et Frieberg, 1977, p. 25).

À ce stade, ce qui manque dans le cadre d'analyse est l'identification de l'origine des images politiques. Puisque nous avons choisi une définition étroite des institutions pour les raisons que nous avons indiqué plus haut, il faut chercher l'origine des images politique du côté de l'histoire ou de l'empirisme.[108]

Dans notre cadre d'analyse, nous avons recouru à des notions comme la rationalité, la lecture objective. Dans la section suivante, nous revenons sur ces notions dans le but de mieux éclairer le processus de délibération.

3. Les éléments clés pour l'étude de la décision des politiques d'aide au développement

Lorsqu'on veut comprendre les processus qui conduisent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique publique (notamment l'aide au développement)[109], il est essentiel de savoir qu'une politique ne résulte pas d'un processus de décision abstrait dont on pourrait saisir les ressors par la seule identification des déterminants structurels[110] qui pèsent sur le processus. Les politiques sont en général issues de délibérations complexes et aux déterminants pas toujours saisissables par des indicateurs extérieurs. C'est pourquoi il est nécessaire « d'ouvrir la boite noire », ce qui signifie identifier les acteurs qui participent à l'élaboration de la politique pour comprendre leurs stratégies et les ressorts de leurs comportements. En conséquence nous mettons l'accent, dans cette section, sur la question de la rationalité des acteurs, sur le rôle des valeurs et orientations des acteurs (images politiques), sur le rôle de la configuration des lieux de décision et enfin sur la caractéristique principale du processus de délibération.

3.1. De la rationalité substantive à la rationalité procédurale

Selon Kast (2002), les véritables fondateurs de la théorie moderne de la décision sont Von Neumann et Morgenstern (1944). Entre la fin des années 1940 et le début des années 1950,

[108] C'est par de telles méthodes que nous reconstruisons les images politiques dans la deuxième partie de la thèse.
[109] Les politiques d'aide au développement, malgré l'apparition des acteurs privés, sont encore largement dominées par les caractéristiques des politiques publiques.
[110] Ces déterminants structurels peuvent être des contraintes économiques ou historiques.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

plusieurs contributions fondamentales vont voir le jour (voir Dantzig, 1948 ; Kantorovich, 1939 pour la programmation linéaire, Nash, 1950 ; Nash 1951, et Turing, 1950 sur l'algorithmique et l'existence de machines capables de résoudre « tout problème »). Cet élargissement va déboucher sur deux grands courants de recherche (Pache, 2004). Le premier va conduire à la formalisation des théories des jeux[111], le second courant aux approches statistiques et probabilistes de la décision.

Ces premiers travaux sont globalement caractérisés par la recherche de structures formelles sous-jacentes aux problèmes concrets et l'utilisation de la mathématique et de la logique comme langage de modélisation. Les premiers pas dans cette direction vont renforcer l'idée que des problèmes complexes de décision sont modélisables à travers la construction d'un modèle de rationalité simple (Tsoukiàs, 2003). Concrètement, il s'agit de la maximisation d'une fonction d'utilité exprimant les préférences du décideur avec l'idée que l'optimisation de cette fonction apportera la solution du problème de décision. Les travaux de Von Neumann et Morgenstern et de Nash montrent exactement sous quelles conditions ces fonctions et ces solutions existent. Turing, mais aussi Wiener (1948) et Ashby (1956), vont aller plus loin pour proposer une théorie de résolution générale des problèmes.

Simon (1978/1982) fera remarquer, avec sa fameuse question « *what to decide ?* », que cette démarche, alors dominante dans les sciences économiques, procède d'une problématique qui consiste à se demander quelle est la meilleure action à mettre en œuvre dans une situation donnée (Alcaras, 2004). L'idée est de décrire une situation de façon suffisamment détaillée pour que les acteurs puissent choisir entre différentes options pour atteindre une finalité donnée, puis on cherche à démontrer quelle est la meilleure stratégie dans ce contexte : on parle alors d'action « optimale ». On peut souligner également qu'une telle problématique relève d'un « déterminisme situationnel » (Alcaras, 2004) : c'est la situation qui détermine la meilleure action et non l'acteur (Simon, 1982). Une caractéristique supplémentaire de ces travaux est qu'ils s'intéressent principalement à l'analyse des comportements individuels et minorent les interactions entre les agents économiques (Kast, 2002).

En partant de ces remarques critiques, Simon va introduire une innovation qui va constituer un tournant majeur dans la définition de ce qui est rationnel. Selon Alcaras (2004, p.

[111] Déjà rejetée plus haut.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

62), « *Simon propose de qualifier l'hypothèse de rationalité sous-jacente aux modèles standards » des sciences économiques de* ***rationalité substantive****. Cela signifie que la rationalité se définit par rapport à une substance donnée : une référence qui est elle-même hors du champ de définition de cette rationalité. Etre rationnel suppose ainsi d'atteindre des résultats et de respecter des procédures qui sont définis de manière* ***exogène*** *au processus de décision dont on juge la rationalité : « une décision est substantivement rationnelle lorsqu'elle est appropriée à l'atteinte de finalités* ***données*** *poursuivies dans les* ***limites imposées*** *par les conditions et les contraintes d'un environnement donné* » (Simon, 1978/1982) ».

Pour tenir compte des limites imposées par les conditions et contraintes extérieures, Simon va développer une théorie de la rationalité limitée qui est généralement interprétée par les économistes comme suit: « *les êtres humains ont une rationalité limitée, ce qui signifie qu'ils ne sont* ***pas assez rationnels*** *pour appliquer correctement les modèles proposés par la théorie économique standard* » (Gianfaldoni, 2004, p. 63). Mais le modèle de rationalité limitée sera ensuite réinterprété : « ***étant donné la complexité des situations décisionnelles concrètes, les décideurs ne peuvent être substantivement rationnels*** » (Gianfaldoni, 2004, p. 63). Le problème n'est pas donc le manque d'intelligence des agents mais le caractère inopérant des modèles de décision développés par la théorie standard.

Cela oblige à la construction d'autres formes de rationalité plus opérantes. Simon finira par articuler les autres formes de rationalité autour du concept de *rationalité procédurale* en affirmant que « *toute décision qui est le résultat d'un processus de délibération approprié est procéduralement rationnelle* » (cité par Alcaras, 2004, p. 63).

L'intérêt est qu'en cherchant à être procéduralement rationnelle, leur rationalité ne peut être limitée car il n'y a pas *a priori* de limites au génie humain. Sa capacité à ruser, à inventer, à reformuler les problèmes, à contourner la complexité ou à jouer avec elle est sans limite (Alcaras, 2004, p. 64). En s'appuyant sur les travaux de Simon (1978a, 1978b), Huard (1980) précise que la rationalité procédurale précédemment décrite se distingue de la rationalité substantive qui elle : « *[…] consiste souvent à se représenter les comportements du décideur par un algorithme technique d'optimisation. Cette attitude est conforme, en particulier, aux principes méthodologiques des économistes néo-classiques (Friedman, 1953 ; Machlup, 1967) pour qui la validité d'une hypothèse dépend des prévisions qu'elle permet de réaliser : tout se*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

*passe « comme si »… On est en présence d'une hyper-rationalité qui souligne la différence entre ''**substantive rationality''** et **''procedural rationality''** ».*

Ainsi, nous pouvons dire qu'au vu de la complexité des problèmes abordés (santé et développement à l'échelle mondiale) et de la configuration organisationnelle (États, ONG, OIG et Entreprises en partenariat), toute tentative de formalisation mathématique de la décision est illusoire. Cette situation impose une prise en compte du « *procès* » si nous voulons faire une analyse réaliste des délibérations sur l'aide à la santé. Dans une situation aussi complexe et une structuration organisationnelle relâchée, « *ce qu'il faut, c'est surtout du génie au sens propre du terme : capacités à faire évoluer la définition du projet afin de répondre aux conflits de rationalités entre les différents acteurs qu'il mobilise ; capacités à l'articuler autour d'un certain nombre d'axes de réalisation ; capacité de mobilisation autour du projet ; inventivité et créativité ; capacité à réagir aux éléments imprévisibles et à contourner les obstacles qui ne manqueront de survenir au cours du processus ; etc.* » (Alcaras, 2004, p. 71).

Ainsi, c'est une rationalité procédurale qui sera utilisée pour notre objet qui est la faisabilité d'une coordination efficace (qui réduirait la dispersion et les coûts de transaction) entre acteurs variés. Ces acteurs se réunissent dans des organisations « partenariales » appelées très souvent partenariats public-privés ou partenariats multi-acteurs.

En conséquence, et contrairement à ce que laisse penser le sens commun, les acteurs de l'aide n'agissent pas en fonction d'un objectif (ou intérêt) clairement identifié débouchant sur une stratégie parfaitement cohérente. Ceci ne signifie pas, pour autant, que leur comportement est irrationnel. L'action des États, comme celle des donateurs, se situe « quelque part » entre le modèle de rationalité absolue et l'incohérence dont elle semble parfois faire preuve (Muller, 2003).

3.2. Origine et rôle des images politiques et lieux politiques

3.2.1. L'origine des concepts d'images politiques et de lieux politiques

La mobilisation autour de l'aide à la santé dépend de la nature des problèmes de santé ou plus exactement de la façon dont les problèmes de santé sont posés et dont les solutions sont envisagées par les acteurs de développement. On peut donc penser que la mobilisation dépend

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

non seulement de la capacité mobilisatrice de *l'image politique* de chaque acteur, mais aussi d'une capacité globale qui renvoie à l'articulation de ces différentes images politiques. La pluralité des images politiques résulte de la trajectoire historique de l'aide et de la diversité des acteurs. L'ensemble de ces acteurs constitue le *lieu politique* de l'aide à la santé. À ce stade, il convient de présenter les travaux qui sont à l'origine de ces concepts.

Dans différents travaux (Shiffman, 2009; Shiffman, 2008 ; Siffman et Smith, 2007 ; Shiffman et *al*., 2002), Shiffman questionne le paradigme objectiviste qui prévaut dans le champ de la santé et met en avant un paradigme constructiviste pour expliquer les disparités entre les divers problèmes de santé publique selon l'intérêt que leurs portent décideurs et donateurs.[112] Cette approche s'inscrit dans une perspective qui a débuté dans les années 1990 et qui appelle à une nouvelle approche dans l'analyse des politiques de santé dans les pays en développement (Walt, 1994; Reich, 1995a et 1995b; Barker, 1996). Ces auteurs ont noté que, jusque-là, l'évaluation des politiques de santé a porté essentiellement sur une conception et un contenu techniques et néglige les acteurs impliqués dans le développement, les processus de mise en œuvre des politiques et le contexte dans lequel les décisions sont prises.

Le débat entre ces deux paradigmes (objectivisme et constructivisme) n'est pas neuf dans les sciences humaines mais il est audacieux dans le monde médical, toujours soucieux d'objectivité scientifique. Dans son travail, l'auteur part du constat que certains problèmes de santé publique drainent l'attention des dirigeants politiques et des financeurs tandis que d'autres restent à l'arrière-plan, sans que ces différences ne s'expliquent forcément par des facteurs objectifs tels que la morbidité et la mortalité ou par l'existence de moyens d'action efficients (c'est-à-dire «rentables» en termes de coût/efficacité). Dès 2002, il montrera, dans un article écrit avec Beer et Wu, que l'approche objectiviste décrit de façon imparfaite les efforts internationaux pour lutter contre les maladies infectieuses que sont le paludisme, la tuberculose ou la poliomyélite. En 2009, Shiffman soulignera que les programmes portant sur le VIH/SIDA, qui représente environ 5% de la mortalité dans les pays à bas et moyen revenu, recevaient au début des années 2000 plus du tiers de toutes les grandes donations en matière de santé. Inversement, des maladies transmissibles comme la pneumonie ou la diarrhée, qui tuent chaque année des millions de personnes et contre lesquelles on dispose de moyens d'intervention efficients, n'attirent que des financements modestes.

[112] Il concentre sa recherche sur les pays à moyen et faible revenu en s'appuyant sur certains cadres théoriques et méthodologiques.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'idéal objectiviste, selon lequel c'est l'importance rigoureusement mesurable d'un problème (gravité, fréquence, etc.) ainsi qu'une neutralité gestionnaire (calcul coût/bénéfice) qui prévalent dans les décisions en matière de santé publique, est ainsi mis à mal. Pour expliquer ces disparités, il faut recourir au paradigme constructiviste (*social constructionism*). L'idée est que ce que nous appelons «réalité» n'est pas quelque chose qui serait là, devant et hors de nous, indépendamment de l'observation humaine. La réalité n'est pas une donnée objective mais un construit social; nous la construisons à travers des catégories mentales et des interactions sociales.

L'implication pour notre objet d'étude est la suivante: un problème de santé se voit accorder de l'attention en raison moins de son «importance» objectivable (avec des statistiques) que de la manière dont il est mis en exergue par ceux qui sont convaincus de son importance (et/ou qui y ont intérêt, ajouterons-nous). Cela ne signifie pas, souligne Shiffman, qu'il n'existe aucun lien entre la matérialité des faits et l'attention accordée à un problème, mais que ce lien est distendu et qu'il est toujours influencé par des représentations sociales. Ce sont ces représentations sociales qu'il a désigné par images politiques (*policy image*). Le travail de Shiffman s'inspire des travaux de March et Simon (1958), de Kingdom (1984), de Baumgartner et Jones (1993). Il utilise en particulier les travaux de March et Simon (1958) et Cohen et *al*. (1972), lesquels indiquent que les acteurs ne sont pas capables d'imaginer toutes les alternatives et que même s'ils sont au courant de toutes les alternatives possibles, elles ne sont pas considérées de façon systématique, pour souligner que le processus de décision politique se caractérise par des périodes de stabilité avec un changement politique minimal ou incrémental, perturbé par des éclats de transformation rapide (Baumgartner et Jones, 1993).

Au centre de cette approche sont les concepts d'image politique et de lieu politique. « ***L'image politique est la façon dont un problème donné et un ensemble de solutions sont conceptualisés*** ».[113] Une image peut prédominer sur une longue période de temps, mais peut être contestée à des moments particuliers suite à une nouvelle compréhension du problème par certains acteurs et des solutions de rechange viennent au premier plan. **« *Le lieu politique (policy venue) est l'ensemble des acteurs ou des institutions qui prennent des décisions relatives à un***

[113] Traduction de « *The policy image is the way in which a given problem and set of solutions are conceptualized* », Siffman et *al*. (2002, P. 228).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

***ensemble particulier de questions* ».**[114] Ces acteurs peuvent détenir un pouvoir de monopole, mais finalement, face à la concurrence de nouveaux acteurs, des changements importants deviennent possibles.

Dans la perspective qui est la nôtre, celle d'une coordination mobilisatrice, l'enjeu est donc de déceler les images, les représentations d'un problème de santé qui sont susceptibles de mobiliser, particulièrement auprès des relais d'opinion, des élites et des décideurs. Ces élites ou décideurs sont nombreux et variés. Pensons à un militant des droits de l'Homme au sein d'une ONG, à un épidémiologiste travaillant au sein d'une administration sanitaire, à un Ministre des finances soucieux de la santé économique d'un État, au PDG d'une entreprise pharmaceutique. Les problèmes de santé qui auront une réelle chance de mobiliser sont ceux qui feront appel à plusieurs représentations ou images politiques. Le Sida est l'exemple le plus éloquent. Il a été « *dépeint comme un problème de santé publique, une question de développement, une crise humanitaire, une affaire de droits humains et une menace pour la sécurité*» (Shiffman, 2009).[115]

3.2.2. Le rôle des images politiques

Nous devons maintenant préciser ce qu'est une image politique ainsi que son rôle dans le processus de délibération. Pour bien cerner ce qu'on entend par images politiques, partons de la problématique de l'évolution de l'aide au développement. Qu'est ce qui explique, en termes d'objectifs, les évolutions de l'aide ? C'est-à-dire quels objectifs veulent atteindre les acteurs en faisant évoluer les institutions d'aide à la santé (politiques d'aide et organisations) ? Cette approche se situe dans une perspective néo-wébérienne qui centre l'analyse sur les acteurs et leurs motivations à agir. Il s'agit d'étudier la signification prêtée par les acteurs historiques à leurs propres actions. Ces significations sont des « *policies images* » (images politiques) qui servent à la mobilisation des énergies et à porter les objectifs. L'image politique est donc la façon dont un problème donné et un ensemble de solutions sont conceptualisés (Shiffman et *al*., 2002). Elle joue le rôle de référentiel aux objectifs poursuivis et aux actions menées. Une image peut prédominer sur une longue période de temps, mais peut être contestée à des moments particuliers traduisant une nouvelle compréhension du problème et des solutions de rechange

[114] Traduction « The *policy venue is the set of actors or institutions that make decisions concerning a particular set of issues* », Siffman et *al*. (2002, P. 228).
[115] Traduction de « *HIV/AIDS has been framed as a public health problem, a development issue, a humanitarian crisis, a human rights issue and a threat to security* » ; citation tire de l'article *A social explanation for the rise and fall of global health issues* disponible en ligne sur le site de l'OMS*: http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-060749/en/* (visité le 4 January 2011).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

viennent au premier plan. Ainsi, lorsque des nouvelles « images » apparaissent, des changements importants deviennent possibles. La nouvelle image politique apparue devient un nouveau paradigme si les mécanismes de délibération ne préservent pas les images politiques contestées.116 Ainsi, chaque image politique est plus ou moins dépendante de son contexte spatio-temporel.

La notion d' « image politique » est proche de celle de « paradigme » qui est mieux connue. Mais l'utilisation de la notion d'« image politique » permet de prendre en compte les facteurs politiques et les conflits entre acteurs, alors que la notion de paradigme renvoie à un consensus, une certaine absence de conflits. En tout état de cause, la notion de paradigme sous estime de notre point de vue l'existence des différences d'images politiques et des conflits entre les acteurs. Ces conflits dépendent de la diversité des acteurs en interaction. Dans ce qui suit, nous allons nous intéresser aux acteurs à travers la notion de « lieux politiques ».

3.2.3. Les lieux politiques

Notre volonté d'accorder une importance aux aspects « politiques »[117] dans notre étude nous pousse à assimiler les organisations qui définissent les politiques d'aide comme des lieux de décision politique, des lieux politiques en somme[118].

Le « *policy venue* » ou « lieu de la politique » désigne l'ensemble des acteurs qui prennent des décisions relatives à un ensemble particulier de questions (Shiffman et *al.*, 2002). Des acteurs peuvent détenir un pouvoir de monopole, mais finalement, face à la concurrence de nouveaux acteurs, on peut assister à une modification de la façon de voir, des « images politiques », donc des objectifs. Quand sur un lieu politique particulier règne une image pendant une longue période, le processus politique sera stable et progressif. Lorsque de nouveaux acteurs apparaissent, des changements importants sont possibles. Ils ne dépendent que des rapports de force à l'intérieur du lieu politique.[119] Mais dans ce rapport de force entre acteurs qui souhaitent des décisions proches de leurs images politiques, on fait appel à une stratégie que nous qualifions d'ambigüe. C'est cette dernière que nous présentons dans ce qui suit.

[116] L'évolution des images politiques dans l'aide à la santé fera l'objet du chapitre 3.
[117] Par opposition à la neutralité supposée des décideurs de la théorie standard.
[118] L'expression « lieu politique » sera préférée à celle de « lieu de décision politique » afin de ne pas alourdir le texte.
[119] L'évolution du lieu politique de l'aide à la santé fera l'objet du chapitre 3.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3.3. L'ambiguïté comme outil de délibération

Maintenant, supposons que des nouveaux objectifs sont identifiés grâce à l'apparition de nouveaux acteurs, impliquant qu'un changement du régime d'aide est à l'ordre du jour. La concrétisation de ce changement dépend de la façon dont la délibération est organisée entre ces différents acteurs au sein de cet espace politique. Il s'agit du mode de décision, ici en l'occurrence la négociation et des critères de décision qui peuvent être formalisés ou pas.[120] Nous pouvons étudier une première hypothèse qui serait de l'ordre de la rationalité substantive.[121] Ainsi, nous pouvons considérer que les acteurs dans le domaine de la santé décident en tenant compte de critères « objectifs » comme l'incidence de différentes maladies et l'existence d'intervention coûts efficaces.[122] Ce modèle de décision fondé sur une rationalité néo-classique est employé dans de nombreuses analyses sur les politiques socio-économiques. Il se fonde sur l'utilisation des calculs coûts-avantages pour choisir parmi des politiques alternatives. Une telle approche repose sur l'hypothèse d'une capacité des acteurs en partenariat à définir avec soin la nature des problèmes auxquels ils font face, à proposer des solutions alternatives. Et l'évaluation de ces solutions sur la base d'un ensemble de critères « objectifs » fonde la décision. Il s'agit de sélectionner et mettre en œuvre les meilleures solutions : c'est l'optimalité chère à l'économie standard. En matière de politique de santé, le désir d'injecter de la rationalité dans les décisions d'allocation des ressources dans les pays en développement est à l'origine du développement de l'indicateur **Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité ou AVCI**. C'est une mesure du nombre d'années de vie saines perdues dans une population en raison d'une maladie particulière (Jamison, Mosley, Measham et Bobadilla, 1993 ; Hutubessy et *al*., 2003 ; Laxminarayan, 2006). Cette volonté d'introduire « l'objectivité » dans les politiques de santé est manifeste dans le rapport de la Banque mondiale de 1993. Les partisans de l'indicateur ont l'espoir que les décideurs s'en serviront pour orienter les ressources vers des interventions qui maximisent la réduction totale des AVCI. Mais cette approche repose sur des présupposés contestables.

En effet, cette lecture suppose une définition « objective » de la santé, or la santé est une construction sociale, avec différentes significations qui varient selon les groupes et les époques.[123] La maladie est également objet et produit de représentations sociales. La santé

[120] Précisons toutefois qu'il n'existe pas de critères de décision formalisés pour les sommets internationaux sur l'aide. Il s'agit plutôt de pratiques qui s'apparentent à des « traditions ».
[121] Nous avons déjà développé les problèmes que pose l'hypothèse de rationalité. Cf. section 3 et sous-section 3.1.
[122] Dans le schéma analytique (figure 1, p.20), cela renvoie au mode d'interaction.
[123] En réalité, la santé est tantôt envisagée comme un droit humain, tantôt comme un facteur de développement, tantôt comme un facteur de sécurité etc.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

apparaît donc simultanément comme une notion et comme un espace définis par les rapports entre le corps physique et le corps social (Fassin, 1996). En somme, c'est une construction sociale. Cela justifie une attention particulière aux discours et débats dans notre analyse des délibérations portant sur l'aide à la santé. En réalité, si des acteurs de développement (États, OIG, ONG…) identifient des échecs de l'aide et proposent des pistes pour une amélioration sensible des politiques d'aide, « l'objectivité » des arguments, bien qu'utile, est insuffisante pour faire trancher la « communauté de l'aide » en leur faveur. Ils sont obligés de faire appel aux intérêts des différents membres, à leur humanisme ou encore à la vision qu'ils ont de la santé, *in fine* à leurs images politiques. Les raisons de cette nécessité sont doubles. La première raison est qu'on a une configuration de la gouvernance internationale basée sur le principe d'États souverains bien qu'interdépendants (un État, une voix). La deuxième raison est que les objectifs traditionnellement poursuivis par les acteurs sont de taille mondiale (développement, droits de l'Homme, Biens Publics Mondiaux -BPM-). L'atteinte de ces objectifs exige donc des ressources financières importantes, mais aussi un soutien politique et humain d'un nombre important de pays et même bien d'autres acteurs si l'on en juge par le discours actuel en matière de gouvernance (ONG, entreprises, associations). C'est pourquoi ces acteurs proposant des réformes utilisent une formulation générale ou ambigüe de leur projet afin d'intégrer les préoccupations ou valeurs des différents acteurs : c'est ce que nous appelons une stratégie ambigüe (*cf.* encadré 4 ci-dessous).

Encadré 4 : L'ambiguïté

Un terme est ambigu lorsqu'il peut être compris de plusieurs façons différentes, chaque interprétation étant précise et non exclusive des autres (Smithson, 1999 ; Wallsten, 1990). Dans cette tradition philosophique et linguistique, l'ambiguïté se distingue de l'imprécision et du conflit. Un mot étant vague ou imprécis lorsqu'il ne peut pas être clairement défini (Wallsten, 1990). **Une situation est conflictuelle lorsque plusieurs interprétations mutuellement exclusives (i.e. qui ne peuvent pas être vraies simultanément) viennent à l'esprit. Ici les discours ou stratégies qu'on qualifiera d'ambigüs le sont dans le sens où ils cherchent à concilier des objectifs particuliers différents des membres de la coalition à travers un discours très général (imprécis), ambigu (ré-interprétable)**. Donc c'est le caractère interprétatif du discours qui nous intéresse ici à la différence de la définition qu'en donne l'économie de décision (Cabantous et Hilton, 2006, p. 261) : « *[L'ambiguïté a été introduite] par Ellsberg dans un article critiquant la théorie* ***savagienne*** *de la décision en incertitude (Ellsberg, 1961; Savage, 1954) est utilisé pour qualifier des situations de choix dans lesquelles les probabilités des événements possibles sont imprécises, douteuses, incertaines (Camerer et Weber, 1992 ; Frisch et Baron, 1988). Lorsqu'un décideur ne peut émettre que des jugements de probabilité imprécis, parce qu'il n'a qu'une connaissance imparfaite du phénomène en jeu et/ ou manque de données statistiques, par exemple, on dit que la situation est « ambiguë ». En économie de la décision, l'ambiguïté est donc un synonyme de l'incertitude knightienne (Camerer et Weber, 1992 ; Knight, 1921 ; Schmidt, 1996). C'est d'ailleurs pour cette raison, et afin d'éviter des confusions liées aux différents sens du terme ambigu, que Wallsten propose de remplacer le terme d'« ambiguïté » par celui d'« incertitude imprécise » (Budescu et Wallsten, 1995 ; Budescu, Kuhn, Kramer, et Johnson, 2002 ; Wallsten, 1990)* ».

Source : Présentation de l'auteur

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

S'il existe plusieurs méthodes pour mobiliser autour d'un projet des acteurs ayant des images politiques différentes, en règle générale les initiateurs transforment les objectifs spécifiques de chaque acteur en des objectifs particuliers d'un objectif plus important et plus global : celui de la réforme. Ils y parviennent avec une formulation générale ou ambigüe de la décision. Il s'agit, par exemple, dans un discours, rapport ou projet politique de montrer que l'amélioration attendue de la situation des plus pauvres en termes de santé suite à la réforme se traduira par une sécurité sanitaire plus importante pour les pays donateurs. Un tel discours mobilise plusieurs images politiques (la santé comme droit humain, la santé comme bien public, la santé comme facteur de développement, la santé comme facteur de sécurité). On montre donc que la réforme prend en compte les priorités de tous les acteurs bien qu'elles renvoient à des images politiques différentes d'un même problème. L'objectif est de convaincre chaque acteur, aussi bien au Nord qu'au Sud[124], que la politique envisagée a été pensée en prenant en compte son image politique, afin d'obtenir son soutien. Sur le plan politique, Sogge (2003) estime d'ailleurs que les justifications politiques couvrent un large spectre de courants allant du communisme à la droite ultralibérale. Ceci est la manifestation de ce que nous appelons « une stratégie ambigüe » qu'on peut identifier dans les discours en prêtant attention à la formulation ambigüe ou générale de l'objectif de l'aide. La pluralité des images politiques présentes dans ce genre de discours dépend donc de la diversité des acteurs.

En somme, dans cette thèse la délibération[125] est utilisée pour désigner à la fois les discussions qui précédent la prise décision et la décision elle même. Un compromis est un accord, donc une décision, obtenu par des concessions des parties en présence. Une décision est ambigüe lorsqu'elle peut être comprise de plusieurs façons différentes, chaque interprétation étant précise et non exclusive des autres. Une décision ambigüe est en réalité un compromis entre plusieurs images politiques qui ne s'excluent pas.

******

L'objectif de ce chapitre était de définir le cadre d'analyse de notre thèse et les concepts auxquels nous allons recourir dans ce travail de recherche. Nous avons précisé en quoi il nous

[124] Ainsi que les différentes composantes de ces deux groupes.
[125] **Délibération**= décision ou processus qui précède la décision ; **Compromis** = un type de décision ; **Ambiguïté** = type de compromis.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

semble pertinent, compte tenu des objectifs qui sont les nôtres, de recourir à un institutionnalisme centré sur les acteurs. Nous avons indiqué que son apport principal est d'avoir montré, tout en restant fidèle aux fondements de l'institutionnalisme historique, que ce ne sont pas les préférences, les stratégies ou les choix d'un seul acteur qui déterminent les résultats, mais l'effet croisé des actions de tous les acteurs concernés. Le cadre d'analyse comme les concepts présentés s'inscrivent dans une volonté de mener une analyse de la faisabilité de la coordination en prenant en compte la pluralité des valeurs et orientations des donateurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 2 : Méthodologie

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

Ce chapitre méthodologique précise la méthodologie adoptée pour étayer notre hypothèse. Cette dernière avait été formulée de la manière suivante dans l'introduction générale : **une coordination efficace des donateurs n'a pas été possible et ne peut pas l'être dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés**. Les deux principaux objectifs de l'agenda de l'efficacité de l'aide[126] que sont une mobilisation accrue et une coordination accrue ne sont pas simultanément réalisables. Démontrer l'incompatibilité de ces deux objectifs passe par la vérification de deux sous-hypothèses que l'on peut formuler comme suit :

H_1 : Une mobilisation accrue passe nécessairement par l'acceptation de la diversité des acteurs en termes de représentations sociopolitiques (images politiques). Cette acceptation de la diversité des acteurs est le moyen pour inciter ces derniers à participer à l'action collective.

H_2 : La diversité des acteurs en termes d'images politique est un frein à une coordination efficace.

1. Démarche et matériaux

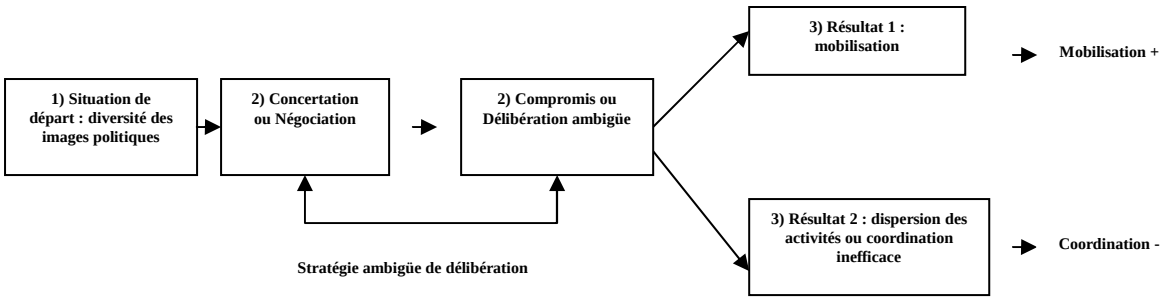
L'argumentaire débutera par l'analyse du lien entre la mobilisation et les images politiques mises en avant de 1960 à la fin des années 1990. On reviendra donc sur les multiples évolutions des politiques de l'aide à la santé et des acteurs participant à la délibération sur l'aide, pour montrer que la mobilisation autour de l'aide dépend des images politiques mises en avant. De cette analyse, il sera tiré que la mobilisation résulte d'un compromis qui se traduit par la superposition de plusieurs images politiques dans les délibérations ou programmes d'action. D'où vient cette diversité des images politiques ? La pluralité des images politiques provient en grande partie de l'évolution de l'aide à la santé. Plus précisément, on montrera comment les images politiques de la santé qui se succédaient jusqu'aux années 1990 se superposent aujourd'hui (à partir des années 2000) sans constituer une réelle synthèse avec l'apparition des partenariats public-privés et des cadres d'action comme celui des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Concrètement, cette superposition d'images politiques passe par une formulation générale ou ambigüe des objectifs dans des mécanismes de coordination que nous qualifions de contrats relationnels (plan d'action stratégique, approche sectorielle, document de stratégie de réduction de la pauvreté…). Cette formulation ambigüe n'est pas sans effets sur l'objectif de coordination. Une telle méthode de mobilisation rend difficile une coordination efficace, c'est-à-dire qui se traduirait par des activités moins dispersées et plus articulées. La

[126] Apparu au tournant des années 2000.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

raison en est qu'une formulation générale ou ambigüe des décisions autorise une réinterprétation de ces dernières par les acteurs qui leur permet de maintenir leurs propres priorités. Devant un tel constat, la question qui se pose est celle de savoir pourquoi les acteurs de développement ne prennent pas des décisions précises avec des objectifs limités ? Dans une perspective de mobilisation d'acteurs guidés par des images politiques différentes, une formulation précise des décisions ou des programmes d'action est impossible. Elle rendrait l'accord sur les objectifs impossible et conduirait à des ruptures de partenariats. Du coup, la coordination obtenue est une coordination sur des objectifs d'ordre général et interprétables de moyen et long terme. Cette forme de coordination ne réduit pas la dispersion. Ceci expliquerait donc, en partie, le faible progrès effectivement enregistré en matière de coordination depuis que l'agenda de la coordination a été lancé au tournant des années 2000. **Ce travail aboutira ainsi à l'idée que la mobilisation d'acteurs variés est un frein à une coordination efficace pour des raisons structurelles (nécessité d'une formulation générale ou ambigüe des objectifs dans un contexte de diversité des images politiques et de fonctionnement non contraignant)**. Notre démarche peut être schématisée ainsi :

Figure 5 : Une présentation d'ensemble de la démarche



Source : Présentation de l'auteur

Ce schéma traduit le fait que l'on part d'une situation où des acteurs ayant des images politiques agissent à des degrés différents et souvent de façon isolée (1). Pour mobiliser ces acteurs autour de programmes partagés, une stratégie ambigüe est utilisée (2). Elle conduit à deux résultats (3) : une mobilisation plus importante (mobilisation +) et une coordination inefficace (coordination-). On retrouve là nos deux sous-hypothèses.

Pour vérifier les deux sous-hypothèses formulées ci-dessus, notre méthodologie va combiner plusieurs approches dont il convient de situer le rôle respectif dans l'analyse. C'est l'objet de la section suivante.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.1. Une approche historico-analytique des politiques et des discours sur l'aide

Cette approche vise deux objectifs qui sont en rapport avec la sous-hypothèse H_1. **Il s'agit premièrement de l'identification des images politiques des donateurs et des lieux politiques ainsi que de la compréhension des ressorts de leurs évolutions depuis le début de l'aide au développement dans le domaine de la santé**. Cette approche se traduira par une analyse de l'évolution des politiques d'aide à la santé (objectifs et acteurs) des années 1960 aux années 2000 et par une analyse des discours mis en avant à partir des années 2000. Le choix d'une conception étroite des institutions (réduites à un espace de régulation formalisé, *cf.* chap.1, p. 36-37) suppose que l'identification des images politiques passe par une analyse de l'évolution des politiques (donc une analyse historique) et par l'empirisme (notamment l'analyse des flux d'aide). Cette approche guidera donc la deuxième partie (chapitres 3 et 4), la troisième partie (chapitres 5 et 6) et la quatrième partie (chapitre 9).

Le deuxième objectif vise à cerner le lien entre la nature des images politiques mises en avant et le niveau de mobilisation des donateurs. L'approche historico-analytique de l'évolution des politiques d'aide à la santé depuis les années 60 s'avère insuffisante. En effet, si elle permet de voir comment le changement d'images politiques influence les politiques d'aide, elle ne permet pas de « mesurer » l'impact d'une nouvelle image en termes de mobilisation (niveau d'aide en particulier). Ainsi, pour palier cette insuffisance, nous ajoutons à l'étude historico-analytique une deuxième approche : l'analyse des flux d'aide à partir de la base de données de l'OCDE.

1.2. Exploitation de la base de données de l'OCDE

L'exploitation de la base de données de l'OCDE vise essentiellement à vérifier si la combinaison (donc l'acceptation) de plusieurs images politiques s'accompagne effectivement d'une mobilisation accrue de l'aide à la santé. Pour atteindre cet objectif, nous avons étudié les flux d'aide à la santé de 1967 à 2009.[127] Nous allons analyser, au moyen d'instruments statistiques et économétriques, la répartition sectorielle et internationale de l'aide à la santé pour identifier les priorités qui se dégagent des flux d'aide et *in fine* les images politiques auxquelles

[127] Il faut toutefois souligner que la base de données de l'OCDE ne fournit pas, pour tous les donateurs et pour toutes les années, les volumes d'aide à la santé sur l'ensemble de la période de 1960 à aujourd'hui. Nous sommes donc amenés à être parfois approximatif dans l'évaluation du niveau de l'aide à la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

renvoient ces priorités. Ceci nous permettra d'évaluer le poids de la pluralité des images politiques dans la mobilisation de l'aide à la santé à chaque fois que cela est possible. Cet instrument méthodologique sera utilisé dans le chapitre 3, 4, 6 et dans une mesure plus limitée dans le chapitre 7.

Mais ces deux approches doivent être complétées pour analyser un objet qui donne une place importante aux acteurs, à leurs images politiques et stratégies.

1.3. Les entretiens

Les entretiens, auxquels nous consacrons la section 3, s'inscrivent dans une démarche de recherche empirique de compréhension des raisons de la mobilisation accrue et des difficultés de coordination. Ils touchent donc à nos deux sous-hypothèses. Nous allons compléter les deux approches précédentes par des entretiens qualitatifs auprès d'acteurs de développement dans le but de vérifier, d'une part, que nos questions ne sont pas que des « spéculations théoriques », d'autre part, que les enseignements déjà tirés de l'analyse « théorique » offrent une certaine robustesse malgré le nombre limité. Ces entretiens viennent donc illustrer et appuyer les enseignements tirés de l'approche historique. Ils alimenteront en particulier notre étude de cas (chapitre 8).

Si ces trois premières approches permettent un traitement satisfaisant de la première sous-hypothèse (H_1), elles n'abordent pas suffisamment, à l'exception des entretiens, la deuxième sous-hypothèse (H_2). Pour traiter cette dernière, c'est-à-dire le rôle de la pluralité des images politiques dans les difficultés de coordination des donateurs, il nous a paru nécessaire de compléter les trois premiers volets méthodologiques par l'exploitation des rapports d'évaluation sur la coordination des donateurs ou des PPP et par une étude de cas qui vise à cerner le processus de délibération dans les mécanismes de coordination.

1.4. Exploitation des rapports d'évaluation sur l'évolution de la coordination des donateurs

Les promoteurs de l'agenda de la coordination (OCDE et institutions de Bretton Woods) ont élaboré des critères d'évaluation de cette dernière. Si des critères sont plus ou moins

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

identifiés depuis 2003 (Forum de Rome), ils ont étés rassemblés dans une déclaration qui a été adoptée en 2005 par presque l'intégralité de la communauté d'aide (donateurs et bénéficiaires) : il s'agit de la déclaration de Paris. Depuis 2003, l'OCDE, soutenue par les instances internationales de l'aide au développement, a publié quatre rapports sur la coordination des donateurs. Le premier en 2004, le second en 2005, le troisième en 2008 et le quatrième en 2011. Il s'agit de voir si les difficultés de coordination sont abordées (la coordination des donateurs a-t-elle progressé depuis que l'agenda a été lancé ?), quels sont les éléments avancés pour expliquer les difficultés de coordination. Ces éléments renvoient-ils à la diversité des images politiques des acteurs ? C'est cette partie qui fondera l'essentiel de notre analyse de la faisabilité de la coordination (chapitre 7).

Il faut toutefois souligner qu'il est impossible de saisir l'intégralité des difficultés de coordination sans « ouvrir la boîte noire » pour voir ce qui se passe à l'intérieur des organisations d'aide présentées comme des mécanismes de coordination. Cerner le « conflit » entre les objectifs de mobilisation et de coordination passe nécessairement par l'analyse et la caractérisation des processus de délibération des acteurs variés en partenariat dans le mécanisme de coordination : c'est l'objet de l'étude cas.

1.5. Etude de cas : la question du processus de délibération conduisant à la coordination

L'étude de cas (chapitre 8) porte sur un programme actuel de santé (*Roll Back Malaria Partnership*, partenariat public-privé créé en 1998) afin d'en examiner, au moyen d'entretiens et d'une analyse de la documentation disponible, les difficultés de coordination lorsqu'on mobilise des acteurs variés en mettant l'accent sur le processus de délibération. Le rôle de cette étude de cas dans l'argumentaire est de montrer, à partir essentiellement des décisions des partenariats multi-acteurs (qui sont des mécanismes de coordination), le lien entre mobilisation et dispersion. L'accent est mis sur :

- la caractéristique principale des stratégies de délibération
- les difficultés de coordination au sein d'un programme qui porte sur une seule maladie.
- le fait que les innovations institutionnelles considérées comme des mécanismes de coordination ne conduisent pas à une coordination accrue des acteurs en partenariats.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ce sont tous ces éléments méthodologiques articulés qui permettent d'étayer l'hypothèse selon laquelle une coordination efficace dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés n'est pas possible.

2. Un ciblage spécifique sur les entretiens

Cette section présente les acteurs interviewés[128], la grille d'entretiens et le déroulement des entretiens.

2.1. Les organisations rencontrées

Toutes les organisations sollicitées n'ont pas pu être interviewées.[129] L'objectif principal de ces entretiens étant de cerner les origines des difficultés et enjeux de coordination d'acteurs variés, nous n'avons sollicité que des acteurs participant à des mécanismes de coordination, donc connaissant, même sommairement, la question de la coordination. Au total, six acteurs ont été contactés et cinq furent interviewés. Les problèmes liés au nombre limité d'acteurs interrogés (représentativité, biais d'échantillonnages) ne sont pas de nature à remettre en cause nos analyses puisque ces entretiens viennent illustrer et compléter une analyse existante. Par contre, nous avons voulu que les personnes interrogées soient représentatives de la diversité des acteurs agissant dans le domaine de l'aide à la santé (État, ONG, Entreprise et Partenariat public-privé) dans le but de faire émerger la diversité des images politiques et les problèmes que pose cette diversité.

[128] Un tableau récapitulatif des acteurs et organisations interviewés est disponible en annexe (Annexe 13).

[129] Notamment, ***Erick Maville***, Directeur régional Europe de la Coalition Mondiale des Entreprises (GBC) contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Cette coalition est hébergée par Lafarge à Paris. L'entretien a été reporté à plusieurs reprises à la demande de l'intéressé et finalement non réalisé. La Coalition Mondiale des Entreprises contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme est une plate-forme de réseautage, de partage des connaissances et d'action collective pour les entreprises. Cette coalition planétaire d'une centaine d'entreprises vise à promouvoir l'implication des entreprises privées dans les enjeux de santé et de développement, à la fois dans les pays et au sein des grandes organisations internationales dans le domaine de la santé. L'idée fondatrice, mise en avant par cette coalition, est que l'entreprise privée dispose de moyens d'action et de soutien pour contribuer à la lutte contre les épidémies de VIH/sida, tuberculose et paludisme : soutien financier ou en nature aux organisations internationales en santé, opérations de co-investissement et partenariats avec des organismes publics et privés. Le co-investissement est une forme de partenariat public privé (PPP) par lequel les entreprises et en particulier les filiales de firmes multinationales contribuent à un « accès équitable » aux services de santé contre les pandémies. Cette participation des acteurs privés est censée, dans un contexte de rareté des ressources, permettre une réponse « plus globale » et « plus efficace » aux problèmes de santé dans les PED à travers l'utilisation de toutes les compétences et ressources disponibles. Ces actions sont souvent présentées comme relevant de leur responsabilité sociale d'entreprise. La GBC sert, enfin, d'organisation centrale de la délégation du secteur privé auprès du Fonds mondial.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans cette sous-section, nous présentons les organisations que nous avons rencontrées.

- **Les organisations**

Le Roll Back Malaria Partnership[130]:

Le partenariat public-privé *Roll Back Malaria* a été fondé pour répondre aux préoccupations croissantes concernant le fardeau incessant et grandissant que représentent la maladie et les décès dus au paludisme. *Roll Back Malaria* et ses partenaires sont convaincus qu'une approche alliant des mesures préventives, comme l'usage de moustiquaires sur les lits et les pulvérisations résiduelles en intérieur, avec un plus grand accès aux médicaments antipaludéens efficaces, constitue la clé permettant de réduire le fardeau du paludisme. Le partenariat *Roll Back Malaria* considère que sa force repose sur les compétences et l'expertise diverses de chacun de ses partenaires, et surtout sur leur volonté de travailler de façon coordonnée.

Sanofi Aventis[131] :

Sanofi Aventis est une entreprise pharmaceutique Française qui communique sur son engagement dans la lutte contre le paludisme et, de façon générale, dans la production de médicaments contre les maladies négligées. En 2009, elle occupait le rang de cinquième entreprise pharmaceutique dans le monde et de première entreprise pharmaceutique en France avec un chiffre d'affaire de 34,90 milliards de dollar US. Engagée dans plusieurs partenariats, y compris *Roll back malaria,* pour la santé dans les PED, elle a reçue le prix 2010 du *Global Business Coalition Core Competence Award*[132] pour son partenariat innovant dans la lutte contre le paludisme. Ce partenariat a permis la production d'un médicament antipaludique-ASAQ- à bas prix : un 1 euro pour un traitement d'un adulte. Ce prix est considéré par le Vice-président

[130] Personne rencontrée : Michel ***Smitall***, chargé de la communication et du plaidoyer auprès du Directeur exécutif du *Roll back malaria partnership.* Entretien mené le 26 juillet 2010 par téléphone.
[131] Personnes rencontrées : ***François Bompart***, Directeur adjoint aux affaires médicales au sein du département accès aux médicaments et responsable du programme Impact Malaria chez Sanofi-Aventis, entretien mené le 7 Avril 2010 à Paris ; ***Réné Kazetien***, Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux médicaments chez Sanofi-Aventis. Entretien mené par téléphone le 22 Avril 2010.
[132] Chaque année, la Coalition mondiale des entreprises (Global Business Coalition) récompense des institutions, qui au niveau mondial, se distinguent par leurs « actions remarquables » en faveur de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Accès au Médicament, le docteur Robert Sebbag[133] (p. 1), comme *« la preuve de l'engagement de Sanofi-Aventis envers la protection de la santé et de notre réponse aux besoins des patients, partout dans le monde. C'est un exemple pour tous des bénéfices que peuvent retirer les patients d'un partenariat et d'une mise en commun d'expertises et de ressources vers l'atteinte d'un objectif partagé*. […] ». Remarquons cependant que ce prix n'est pas une reconnaissance des actions de Sanofi par les patients ou tout autre bénéficiaire. Le *Global Business Coalition Core Competence Award*, délivré par « la Coalition Mondiale des Entreprises », constitue une reconnaissance par « les pairs » des actions de Sanofi, c'est-à-dire des entreprises, notamment pharmaceutiques, agissant dans le domaine de la solidarité.

Les Amis du Fonds Mondial Europe[134]

Les Amis du Fonds Mondial Europe sont une association, lancée en avril 2005 sous le haut patronage de Jacque Chirac, qui regroupe des personnalités européennes, des représentants de la société civile, des organisations non gouvernementales et des responsables de fondations et d'entreprises privées engagés dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les « Amis du Fonds Mondial Europe » se présentent comme un lobby et se donnent pour mission de mobiliser en Europe, les décideurs politiques et institutionnels, l'opinion publique et les entreprises en faveur de la lutte contre les pandémies en particulier par la reconnaissance et la promotion du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Des « Amis du fonds Mondial » existent sur tous les continents et l'initiative fondatrice est onusienne et date de 2002.

***Les Avocats pour la Santé dans le Monde* (*The Global Health Advocates – GHA*-)[135]**

Les Avocats pour la Santé dans le Monde (*The Global Health Advocates - GHA*) sont une organisation mondiale à but non lucratif créée dans le but d'amplifier la mobilisation de la société autour de la lutte contre ce qu'ils appellent « les maladies de la pauvreté » et parmi lesquelles le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. *Les Avocats pour la Santé dans le Monde* se présentent comme un large mouvement qui ne veut plus tolérer que plus de 10 millions de

[133] Dr Robert Sebbag, Vice-président Accès au Médicament, communiqué de presse de Sanofi-Aventis le 25 mai 2010. Le communiqué est disponible sur le site de Sanofi à l'adresse suivant : http://www.impact-malaria.com/iml/cx/fr/layout.jsp?cnt=D8E3B6C0-9F25-4AF0-87B9-8BB362830502, consulté le 16 décembre 2010.
[134] Personne rencontrée : ***Sylvie Chantereau***, Directrice de l'Association des amis du fonds mondial Europe. Entretien mené le 16 Août 2010 à Paris.
[135] Personne rencontrée ***: Patrick Betrad***, Associé Principal de *Global Health Advocates.* Entretien mené en Août 2010 à Paris.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

personnes meurent injustement chaque année par manque de médicaments et de fournitures médicales coûtant moins de 10 euros. Cette organisation fonctionne comme un réseau centré sur un petit noyau de professionnels soutenus par des partenaires qui apportent leur concours lorsque c'est nécessaire. Ce réseau concentre ses actions dans des domaines comme le plaidoyer au niveau mondial et au développement de partenariats. *Les Avocats pour la Santé dans le Monde* accomplissent ces missions en soutenant des réseaux d'organisations qui existent déjà, en leur fournissant des informations stratégiques, des méthodes plus efficaces, des modélisations de message à faire passer, de nouvelles occasions de collaboration et de coordination.

L'ambassade de la France dans la lutte contre le sida et les maladies transmissibles[136]

Ce service est dirigé par un ambassadeur qui dépend du secrétariat d'État à la coopération (lui-même sous la tutelle du ministère des affaires étrangères). La création d'un tel service en 2003 montre la nécessité pour les États de coordonner les actions dans un domaine dont les enjeux sont devenus majeurs. Le rôle de l'ambassadeur est, tout d'abord, d'être le porte-parole du gouvernement sur les politiques internationales en matière de VIH/sida mais aussi sur toutes les maladies infectieuses : la tuberculose, le paludisme, les maladies zoono-tiques : Ebola, fièvre de la vallée du Rift, la grippe aviaire, porcine etc. Il joue aussi le rôle de facilitateur pour mettre en cohérence et en conformité les actions bilatérales et multilatérales de la France. À ce titre, il intervient dans les organisations internationales : Fonds Mondial, Roll Back Malaria, Unitaid, Stop TB, ONUSIDA, GAVI, OMS... Il travaille également avec tous les opérateurs français (ONG, opérateurs publics, entreprises, institut semi-public etc.), qu'ils soient dans le domaine des soins ou de la recherche.

1.2. La grille d'entretien

La grille d'entretien élaborée est composée de trois parties correspondant chacune à un objectif spécifique. Il s'agit successivement des déterminants de l'émergence des programmes globaux, des déterminants de la mobilisation et enfin de la difficulté de coordination. Le détail est présenté en annexe n° 11.

[136] Personne rencontrée : ***Pr Patrice Debré,*** Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles. Entretien mené le 1er Avril 2010 à Paris.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Précisons que les entretiens se sont déroulés plutôt sous forme de discussions ouvertes sur la base de la grille d'entretien que par une reprise systématique des questions de la grille afin de laisser à nos interlocuteurs une certaine liberté. La grille d'entretien sert alors à identifier les questions de fond que nous jugeons intéressantes, sur lesquelles nous avons orienté les interlocuteurs, si ces derniers dans l'évolution « naturelle » de l'entretien n'y faisaient pas référence. Cette méthode « souple » nous a permis de comprendre d'avantage les difficultés que posent les questions de coordination et ensuite de voir en quoi ces difficultés confortent ou pas nos propres réflexions.

i. Emergence des programmes mondiaux

Cette partie de la grille d'entretien vise à cerner le processus qui encadre l'émergence des programmes de santé portés par des coalitions larges d'acteurs, notamment les partenariats public-privés. Il s'agit de comprendre comment les coalitions d'acteurs naissent et gagnent en importance. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes intéressés à un programme mondial majeur qui s'est imposé au tournant des années 2000. Il s'agit du programme de lutte contre le paludisme. Mais comme ce dernier est apparu et fut parfois porté par les coalitions de lutte contre le VIH/Sida, nous avons voulu commencer par aborder la question de l'émergence des programmes de lutte contre le Sida avant de traiter celle de l'émergence de la lutte contre le paludisme.

ii. Questions sur les déterminants d'une mobilisation d'acteurs variés

Cette deuxième partie de la grille vise l'identification des facteurs que les acteurs de développement considèrent comme facilitateurs de la mobilisation des ressources dans la lutte contre une maladie. C'est cette partie qui nous permettra d'enrichir notre analyse sur le rôle de l'acceptation de la pluralité des images politiques dans la mobilisation d'acteurs variés autour de l'aide.

iii. Questions sur les difficultés de coordination

L'objectif de cette partie de la grille est de cerner dans quelle mesure la mobilisation d'acteurs variés empêche l'obtention d'une coordination efficace. Les enseignements tirés de cette partie viendront compléter nos analyses venant de l'exploitation des rapports d'évaluation indépendante.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.3. Le déroulement des entretiens

Notre proposition d'anonymiser les entretiens a été déclinée par toutes les personnes rencontrées. Aucune réticence *a priori* pour effectuer les entretiens n'a été constatée. Cependant, tous les interlocuteurs n'ont pas répondu à nos questions bien qu'ils aient accepté de nous recevoir. Citons deux cas différents mais illustratifs des difficultés rencontrées.

Le premier cas est celui d'un entretien dont la durée, initialement fixée à 2h, fut finalement limité à 45 minutes. La raison évoquée est que « [la] *grille comporte beaucoup de questions confidentielles aux quelles* [notre interlocuteur ne peut] *répondre* ». On nous mettra cependant en contact avec des collaboratrices afin que nous leur envoyions notre questionnaire par mail avec la promesse que le nécessaire sera fait pour que nous puission avoir un certain nombre d'éléments sur le sujet. Nous n'avons plus eu de suite malgré des mails et des appels téléphoniques de rappel.

Le deuxième cas est celui d'un entretien effectué par téléphone. Après avoir fait le tour des questions que nous souhaitions aborder, la personne interviewée dira : « *je regrette, l'obligation de neutralité du Secrétariat* [de la structure] *fait que je ne peux répondre à vos questions, je peux cependant vous expliquer comment fonctionne notre organisation…* ».

De façon générale, lors de ces entretiens, nous avons ressenti très souvent un certain embarras et parfois de l'incompréhension de la part des enquêtés à chaque fois que nous abordions les difficultés de coordination. Les acteurs ne semblent pas s'interroger sur la faisabilité de la coordination. L'évidente nécessité de « se coordonner pour améliorer l'efficacité de l'aide » les conduit, à chaque fois que l'on évoque la coordination, à considérer comme inéluctable la réalisation de l'agenda de la coordination. **La finalité des actions semble ainsi faire passer au second plan la question du processus.** La plupart des acteurs rencontrés assimilaient visiblement les difficultés de coordination que nous abordions à une remise en cause de l'efficacité de l'aide.[137]

Du déroulement de ces entretiens, on peut tirer trois enseignements préalables. Le premier est la volonté des acteurs (notamment les ONG) de « faire passer leurs messages ». Nos

[137] Il nous a été demandé, par exemple, si nous étions d'accord avec la thèse de Dombissa Moyo (thèse très critique vis-à-vis de l'aide publique au développement) bien qu'aucun élément de la grille d'entretiens ne renvoie à la thèse développée par cet auteur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

interlocuteurs semblent souhaiter que leurs convictions ou discours soient relayés à tous les niveaux, universitaires notamment. Le second enseignement est que, malgré les discours des ONG et entreprises sur la nécessité d'améliorer la transparence dans tous les domaines, ces acteurs sont encore réticents à être complètement transparents. Ils se protègent souvent derrière la confidentialité ou la neutralité. Le troisième est la foi en la possibilité, malgré la diversité des acteurs, de fonder une action collective dans le domaine de la santé sur la base d'analyses et de critères « objectifs ». Les problèmes qui peuvent apparaître sont considérés comme surmontables à la condition que les acteurs se montrent plus « honnêtes » (c'est-à-dire limitant la démagogie, la stigmatisation et la diabolisation), plus « raisonnables »[138] (termes utilisés par les personnes rencontrées).

Ainsi, si les acteurs rencontrés partagent le constat d'une réelle difficulté de coordination, ils considèrent que cet objectif est atteignable et constitue un enjeu important auquel il ne faut pas renoncer.[139]

******

Au final notre méthodologie combine plusieurs approches (analyse historique, exploitation de base de données, étude de cas et entretiens qualitatifs) dans le but « d'échapper » aux limites de chaque approche prise isolément et de prendre en compte les spécificités de notre objet de recherche.

[138] Ces acteurs semblent croire fortement à la neutralité « politique » des représentations des organisations au sein des partenariats.
[139] Ce constat se manifeste aussi par une volonté forte des acteurs rencontrés de défendre les actions engagées dans le domaine de la coordination bien que les progrès tardent à voir le jour.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Conclusion de la 1ère Partie

L'objectif de cette première partie était de préciser les fondements théoriques et méthodologiques pour traiter la question de la faisabilité d'une coordination efficace entre acteurs variés. Nous en retenons les éléments suivants.

Notre analyse s'appuie sur l'institutionnalisme centré sur les acteurs. L'intérêt de cette approche est d'avoir montré, tout en restant fidèle aux fondements de l'institutionnalisme historique, que ce ne sont pas les préférences, les stratégies ou les choix d'un seul acteur qui déterminent les résultats, mais l'effet croisé des actions de tous les acteurs concernés.

Notre méthodologie combine plusieurs éléments (analyse historique, exploitation de base de données, étude de cas et entretiens qualitatifs) qui, pris séparément, sont insuffisants pour traiter notre objet.

Dans la deuxième partie de la thèse, nous nous attachons à identifier les images et lieux politiques de l'aide à la santé des années 1960 aux années 1990.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2ème Partie : L'aide à la santé des années 1960 aux années 1990 : une succession d'images politiques

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 3 : Des années 1960 aux années 1970 : du biomédical aux besoins humains

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

Dans ce troisième chapitre, nous présentons les images et lieux politiques de l'aide à la santé qui se sont succédés dans les années 1960 et 1970. Dans la perspective de notre argumentaire, l'objectif de ce chapitre est de permettre une identification des *images politiques* qui ont existé et des *lieux politiques* avant d'étudier leur influence sur la mobilisation de l'aide. Précisons toutefois que les dates et périodisations qui accompagnent ces images politiques peuvent être discutées. Elles visent à faciliter une analyse chronologique.

Pour atteindre cet objectif, nous allons subdiviser notre chapitre en trois sections. Dans une première section, nous identifions les images politiques de l'aide publique à la santé qui se sont succédées entre les années 1960 et les années 1970. Dans une deuxième section, nous présentons les lieux politiques de l'aide à la santé entre les années 1960 et les années 1970. Dans une troisième section, nous cherchons à relier les images politiques et le niveau de mobilisation de l'aide à la santé.

1. Les images politiques de l'aide à la santé

Dans cette section, nous présentons, en partant de la place de la santé dans les stratégies de développement, les images politiques qui ont prévalu dans les années 1960 et les années 1970.

1.1. D'une vision biomédicale dans les années 1960…

Les années 1960 constituent une période particulière pour les pays du Sud. Pour la majeure partie de ces pays, c'est une période de restauration de leur dignité, de reprise en main de leur destin en tant que peuples, que les pays occidentaux avaient confisqué à travers la colonisation. Dans cette sous-section, après une présentation de la place de la santé dans les stratégies de développement à l'époque, nous allons présenter l'approche biomédicale avant de mettre en exergue les politiques de santé de la période qui en sont la traduction et les limites. Nous verrons que la place de la santé dans les stratégies de développement est fortement déterminée par la nature de son image politique dominante.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.1.1. Les stratégies de développement

La conception (image politique) que les acteurs de l'aide ont du développement et de la santé détermine, en grande partie, l'importance de la santé dans les stratégies de développement. Ainsi la légitimation de la santé dans les stratégies de développement peut reposer sur la vision du développement ou sur la vision de la santé qu'ont les donateurs.

Débutons par la façon dont la santé est légitimée dans les stratégies de développement, dans les années 1960, à partir de l'image politique de la santé.

- **L'approche biomédicale : une approche qui ignore l'environnement socioéconomique**

En ignorant l'influence des divers facteurs d'ordre socio-économique sur la santé de l'individu, l'approche biomédicale a totalement ignoré les préoccupations de développement à l'exception des aspects du développement liés au progrès technique, lequel soutiendrait la croissance économique. La vision technique de la santé qui sous-tend l'approche biomédicale fait qu'aucun lien entre la santé et le développement social n'est envisagé.

Encadré 5 : Définition et implications théoriques de l'approche biomédicale

L'approche biomédicale est une approche de santé publique qui repose essentiellement sur la biologie et la médecine. Pour cette approche, la maladie est une perturbation biologique (dysfonctionnement), fruit d'un agent naturel pathogène (microbe, virus, bactérie…). D'où l'importance de la biologie (avec les techniques de contrôle des infections microbiennes, les transplantations ou greffes d'organes, le clonage…) et de la chimie (avec les sulfamides et les antibiotiques….). Ce modèle[140] est centré sur l'individu et privilégie les variables individuelles, comportementales pour développer des stratégies d'actions axées sur l'information ou la réglementation (Goldberg, 1982 ; Gottraux, 1982). L'idée est que l'information des individus combinée aux progrès techniques peut permettre l'éradication des maladies.[141] L'approche biomédicale n'est pas seulement un type de pratiques, c'est aussi une manière de penser la relation entre l'individu et son environnement social. La vision biomédicale suppose, en effet, que des individus, mieux informés des risques qu'ils encourent par des professionnels de santé qui connaissent mieux ces facteurs de risque grâce au développement de l'épidémiologie, vont modifier leurs comportements, quel que soit leur environnement social, pour améliorer leur santé. L'approche biomédicale suppose donc une société composée d'acteurs rationnels.

Source : Présentation de l'auteur

[140] Des auteurs comme Kervasdoué (1993) et Niedhammer (1998) vont critiquer cette approche pour souligner l'importance de la prise en compte de l'environnement social et les problèmes éthiques qu'elle pose, la responsabilité du malade notamment.

[141] En réalité, il ne suffit pas d'être informé d'un risque pour parvenir à l'éviter. Les addictions en sont une illustration. Plus généralement, la recherche de satisfactions immédiates est souvent en contradiction avec les attitudes préventives ou rationnelles.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- **Une conception du développement qui n'accorde pas un rôle « moteur » à la santé**

Commençons par préciser les questions majeures de la période en matière de développement. En effet, durant cette période, le débat sur le développement était centré essentiellement sur le secteur économique (Rosenstein Rodan 1957, Kunetz 1955, Rostow 1960, Clark 1960, *cf.* Rist 1996). Des notions comme le développement humain, le droit à la santé, le développement social étaient presque totalement absentes des analyses de l'époque. Les politiques de santé ne faisaient pas partie intégrante des actions entreprises pour le développement. Lorsque les économistes de ces années traitent de la dimension humaine, c'est généralement à la marge de leur démarche scientifique principale. La position dominante est que le développement humain - qui se traduit par des meilleurs indicateurs de santé et d'éducation pour tous - découlera naturellement de la croissance de la production. Les efforts pour les dimensions humaines, s'ils existent, sont le plus souvent justifiés par des positions morales et l'environnement favorable qu'elles créeraient pour la croissance[142], comme en témoignent ces rares propositions concernant la santé ou l'éducation dans les analyses théoriques de l'époque. Pour Lewis (1955), il n'y aurait pas, par exemple, un motif valable pour refuser de développer une gamme convenable de services sociaux. Mieux, ces services auraient pour effet d'améliorer la santé des travailleurs et de les rendre plus soucieux d'une amélioration de leur travail. Ainsi, si ces services sont coûteux, ils sont aussi bénéfiques, car ils accroissent la productivité et le bonheur humain. Rosenstein Rodan (1943) n'était pas loin de cette vision en considérant que la première tâche de l'industrialisation consiste à prévoir la formation et la qualification de la main d'œuvre qui devra transformer les paysans en ouvriers. Si ces discours peuvent constituer les prémices de la prise en compte du capital humain, on est loin de son endogénéisation dans les modèles de croissance.

La sous-estimation des dimensions humaines du développement dans les théories économiques des années 50 et du début des années 60 tient en réalité au constat du sous développement matériel observé par les praticiens du développement ; à l'idée que les trajectoires économiques entre les pays occidentaux et les pays en développement ont commencé

[142]En réalité, à cette époque le lien envisagé entre les aspects humains et la croissance était trop relâché pour attirer l'attention des donateurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

à diverger à partir de la révolution industrielle (Discours de Truman[143], Rostow 1960) ; que pour prendre en charge les coûts de la santé ou de l'éducation, il faut que l'activité « productive » dégage un surplus ; que les services, pour aussi utiles qu'ils soient, ne sont pas considérés comme productifs.

C'est pourquoi, durant cette période, la santé devait être une résultante du développement d'autant que la théorie économique de la croissance de l'époque enseignait que la santé, comme l'éducation, sont exogènes au système économique qui devait permettre le développement. La santé ne pouvait donc pas bénéficier d'une attention allant au-delà de l'approche médicale dans la marche vers le développement. **Ceci nous amène à dire qu'une place importante pour la santé n'est possible que si l'image politique dominante de l'aide à la santé est compatible avec les stratégies de développement tirées de l'image politique dominante du développement**

1.1.2. Les programmes de santé

De façon générale, les politiques de santé évoluent au rythme des découvertes et de l'évolution de la pensée. Au lendemain des indépendances, les discours pour mobiliser autour de l'aide à la santé vont être dominés par l'efficacité espérée des actions en raison des découvertes médicales. Plus exactement, cette efficacité est celle du paradigme technologique (hospitalo-medico-centralisé) de la médecine occidentale portée par les prouesses de la chimie et de la biologie (pour une définition de l'approche biomédicale, voir l'encadré 5 ci-dessus).

Ainsi, plusieurs programmes de lutte contre les maladies infectieuses seront lancés à la suite de la découverte de vaccins ou de traitements curatifs. En 1950, la vaccination de masse contre la tuberculose à l'aide du vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG) pour protéger les enfants est en cours. En 1952, l'OMS lance le programme mondial de lutte contre le pian en partenariat avec l'UNICEF. Ce programme a réussi à traiter 300 millions de personnes dans cinquante pays, réduisant l'incidence mondiale de la maladie de plus de 95%. En 1955, le Programme d'éradication du paludisme est lancé. Son objectif a été modifié en 1969. Par la suite, la plupart des programmes d'éradication du paludisme sont devenus des programmes de lutte au plan

[143] Truman : « Il nous faut lancer un nouveau programme qui soit audacieux et qui mette les avantages de notre avance […] au service de l'amélioration et de la croissance des régions sous développés. […] Avec la collaboration des milieux d'affaires, du capital privé, de l'agriculture et du monde de travail de ce pays, ce programme pourra accroitre grandement l'activité industrielle des autres nations et élever substantiellement leur niveau de vie » (Cité par Rist, 1996, p 118-119).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

national. En 1958, l'Assemblée mondiale de la Santé lance le programme d'éradication de la variole. En 1963, le vaccin antipoliomyélitique buccal est homologué. Ce vaccin s'est révélé capable d'interrompre la transmission interhumaine du poliovirus sauvage et en 1965, le Centre international de recherché sur le cancer est créé pour coordonner et mener des recherches épidémiologiques et expérimentales sur les causes du cancer chez l'homme.

A côté de ces actions, des politiques de formation médicale s'inscrivant dans la perspective biomédicale vont être lancées. En effet, ces politiques de formation reposaient sur la foi en l'efficacité de la médecine pour sortir les PED de leurs situations sanitaires catastrophiques. L'intérêt pour la formation était double. D'abord, l'aide à la formation des médecins correspond bien à la croyance qui caractérisait l'époque à savoir que, par un transfert de capitaux et du savoir-faire, on pouvait très vite sortir les pays du Sud de la pauvreté. Ensuite, il fallait aider par la recherche et la formation sur les maladies tropicales qui étaient mal connues et qui affectaient de manière disproportionnée les populations des PED.

Comment cette approche biomédicale dominée par une vision technique de la santé va-t-elle se traduire en termes de politiques d'aide à la santé ? C'est ce que nous allons voir dans la sous-section suivante.

1.1.3. Les politiques d'aide à la santé

L'approche biomédicale va se traduire par une domination dans l'aide à la santé des actions menées par des politiques d'aide à la formation et des politiques de lutte contre les maladies infectieuses. La conséquence de cette attention principalement accordée à la formation et aux maladies infectieuses sera la négligence vis-vis de certains secteurs importants de la santé.

- **Les politiques de formation**

Dans les années 1960 et 1970, de nombreux pays en développement ne disposaient ni du personnel qualifié ni d'établissements de formation pour former des jeunes médecins et infirmiers et répondre ainsi aux besoins dans le domaine de la santé, la gestion administrative et l'éducation. En conséquence, des systèmes de bourses ont été mis en place pour que des jeunes étudiants des pays en développement (PED) aillent se former en Europe et en Amérique du Nord.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Un rôle stratégique majeur est accordé à la formation théorique et pratique du personnel médico-sanitaire dans les pays en développement. Le quatrième et dernier des programmes généraux de la période (1960-1970) résume bien les objectifs assignés à la formation : *« [elle est] essentielle au succès de tout programme sanitaire, l'organisation appropriée de l'enseignement et de la formation professionnelle ne pouvait qu'être au rang de priorité des États membres de l'OMS. Les études médicales aux niveaux universitaires et postuniversitaires, l'enseignement des spécialités, la formation théorique et pratique des infirmières, ingénieurs sanitaires, infirmières visiteuses, éducateurs sanitaires et inspecteurs de santé publique et auxiliaires de toute catégorie continuent de figurer au programme de l'OMS qui accordera une importance toute spéciale aux moyens d'assurer une meilleure préparation des enseignants, notamment par l'octroi des bourses*[144]». Entre 1957 et 1966, l'OMS va octroyer 17 369 bourses. Elle va aussi contribuer fortement à la construction d'écoles de formation dans les PED à travers des financements, l'envoi de professeurs extérieurs, le conseil pour l'établissement des programmes d'étude.

- **Les programmes verticaux**

Les politiques de lutte contre les maladies infectieuses (paludisme, variole, tuberculose, poliomyélite, lèpre, bilharziose…) reposaient sur des « programmes verticaux ». Nous définissons les programmes verticaux comme des programmes dirigés, supervisés et mis en œuvre, totalement ou dans une large mesure, par un service spécialisé faisant appel à des personnels de santé spécialement affectés à cet effet (Mills, 1983). Ainsi, ce sont des campagnes ciblées et ponctuelles portées par des experts internationaux pour combattre ces maladies et éliminer les vecteurs de ces grands fléaux qui ont déjà existé à l'époque coloniale et qui ressemblent à des campagnes militaires (Audibert et *al.*, 2003). Cette approche était considérée comme pertinente dans un contexte épidémiologique où les pathologies infectieuses dominaient[145] et où la confiance en la médecine était relativement forte.

[144] Actes. off. org. monde. santé, 143, 64. *whqlibdoc.who.int/publications/14594_(ch3).pdf (site visité le 17 sept. 10).*

[145] Dans les années 50, on estimait que le paludisme faisait 1,5 million des décès par an (contre 781 000 décès en 2009 selon le *World Malaria Report 2010*), la variole restait encore un fléau. La prévalence (en millions) était de 400 pour le trachome, 150 pour paludisme, 50 pour le pian 50, 20 pour l'onchocercose… (Cité par OMS, 1998, p. 155). L'objectif qui s'est donc imposé est une lutte ferme contre les maladies infectieuses en priorité.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

Ces politiques rencontreront un relatif succès, mais leurs limites ne tarderont pas à se faire jour. Ces limites viennent essentiellement d'un manque de vision élargie des déterminants de la santé.

1.1.4. Les limites de l'approche biomédicale

Ici, il ne s'agit pas de revenir sur les faiblesses théoriques de l'approche biomédicale[146], mais de présenter les limites des politiques d'aide à la santé s'inspirant de cette approche. En effet, malgré l'incidence des maladies infectieuses et la faiblesse du capital humain, les problèmes de santé des PED étaient loin de se limiter aux maladies infectieuses et au manque de personnel (OMS, 1998). Dans les trois premiers rapports rédigés pour les assemblées générales de l'OMS et qui couvrent la période de 1954-1964, l'OMS énumère plusieurs problèmes majeurs qu'on peut regrouper comme suit : ceux relatifs à la **situation sanitaire** (très fort taux de mortalité infantile dans les PED ; la moitié des enfants meurent avant d'avoir 5 ans ; malnutrition) ; ceux ayant trait aux **services de santé** (très faible couverture vaccinale ; les médecines préventives et curatives ne sont pas intégrées ; concentration de la médecine et des compétences infirmières dans les grandes villes ; forte disparité sur les plans de la richesse, de la santé et du personnel qualifié) ; enfin les défaillances des **systèmes de santé** (des lacunes variables d'un pays à l'autre ; des systèmes parallèles et plus ou moins dissociés de services « médicaux » et de « santé » avec une attention accrue portée à l'aspect médical) (OMS, 1998, p. 154-155).

Les espoirs qu'avaient fait naitre les découvertes médicales avaient conduit l'OMS à privilégier la lutte contre les grandes pandémies, bien que l'organisation ait défendu une conception moderne de santé en tant qu'état complet de bien être physique et mental et social. Les conséquences sont les suivantes :

- un État qui portait un système de santé très concentré et largement encadré à travers un puissant Ministère de la santé qui organisait les financements et les prestations.
- des politiques publiques de santé qui ne concernaient que la minorité urbaine des PED -10 à 15% de la population totale- et laissaient donc la majorité sans aucun service de base (OMS, 1998).

[146] Pour une présentation de ces limites, voir les travaux de Goldberg (1982), Gottraux (1982), Kervasdoué (1993) et Niedhammer (1998).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- des interventions parallèles (à celles de l'État) et directes de la part de la communauté internationale. Ces interventions internationales étaient portées par des professionnels de santé et les agences spécialisées des Nations-Unies (OMS, UNICEF….) ou des ONG du Nord et poursuivaient des objectifs internationaux que les nouveaux États indépendants ont épousé et qui se résumaient en une série d'actions limitées.

Le rôle des ministres de santé dans les PED, qui manquaient de moyens en général, a été de mener des actions de structuration d'un système de santé embryonnaire, de contrôle et de gestion des programmes verticaux consacrés à une seule maladie (Dixneuf et Rey, 2004). [147]

Mais la faiblesse des résultats sanitaires et de la croissance des PED et surtout l'impact faible de cette dernière sur la majorité pauvre de ces pays, va conduire à ce que soient entrepris des projets en faveur des populations défavorisées : « c'est le développement par le bas » ou le nécessaire recentrage vers les besoins fondamentaux de l'Homme dès la fin des années 60.

1.2. … à une approche par les besoins humains dans les années 1970

Cette approche par les besoins humains, popularisée par Perroux (1961), va conduire la communauté à donner à la santé et à l'éducation un statut de droit. Ceci fut un tournant majeur. Au lendemain des indépendances, les politiques d'aide de santé s'inscrivaient dans une continuité des actions sanitaires qui ont prévalu avant l'indépendance. Il faut dire qu'entre 1940 et 1960 le courant théorique économique dominant est resté le même. L'économie du développement était portée par l'approche de Rostow avec les étapes de la croissance et celle de Solow de l'analyse des sources de la croissance. Ces deux approches ont en commun de considérer la santé comme un élément du bien être qui ne peut résulter que du développement. C'est ainsi que va naître après la 2ème guerre mondiale une coopération sanitaire internationale essentiellement axée sur la lutte contre les maladies infectieuses, l'assistance technique aux pays, l'élaboration des normes et un positionnement apolitique.[148] Mais, vers la fin des années 1960 et au début des années 1970, on assistera à l'apparition d'une nouvelle image politique. L'efficacité du paradigme technologique (hospitalo-medico-centralisé) de la médecine occidentale est remise en cause par des chercheurs comme McKeown (1976), qui relativise l'importance de la médecine

[147] Dixneuf et Rey (2004) rappellent la ressemblance d'une telle structuration à celle qui a prévalu pendant la colonisation avec un service de « prévention et d'hygiène » et un service de soins « l'AMI –assistance médicale indigène -».
[148] L'idée était de se soustraire aux luttes d'influence qui prévalaient en les deux blocs durant la guerre froide.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dans l'amélioration de la santé en occident et Illich (1975) [149] qui s'interroge sur l'utilité nette de la médecine. Les limites du modèle de « contrôle de maladies » sont aussi soulignées. La séparation de la question de santé des autres questions (environnement social, politique, développement) est d'ailleurs contestée. Les programmes verticaux qui avaient dominé les actions sanitaires internationales vont montrer leurs limites et faire l'objet de plusieurs critiques. Tout d'abord, on leur reproche d'être dictés par la compassion (Eddy, 1991), de manquer de fondement empirique (Unger et Killingsworth, 1986) et de mettre excessivement l'accent sur l'efficacité. En particulier, les programmes verticaux sont, dès cette période, stigmatisés du fait qu'ils induisent une fragmentation des services, créent des barrières entravant l'accès, génèrent gaspillage et inefficacité, encouragent une iatrogénèse[150] clinique, sociale et culturelle *(*McKeown, 1979*)* et éloignent la majorité de la population de la prévention et de l'accès aux services généraux *(*Bryant, 1969*)*. Ils limitent l'efficacité du système de santé en encourageant la duplication tout en diminuant leur probabilité de durabilité une fois que les ressources supplémentaires émanant de donateurs extérieurs sont épuisées *(*Brown et *al*., 2008). En somme, les programmes verticaux entravent le développement d'approches plus globales nécessaires dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et les déterminants de la mauvaise santé au sens large (Gish, 1982), affectant ainsi négativement le processus de développement de la santé (Sen et Koivusalo, 1998). La conséquence sera une redéfinition des objectifs des politiques d'aide et même celle du développement.

Dès lors des ajustements deviennent nécessaires. Ces ajustements vont s'articuler autour d'une nouvelle image politique : la santé considérée comme un droit humain.

[149] Illich rejoint tout un courant d'opinion propre aux pays industrialisés qui, sceptique ou critique à l'égard des pratiques et des progrès médicaux (rappelons pour mémoire l'ouvrage célèbre d'Ivan Illich, *Nemesis médicale*), valorise d'autres formes thérapeutiques appelées, suivant les cas, douces, parallèles, populaires, naturelles, etc.

[150] Dans le Dictionnaire de Médecine Flammarion (1994), le mot *iatrogénique* qualifie tout ce « qui est provoqué par le médecin et ses thérapeutiques ». Le Dictionnaire de Médecine Dorland (1994) définit l'iatrogénèse comme : « *Résultat de l'activité médicale, initialement appliqué aux troubles induits chez le malade par l'auto-suggestion induite par le contact avec le médecin. Le terme est maintenant appliqué à tout effet indésirable, conséquence d'un traitement par un médecin ou un chirurgien, en particulier les infections acquises durant le traitement, appelées infections nosocomiales* ». La Conférence Nationale de Santé (organisme consultatif placé auprès du Ministre français chargé de la santé), quant à elle, avait défini l'iatrogénie comme étant « *toute pathogénie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence* ».

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.2.1. Les stratégies de développement

Soulignons d'emblée que cette époque se caractérise par une intégration des politiques de santé dans les stratégies de développement. En effet, « *on a cru pendant longtemps que l'on pourrait trouver la clé de la croissance dans une ou deux activités dominantes comme l'agriculture ou l'éducation, ou les aciéries, ou les exportations ou les transports ou l'énergie, en attendant en toute confiance que le reste suive… Malheureusement pour cette doctrine, il y a eu de nombreux exemples dans l'histoire de deux dernières décennies d'un arrêt de développement, dû à des goulots d'étranglement dans les secteurs qui avaient été négligés…* » (Cité par Sicault 1973, p.15 d'après Millikan 1969).

Cette nécessité d'une approche globale de tous les problèmes de développement était nouvelle à cette période. Elle est affirmée dans la stratégie adoptée en 1970 par l'assemblée générale des Nations-Unies, reprise dans la plupart des recommandations concernant les aspects sociaux du développement. On peut citer les recommandations émises par le groupe d'experts de Stockholm.[151] Certaines d'entre elles sont particulièrement importantes au regard de la politique de santé :

« *…ne laisser aucune section importante de la population hors du courant du changement et du développement… (en particulier) les secteurs ou régions ruraux ou urbains, caractérisés par une économie dite traditionnelle, de subsistance ou marginale…*

« … activer des larges secteurs de la population et assurer leur participation au processus de développement…

« … assurer un niveau de vie minimum aux catégories les plus pauvres.

« … réduire les disparités économiques entre les diverses catégories sociales, les régions, les secteurs…grâce à une politique d'investissement, une politique de l'emploi au développement des services publics…

« … donner une haute primauté à la mise en valeur du potentiel humain notamment celui des enfants en prévenant la malnutrition au cours des phases cruciales de la croissance physique et mentale, et en fournissant des services sanitaires et des chances de s'instruire en fonction des dons et talents… » (Cité par Sicault, 1973, p.16).

[151] Politique et planification sociale dans le développement, Nations Unies, E/CN5/445.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans une approche globale du développement, chaque objectif existe en soi et constitue un facteur contribuant à atteindre d'autres objectifs. La politique de santé, en s'intégrant réellement dans le développement, doit ainsi tenir compte de problèmes socio-économiques qui n'ont pas toujours été considérés comme étant dans son champ d'action, mais sur lesquels elle peut agir indirectement.[152] La participation de toutes les forces vives du pays est considérée par la communauté internationale, notamment l'OMS, comme le moyen pour englober dans la politique de santé tous les services qui, directement ou indirectement, ont une influence sur le bien être des populations, en faisant tomber les cloisons étanches qui trop souvent enferment chacun d'eux dans un domaine sectoriel défini.

Les politiques de santé de la période ont étés pensées dans une telle perspective. Elles étaient donc axées sur la fourniture aussi bien à la population rurale qu'urbaine dans les PED d'un minimum de services et d'infrastructures de base. Cela va avec un intérêt pour l'égalité, l'équité et la santé des pauvres. Ces principes s'inscrivent dans la perspective de développement social promu à l'époque. Ainsi, pour la santé des pauvres et les questions liées, la décennie mi-70 mi-80 fut donc une ère favorable. Par l'intermédiaire de la charte d'Alma Ata, tous les États du monde vont s'engager à appuyer ou encourager l'organisation de services de santé accessibles pour l'ensemble de la population. Peu après, l'UNICEF se joignait avec ardeur à cette croisade engagée au sein de l'OMS, avec sa « révolution pour la survie de l'enfant » dont certains soins primaires étaient la pierre angulaire (Grant, 1983).

1.2.2. Les programmes de santé

La santé est considérée, depuis longtemps, comme un droit humain fondamental. L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, par exemple, garantit le droit de tout individu à un niveau de vie suffisant pour assurer la santé et le bien-être. Aujourd'hui, cette approche revient au centre du débat sur l'aide : « *sous l'influence conjointe de certains acteurs internationaux (Programme des Nations Unies pour le Développement – PNUD-, organisations non gouvernementales actives dans le domaine des droits de l'homme et des besoins essentiels, telles que Médecins sans Frontières – MSF- et Oxfam), et d'auteurs influents (Amartya Sen en économie), l'idée de droits humains fondamentaux tels que la santé, l'alimentation a pris ou*

[152] Il en est ainsi : de l'emploi, du sous-emploi, de la productivité des travailleurs ; de la production agricole ; des ressources humaines de demain- en préservant les jeunes enfants de la malnutrition et des maladies qui peuvent les handicaper pour la vie ; de la balance des échanges, en réduisant les importations de biens et services dans son propre domaine et en faisant appel aux ressources locales ou en les développant.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

repris de l'ampleur au cours des quinze dernières années. Au sein de la « communauté internationale », la notion de « droits humains » est de plus en plus présente, même si son contenu et son application restent discutés » (Boidin, 2007, p. 2).

Au lendemain des indépendances, il a fallu attendre les années 1970, plus exactement la conférence d'Alma Ata (1978), pour qu'une vision de la santé comme un droit humain soit dominante. En effet, la conférence d'Alma Ata (1978) entérinera institutionnellement des propositions qui font de la santé, plus que jamais, un droit de l'Homme que les États et la communauté internationale doivent garantir grâce aux soins de santé primaire (SSP). Ces propositions partent de l'idée que *« les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays*[153] » et indiquent que *« l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires*[154] *sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale* ». Les soins de santé primaires visent donc à résoudre les principaux problèmes de santé des communautés rurales et urbaines, en assurant un minimum de services de promotion, de prévention, de soins.

Ce droit à la santé était consacré et développé dans de nombreuses autres conventions et résolutions internationales telles que la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (1981), le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, connu sous le nom de Protocole de San Salvador (1988), et la Charte sociale européenne (1961, révisée en 1996), la Convention américaine sur les droits de l'homme (1969) et la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950). La déclaration d'Alma Ata visait la concrétisation de ces principes et marque en ce sens une nouvelle période. Cette représentation

[153] Tiré de la déclaration d'Alma Ata.
[154] Les soins de santé primaires sont définis par l'OMS comme des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, ainsi que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de la santé en termes de droits humains a survécu aux « échecs » d'Alma Ata. Plus récemment, en 2002, les obligations de la communauté internationale en matière de santé ont été soulignées par la création d'un poste de «rapporteur spécial[155] sur le droit de chacun à un meilleur état de santé physique et mentale atteignable » par la défunte Commission » des Nations Unies sur les droits de l'homme.[156] En conséquence, l'accessibilité et la disponibilité ne sont plus seulement un problème médico-technique, mais aussi une question de redistribution et de justice sociale à l'échelle mondiale. C'est pourquoi «*le droit à la santé relève de tous les États: chaque État a ratifié au moins un traité international des droits humains reconnaissant le droit à la santé. En outre, les États se sont engagés à protéger ce droit à travers des déclarations internationales, lois et politiques nationales, et lors des conférences internationales* » (OHCHR/WHO[157], 2008, p.1). Le droit à la santé contient selon cette commission onusienne : le droit à un système de protection de la santé offrant l'égalité des chances pour tous de jouir du meilleur niveau de santé possible; le droit à la prévention, de traitement et de contrôle des maladies; l'accès aux médicaments essentiels; l'accès à la santé maternelle et infantile et la santé génésique; l'égalité des chances et l'accès opportun aux services de santé de base; la disposition de l'éducation en matière de santé et de l'information; la participation de la population à la prise de décisions aux niveaux national et communautaire en matière de santé.

On peut alors s'interroger sur la façon dont ce droit à la santé a été intégré dans les politiques d'aide dans les années 1970.

1.2.3. Les politiques d'aide à la santé

Les principes et valeurs de la Déclaration d'Alma-Ata, qui font de l'approche par les droits humains l'image politique dominante, sont clairement affichés. Il s'agit de la justice sociale, du droit à la santé pour tous, de la solidarité et de la gestion locale des politiques de santé. On peut ajouter que cette nouvelle orientation est une tentative pour sortir de la médecine biomédicale concentrée dans les grands centres urbains en essayant de rendre les services de

[155] Le Rapporteur spécial est un expert indépendant nommé par le Conseil des droits de l'homme pour examiner la situation dans un pays ou un thème spécifique relatif aux droits de l'homme.
[156] La Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies a été remplacée par le Conseil des Droits de l'Homme en juin 2006.
[157] OHCHR/WHO (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization) 2008: The Right to Health (Factsheet No. 31), Geneva
(http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf, 30.3.2009).
Traduction de l'auteur de « *the right to health is relevant to all States: every State has ratified at least one international human rights treaty recognizing the right to health. Moreover, States have committed themselves to protecting this right through international declarations, domestic legislation and policies, and at international conferences*».

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

santé accessibles non seulement par une localisation géographique adaptée aux besoins mais aussi par le prix limité de soins.

- **Droit à la santé : équité et participation**

La déclaration d'Alma-Ata, adoptée en 1978, affirme que les soins de santé primaire sont le moyen d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en 2000. En conséquence, on va assister à une vigoureuse transformation des stratégies en matière de soins de santé.

De sa fondation à la seconde moitié des années 1970, l'OMS s'était essentiellement consacrée, dans une optique biomédicale alors largement dominante, à la lutte contre les épidémies et endémies, lutte dont la principale réussite fut l'éradication de la variole en 1980. La fin des années 1970 voit en revanche la promotion d'une nouvelle approche, consacrant une vision holiste de la santé et couronnée en 1978 par l'adoption à la conférence d'Alma Ata de la stratégie des soins de santé primaires (SSP). La communauté internationale, sous l'action de l'OMS, va se donner comme objectif principal de faire accéder tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, c'est-à-dire un minimum de santé qui permettra à chacun d'exercer une activité productive. Si tout les acteurs ne partagent pas la même interprétation de cette formulation des SSP, celle qui va s'imposer est celle de l'OMS, c'est-à-dire une lecture volontariste qui fait reposer le système de santé sur des agents de santé de village (ASV). En plus d'être volontariste, cette nouvelle approche promeut une structuration très décentralisée des systèmes de santé. L'idée est qu'un agent de santé du village (ASV) volontaire, après quelques semaines ou quelques mois de formation, serait la solution aux lacunes du système sanitaire et à la faiblesse des ressources de l'État, incapable de fournir les moyens matériels et financiers pour faire fonctionner celui-ci. La population était alors appelée à suppléer à cette carence en fournissant main d'œuvre et financement. Le dispositif devait être autogéré et ainsi beaucoup mieux intégré dans les pratiques et cultures des populations.

Désormais, les politiques de santé s'orientent vers des systèmes de santé sensés contribuer à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins. Des plans de développement sont mis en œuvre et la diffusion de l'offre sanitaire, en fonction des besoins et des priorités de santé publique, est engagée pour assurer l'accessibilité géographique. Compte tenu des tendances épidémiologiques observées

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

parmi les populations des pays à faible revenu à ce moment-là, des services « peu » coûteux[158] dispensés par un personnel paramédical villageois semblaient particulièrement indiqués pour parvenir à l'objectif; ces services, tout comme d'autres du même type, ont fini par jouer un rôle central dans ce qui était devenu officiellement la politique des « soins de santé primaires ». Il convient de noter que c'est une conception égalitariste[159] de l'équité qui fut privilégiée puisqu'elle semble à même de permettre la concrétisation de la santé comme un droit fondamental. Cette conception considère qu'il faut garantir à chacun, quel que soit son revenu, un égal traitement et un égal accès aux soins.

Dans ce contexte d'évolution vers des politiques plus équitables et une autogestion des centres de soins de santé primaire, il reste à aborder la question du financement de ce type politique.

- **Le financement du droit à la santé pour tous**

La conception de la santé pour tous consiste à assurer pour chacun le libre accès aux soins de santé et l'égalité de traitement. Pour rendre le droit à la santé effectif pour tout un chacun, un financement collectif et obligatoire semble mieux adapté. Faute de moyens dans les pays concernés, ce type de financement ne fut ce pendant pas retenu. C'est le principe de participation selon la solvabilité du patient dans une démarche civique qui va être promu.

Par ailleurs, l'accessibilité aux services de santé est aussi freinée par les pénuries de médicament et le coût élevé de ces médicaments qui grèvent les budgets des ministères de santé.

[158] Dans son rapport de 2008, l'OMS considère au contraire que ces services sont coûteux. Cela dénote d'une évolution de l'argumentaire pour mobiliser autour des soins de santé primaire.

[159] Selon la conception libérale de l'équité (Tizio, 2005), une politique de redistribution est de toute manière néfaste à l'amélioration du bien être économique et social. Une responsabilisation –notamment financière- accrue de l'usager et de l'ensemble des acteurs individuels du secteur de la santé constitue alors dans cette perspective la ligne de force des politiques sanitaires préconisées. On peut douter de la validité de telles options dans le contexte des pays en développement (Tizio, 2005), dans la mesure où on part d'un constat d'une sous utilisation des services de santé en raison des comportements rentiers au sein des systèmes de santé. La conception rawlsienne de l'équité considère quant à elle que les politiques publiques doivent promouvoir un égal accès à des biens fondamentaux et au-delà favoriser, par la redistribution, les populations les plus démunies. L'égalité entre les individus n'est ensuite appréhendée qu'au sujet des " biens premiers ". Ces biens premiers comprennent-ils les services de santé ? On peut en douter puisque « assurer les besoins de base pour tous » dans le domaine de la santé à tout le monde est souvent considéré comme révolutionnaire. L'objectif de santé de base pour tous est encore considéré comme inaccessible et même déraisonnable (Tizio, 2005).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans les années 1970, alors que les PED dépensent 20 à 40% de leur maigre budget de santé pour importer des médicaments, la plupart des personnes vivant dans les zones rurales et les taudis urbains n'y avaient pas accès (OMS, 1998). Ainsi, dès 1975, à l'occasion de la 28ème assemblée mondiale de la santé, un rapport du directeur de l'OMS passe en revue les principaux problèmes de médicaments dans les pays et présente une nouvelle approche basée sur les « médicaments de base » ou « médicaments essentiels » pour améliorer l'accès des populations aux médicaments appropriés. En 1978, lors de la conférence d'Alma Ata, la fourniture des médicaments et des vaccins essentiels sera considérée comme une des composantes des soins de santé primaire (Velasquez, 1991). L'objectif est de faire collaborer les pays (donateurs et bénéficiaires) en vue d'assurer un approvisionnement régulier, au coût le plus bas possible, et l'utilisation la plus rationnelle d'un nombre déterminé de médicaments et vaccins de qualité acceptable, sûrs et efficaces. Les gouvernements des pays du Sud devaient prendre des mesures pour bénéficier de prêts ou de subventions de la part des banques ou organismes de financement extérieurs ou par des institutions multilatérales ou bilatérales (March et Smith, 1984).

1.2.4. Les difficultés de mise en œuvre de l'approche par les droits humains

Cet objectif de mettre la santé à la portée de tous les peuples du monde se heurta à l'absence de mobilisation proportionnelle aux ambitions. Ensuite, la situation « catastrophique » des comptes nationaux des pays en développement dans un contexte de crise économique et de crise de la dette vont être invoqués comme causes de cet échec et rendre nécessaire aux yeux des institutions de Bretton Woods l'ajustement structurel, même si ces complications ne viennent pas exclusivement des évolutions internes à ces pays. Ainsi on entre dans une nouvelle phase où la priorité est de restaurer les équilibres macro-économiques. À nouveau, l'idée (toujours présente, mais sous-entendue) qu'il faut faire des efforts avant de demander un accès aux soins de santé pour tous, assimilé à une jouissance « sociale », revient au premier plan, traduisant un revirement vers la nécessité de revitaliser le secteur économique par des mesures de stabilisation et d'ajustement.

Après cette présentation des images politiques dominantes des années 1960 et des années 1970, nous allons étudier l'évolution des lieux politiques de l'aide à la santé de ces deux décennies.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : une composition inchangée et une transformation du rôle de l'État

Comme nous l'avions indiqué dans l'introduction générale, le « *policy venue* » ou « lieu de la politique » désigne l'ensemble des acteurs ou des institutions qui prennent part aux décisions relatives à un sujet particulier (Shiffman et *al*., 2002). Ici, nous nous intéressons aux différentes compositions et recompositions de la « communauté délibérante » des donateurs des années 1960 aux années 1970. Analyser l'évolution du lieu politique de l'aide (des acteurs qui la composent) est crucial pour comprendre l'évolution de l'aide publique à la santé en général et les enjeux de mobilisation et de coordination en particulier. L'objectif de cette section est de permettre non seulement une identification des acteurs participant à l'aide, mais surtout de voir à quelle occasion, pour quel objectif et à quelle période ces acteurs ont intégré la « *communauté délibérante* » des donateurs d'aide.

Par ailleurs, si la composition des lieux politiques dépend de plusieurs paramètres, comme la trajectoire historique des politiques d'aide par exemple, elle semble fortement influencée par la vision qu'on peut avoir du rôle de l'État et/ou de ce que les autres acteurs peuvent apporter en plus de celui-ci. Ce rôle a évolué entre ces deux décennies (voir l'encadré ci-dessous).

Encadré 6 : Des années 1960 aux années 1970 : une transformation du rôle de l'État

Les images politiques des décennies 1960 et 1970 ont en commun de donner un rôle important à l'État. Mais la nature de ce rôle diffère entre ces deux périodes. C'est que nous allons montrer dans cet encadré en revenant sur le rôle assigné à l'État à chacune des décennies.

Dans les années 1960 : développer pour que la santé soit une réalité

Au sortir de la seconde guerre mondiale, le monde scientifique et politique aussi bien au Nord qu'au Sud croyait fermement en la capacité des sociétés, à travers l'État, à sortir en peu de temps de la pauvreté et de la misère. Au Nord, le discours de Truman est illustratif : « *Il nous faut lancer un nouveau programme qui soit audacieux et qui mette les avantages de notre avance […] au service de l'amélioration et de la croissance des régions sous développés. […] Avec la collaboration des milieux d'affaires, du capital privé, de l'agriculture et du monde de travail de ce pays, ce programme pourra accroître grandement l'activité industrielle des autres nations et élever substantiellement leur niveau de vie* » (Rist, 1996, p.118-119). Au Sud, la lutte pour l'indépendance se confondait à celle pour le développement et les droits fondamentaux. Lors de sa déclaration à Arusha en 1967, Julius Nyerere déclarait : « *Les droits fondamentaux doivent être assurés pour tous. L'État doit toute fois veiller à ce que l'exercice des libertés individuelles ne conduise pas à des inégalités et à l'exploitation. […] La dignité individuelle doit déboucher sur l'indépendance…. […] Le pays est engagé dans une lutte contre la pauvreté…* » (Rist 1996, p. 208). La conviction que les États mobilisés pouvaient améliorer la situation dans les pays du Sud était forte. C'est donc en toute logique que la mise en œuvre des politiques d'aide fut confiée aux États aidés, à des agences de développement ou les OIG. Cette confiance aux États ou aux partenariats étatiques pour mettre en œuvre les actions de développement a plusieurs origines (Charnoz et Severino, 2007). *Primo*, la crise de 1929 et la grande dépression qui a suivi ont montré combien de fois le marché laissé à

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

lui seul était incapable de provoquer une dynamique positive. *Secundo*, la transformation de la Russie rurale et pauvre en une puissance industrielle en quelques années avait montré que l'État pouvait être un acteur efficace. *Tertio*, le développement du japon avait aussi montré que d'autres pays non occidentaux pouvaient accéder au développement. C'est ainsi que naîtra un paradigme dominé par la figure de l'État que ce soit dans des pays qui se disent capitalistes ou socialistes. Avec le concept de *big push* (Rosenstein-Rodan, 1943), stratégie de développement majeure de la période, si l'État devait mettre en place les infrastructures lourdes et les industries de base, il devait aussi investir dans le domaine de la santé lorsque les moyens économiques allaient le permettre.

Dans les années 1970 : assurer les besoins humains

Dans les années 1970, au paradigme de rattrapage, qui justifiait l'objectif d'industrialisation et qui légitimait en quelque sorte le sacrifice des besoins sociaux, succède celui de la redistribution pour une satisfaction des besoins fondamentaux, où l'aide ressemble fort à instrument pour assurer une sorte de prise en charge mondiale de ces besoins. Comme dans le paradigme précédent l'État restait l'acteur principal même si les communautés rurales commençaient à faire leur apparition dans le champ du développement. Le rôle même de l'État sort renforcer puisque, contrairement à la stratégie d'industrialisation (qui renvoie à la marge les dimensions humaines du développement dans l'élaboration des politiques de développement), dans les années 70, les politiques axées explicitement sur la santé et l'éducation font partie des recommandations les plus importantes. Il faut noter que l'accès à la santé ou l'éducation avait un statut de droits humains dont l'État a le devoir d'assurer la réalisation. Il est demandé aux États (avec les différentes conventions internationales et traités) de considérer l'augmentation du niveau de nutrition et du niveau de vie de la population ainsi que l'amélioration des services de santé comme leurs obligations principales.[160]

Source : Présentation de l'auteur

Rappelons que le lieu de la politique désigne l'ensemble des acteurs ou des institutions qui prennent part aux décisions relatives à un sujet particulier, ici en l'occurrence la santé. L'objet est donc de revenir sur la composition de cet « espace de délibération » en termes d'acteurs.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, nous avons assisté à une réelle volonté de reconstruire un monde sur des bases nouvelles comme en témoigne la création d'institutions de gouvernance politique et économique (l'ONU, FMI, BIRD). La démocratie, l'égalité entre les différents peuples, le respect des droits de l'homme sont les fondements de ce nouvel ordre mondial.

[160] La déclaration d'Alma Ata indique au point V que « *Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale* ».

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

A l'intérieur de l'ONU de nombreuses agences spécialisées sont créées. Parmi ces agences, nous avons l'OMS et l'UNICEF. **Ces deux agences, en délibérant ensemble, sur les questions de santé concernant aussi bien les pays riches que les pays en développement, avec d'autres États donateurs, vont constituer le premier le lieu politique de l'aide à la santé**[161]. La création d'une organisation internationale de la santé fut proposée en 1945 par le Brésil et la Chine. Adoptée en 1946, la Constitution de l'OMS est entrée en vigueur le 7 avril 1948. L'ambition à l'origine de la construction de l'OMS est l'édification d'un « gouvernement mondial » de la santé. C'est pourquoi dès sa création l'OMS soutenue par les États-Unis va lancer plusieurs programmes de santé de partout dans le monde (évoqués dans la section 2.1.).

Mais ces programmes d'aide à la santé axés essentiellement sur les maladies infectieuses et le manque de personnels vont montrer leurs limites (*cf.* 1.1.4.). **Ces limites vont conduire à une évolution de l'image politique de l'aide à la santé qui s'accompagnera d'une modification du rôle de l'État** (*cf.* 2.1.2). Les différentes réunions qui ont précédé la conférence Alma Ata (1978) vont contribuer à délimiter le *lieu politique* de l'aide à la santé de cette époque : la réunion du comité des experts sur les soins de santé primaires (SSP) de la Région africaine à (Brazzaville, 1977), la quatrième réunion extraordinaire des ministres de santé des pays membres de l'OMS (Washington, 1977), la réunion mixte UNICEF/OMS des pays de la région méditerranée (Alexandrie, 1977), la conférence pour les soins de santé primaire pour la région pacifique occidentale (Manille, 1977), la réunion mixte OMS/UNICEF sur les SSP dans la région Asie du Sud Est (New Dehli, 1977), la conférence sur les SSP dans les pays industrialisés (New York, 1977) et enfin le Congrès international des organisations non gouvernementales sur les soins de santé primaires (Halifax, mai 1978) … **Ces réunions montrent que le *lieu politique* des années 1970 se limite aux États et aux OIG spécialisées dans le domaine de la santé**.

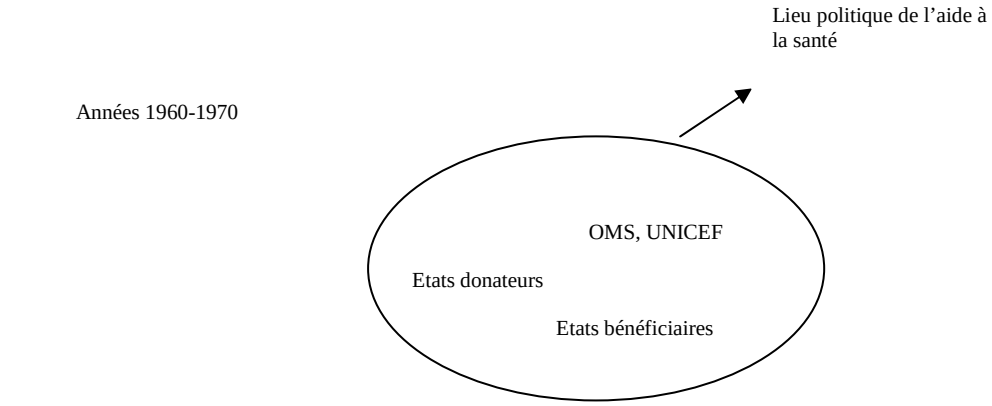
Entre les années 1960 et les années 1970, le *lieu politique* de l'aide à la santé était donc essentiellement constitué des États donateurs et bénéficiaires et des organisations intergouvernementales notamment les organisations onusiennes spécialisées dans le domaine de la santé (OMS et UNICEF). Durant ces deux décennies ONG et entreprises n'étaient pas des acteurs majeurs participant activement aux décisions portant sur l'aide à la santé. Cette place

[161] Il faut savoir que l'OMS représente l'aboutissement des efforts de coopération internationale dans le domaine de la santé entrepris il y a plus de 150 ans. C'est en effet en 1851 que fut organisée la première Conférence sanitaire internationale pour lutter contre la propagation de la peste en Europe. Les autres étapes marquantes furent la création du Bureau sanitaire panaméricain en 1902, celle de l'Office international d'hygiène publique (OIHP) en 1907 et celle de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations en 1919.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

limitée donnée à ces acteurs est au passage cohérent avec la place centrale donnée plus généralement à l'État dans les années 1960 et 1970 (*cf.* Encadré 5). La figure 6 ci-dessous synthétise notre réflexion sur la composition du lieu politique de l'aide à la santé dans les années 1960 et 1970.

Figure 6 : Le lieu politique de l'aide à la santé dans les années 1960 et 1970 :
États, OIG spécialisées délibèrent ensemble pour identifier les objectifs et actions prioritaires de l'aide à la santé



Source : Présentation de l'auteur

3. L'impact des images politiques

Une des sous-hypothèses importantes de notre thèse (H_2, *cf.* chap. 2) est que le niveau de mobilisation dépend du recours ou pas à plusieurs images politiques dans la façon de motiver les donateurs. Dans cette section nous relions la nature des images politiques des années 1960 et 1970 au niveau de mobilisation pour l'aide à la santé.

➢ D'une aide faible dans les années 1960…

Dans les années 1960, le paradigme « industrialiste », caractérisé avant tout par un projet clairement tourné vers le rattrapage, était fondé sur une justice ou éthique corrective à partir d'un diagnostic plutôt situationnel[162] (les cercles vicieux de la pauvreté) effectué au niveau des nations. L'aide s'inscrivait donc dans une logique temporaire et devait susciter des effets autoreproductibles. La santé, dans une telle perspective, était considérée comme une résultante de développement. C'est pourquoi, dans le domaine de la santé, l'accent était mis sur

[162] Les issues ou causes sont situationnelles lorsqu'elles sont externes aux pauvres eux-mêmes (c'est le cas de ce que l'on a appelé les trappes) et les issues sont dispositionnelles lorsqu'elles reposent principalement sur le comportement des acteurs locaux (Naudet, 2005).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'élimination des maladies infectieuses au moyen des seules techniques médicales modernes. L'efficacité des actions constituait l'essentiel de la stratégie de mobilisation. C'est ce que nous avons appelé « approche biomédicale » et nous avons montré plus haut qu'elle était dominante dans les années 1960. Cette image politique, bien qu'ayant obtenu des résultats tangibles, n'a pas pu donner à la santé un statut de priorité internationale en termes de mobilisation financière. Il conviendrait d'illustrer ceci par la présentation du volume d'aide à la santé pour les années 1960. Mais nous ne pouvons le faire faute de données statistiques sur la santé dans les années 1960.[163] Pour appréhender l'importance accordée à la santé durant cette période, nous pouvons cependant examiner la part de l'aide destinée au secteur social, secteur auquel appartient la santé, dans le total de l'aide au développement. Le tableau 1, ci-dessous, donne le volume (en millions de dollars constants) consacré au secteur social[164] et le total des engagements des pays membres du comité d'aide publique au développement (CAD) [165] pour les pays développement (en millions de dollars constants).

Tableau 1 : La part de l'aide totale au développement orientée vers les services sociaux (santé, éducation, eau…)

Année	Services sociaux	Total APD (engagements des pays du CAD)	Part services sociaux dans l'aide totale
1967	312,59	8395,41	3,72%
1968	297,02	8078,54	3,68%
1969	217,72	7598,11	2,87%

Sources : Données tirées de la base de données de l'OCDE : http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr

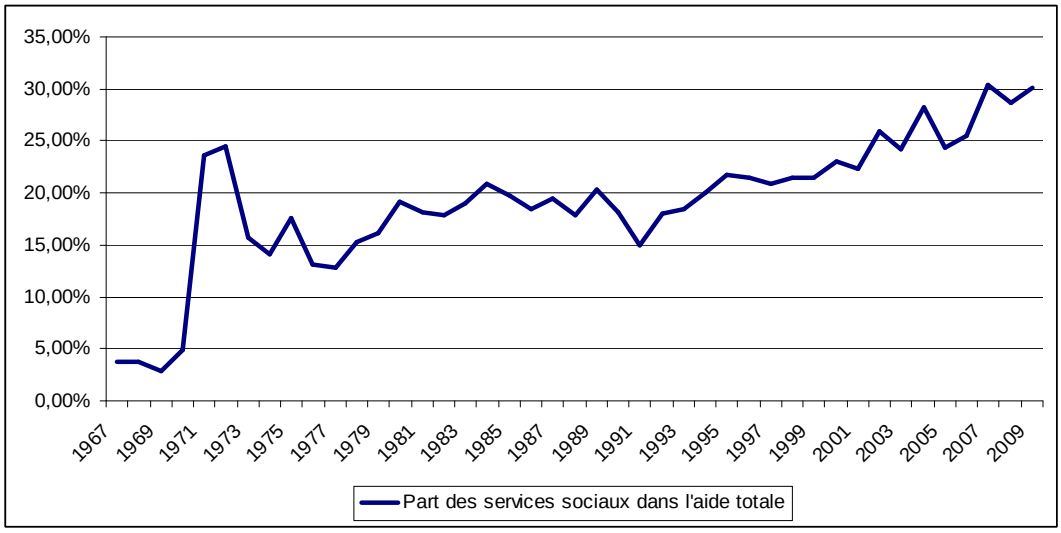
De ce tableau, nous voyons ainsi que le secteur économique et d'autres actions transversales[166] concentraient, en moyenne, plus de 96% des engagements des pays du CAD pour les PED dans les années 1960. La part du secteur social dans l'aide totale n'a jamais été aussi faible, comme on le voit dans le graphique 1 ci-dessous. De moins de 5% dans les années 1960, la part du secteur social dans l'aide est passé à 10% dans les années 1970, plus de 15% dans les années 1980 et 1990 et plus de 25 % dans les années 2000. Enfin, avec une aide totale

[163] La base de données de l'OCDE ne donne le volume d'aide à la santé qu'à partir de 1971.
[164] Plus exactement, il s'agit du secteur « Infrastructure et service sociaux »
[165] Le CAD, crée 1961, est la principale instance chargée des questions de **coopération-développement** au sein de l'OCDE, le CAD est un lieu de coordination des bailleurs de fonds, en particulier bilatéraux sur les pratiques de mobilisation et de mise en œuvre de l'aide publique au développement (APD). Il rassemble, depuis janvier 2010, 24 membres (y compris la Commission européenne et la République de Corée). Son action vise à mesurer les volumes d'APD, identifier et codifier les bonnes pratiques dans la mise en œuvre de l'aide et vérifier qu'elles sont appliquées par les membres dans le cadre de revues par les pairs. Les membres-fondateurs (1961) sont : Allemagne, Belgique, Canada, Commission européenne, États-Unis, France, Italie, Japon, Pays Bas, Portugal et Royaume Uni. D'autres pays vont adhérer ultérieurement : Norvège en 1962, Danemark en 1963, Autriche en 1965, Suède en 1965, Australie en 1966, Suisse en 1968, Nouvelle-Zélande en 1973, Finlande en 1975, Irlande en 1985, Espagne en 1991, Luxembourg en 1992, Grèce en 1999, République de Corée en 2010.
[166] Il s'agit d'actions qui touchent aussi bien au secteur économique qu'au secteur social.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

tournant autour de 8 milliards de dollar, dans les années 1960, on peut donc estimer que le volume de l'aide à la santé était faible.

Graphique 1 : La part de l'aide destinée au secteur social dans l'aide totale des années 1960 aux années 2000



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

➢ … à une aide accrue mais encore insatisfaisante dans les années 1970

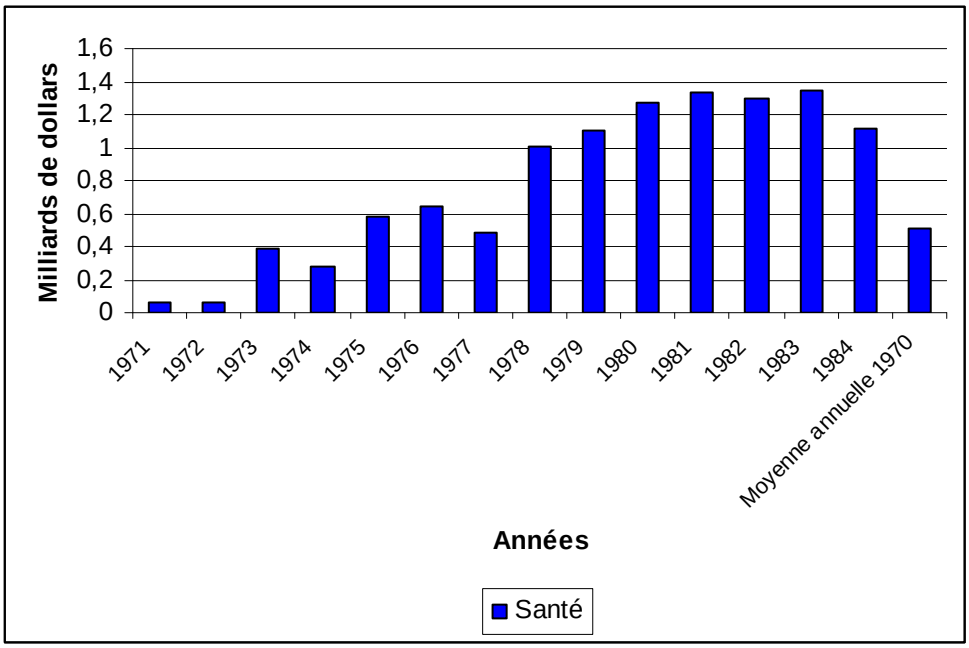
Dans les années 1970, nous allons assister à une première évolution. La façon dont les problèmes de santé sont posés et les solutions envisagées change de manière radicale. On ne croit plus à l'efficacité des seules techniques médicales modernes. Une approche holiste de la santé est mise en avant. Ces années ont été dominées par les théories et discours dits « tiers-mondistes ». Dans ce paradigme, l'aide s'inscrit dans une logique de justice procédurale redistributive à l'échelon mondial. Elle découle en premier lieu d'une responsabilité internationale (quant aux causes[167] et aux issues de la pauvreté des nations). C'est pourquoi elle sera attribuée comme un droit selon les besoins et utilisée indépendamment de modèles universels promus par le donateur. Durant cette période, la stratégie semble se résumer à une sensibilisation sur la nécessité morale et sociale d'assurer l'effectivité des droits humains, notamment celui de la santé. Cette vision va

[167] Dans les années 1970, le diagnostic s'est encore déplacé vers les facteurs « situationnels ». Les influentes thèses structuralistes et dépendantistes désignaient les rapports internationaux comme la cause principale du non-développement. L'échange inégal, la dégradation des termes de l'échange, le pouvoir des multinationales étaient alors des sujets importants dans la communauté du développement.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

conduire à une augmentation progressive, sur la période des années 1970, de l'aide à la santé octroyée par les pays du CAD[168], comme le montre le graphique 2 ci-dessous.

Graphique 2 : L'aide à la santé dans les années 1970 (dollars courants)



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

De près de 65 millions de dollars en 1971, l'aide à la santé va atteindre 1,10 milliards de dollars en 1970, soit une multiplication par 17 de l'aide à la santé. Le volume d'aide annuel moyen sur la décennie 1970 atteindra 513 millions de dollars. Cette évolution de l'aide à la santé tend à montrer que l'approche en termes de droits humains, image politique dominante dans les années 1970, a une certaine efficacité en termes de mobilisation des ressources.

Mais cette image politique axée sur les droits humains ne conduira pas à la mobilisation financière souhaitée. La faiblesse des moyens financiers (y compris l'aide) sera d'ailleurs avancée vers la fin des années 1970 pour justifier un changement d'approche dès le début des années 1980.

[168] Tout au long de cette deuxième partie l'analyse de la mobilisation ne portera que sur l'aide octroyée par les membres du CAD. La base de données de l'OCDE ne fournit en effet que les volumes des donateurs du CAD pour les périodes des années 1960, 1970 et 1980.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

******

Dans ce chapitre, nous avons présenté **les images et lieux politiques de l'aide à la santé**, ainsi que leurs traductions concrètes des années 1960 aux années 1970.

Au lendemain des indépendances, les politiques d'aide à la santé s'inscrivaient dans une continuité des actions sanitaires qui ont prévalu avant l'indépendance. Il s'agit d'une vision étroitement médicale de la santé publique dont les conséquences sont l'excessive concentration sur les maladies infectieuses, l'assistance technique aux pays et l'élaboration des normes. Mais, vers la fin des années 1960 et au début des années 1970, une nouvelle image politique apparaît. L'efficacité du paradigme technologique (hospitalo-medico-centralisé) de la médecine occidentale est remise en cause par des auteurs tels que McKeown (1976), qui relativise l'importance de la médecine dans l'amélioration de la santé en occident, Illich (1975) qui s'interroge sur l'utilité nette de la médecine. Les limites du modèle de « contrôle de maladies » sont soulignées. La séparation de la question de santé des autres questions (environnement social, politique, développement) est également contestée. La conférence d'Alma Ata (1978), avec une approche globale, viendra tenter une correction. Elle entérinera des nouvelles propositions qui font de la santé, plus que jamais, un droit que les États et la communauté internationale doivent garantir à travers les soins de santé primaire (SSP) : **c'est l'approche en termes de droits humains.** Cette « nouvelle » image politique ne sera pas sans effet sur la mobilisation des ressources financières pour la santé dans les PED. Sa prédominance s'accompagnera en effet d'une une augmentation importante de l'aide à la santé entre le début et la fin des années 1970.

Cette évolution de l'image politique dominante de l'aide à la santé s'est faite sans modification de la composition de lieu politique de l'aide à la santé. Ce dernier se limitait essentiellement, durant ces deux décennies, aux États donateurs et bénéficiaires et aux organisations intergouvernementales notamment les organisations onusiennes spécialisées dans le domaine de la santé (OMS et UNICEF). Le rôle de certains acteurs a cependant évolué, l'État notamment.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 4 : Des années 1980 aux années 1990 : de la santé comme un bien public à la santé comme levier de développement

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'objectif de ce quatrième chapitre est d'analyser les images et lieux politiques de l'aide à la santé des années 1980 et des années 1990 dans le but de bien cerner les ressorts de la mobilisation autour de l'aide à la santé pour cette période. C'est pourquoi nous subdivisons notre chapitre en trois sections. Nous étudierons successivement l'évolution des images politiques, l'évolution des lieux politiques et enfin le niveau de mobilisation de l'aide à la santé.

1. Les images de l'aide à la santé des années 1980 aux années 1990

1.1. Les années 1980 : le passage d'un service public à un bien public

Si Alma Ata a eu le mérite de mettre en exergue le rôle des soins de santé primaires, plus équitables, la réflexion sur l'organisation qui devait soutenir cette priorité n'a pas fait l'objet d'une élaboration poussée (Audibert et *al.*, 2003). Le large consensus sur la stratégie d'Alma Ata a conduit à son application dans de nombreux pays et les conceptions en ont été très variées, les succès inégaux selon les États pour des multiples raisons. Toutefois, une constante a été l'insuffisance du financement qui devait être principalement assuré par des fonds publics internes et externes. Ce qu'il est convenu d'appeler la crise des années 80 va amplifier ces difficultés. Et, progressivement, un triple constat émerge : (i) la faiblesse du financement public va de paire avec la médiocrité des soins, (ii) la gratuité est devenue très largement formelle ; enfin (iii) il n'y a pas eu de dispositifs permettant de protéger l'accès des pauvres aux soins (Audibert et *al.* 2003).

La conséquence est la remise en cause de l'approche globale dans les politiques de santé et du monopole de l'État que requiert le statut de droit humain de la santé. Ainsi, des auteurs comme Walsh et Warren (1979) et Boland et Youg (1982) vont rapidement soutenir que les soins de santé primaires (SSP) reposent sur une approche globale qui outrepasse la capacité de la plupart des pays en développement et préconiseront au contraire une approche sélective orientée vers un petit nombre de maladies. Les espoirs en matière de développement furent ainsi tempérés dans bien des cas par les graves difficultés économiques rencontrées par les pays pauvres et il fut compris que le but tant recherché de la gratuité des services de santé publique pour tous n'allait pas se concrétiser dans l'immédiat. Ces changements générèrent des doutes quant à l'opportunité du rôle central de l'État dans la prestation des services de santé. L'euphorie initiale suscitée par la « santé pour tous » céda la place au « réalisme ». C'est un ainsi que, petit à petit, l'image

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

politique dominante passa d'une conception de la santé comme « droit humain » à une approche qui présente la santé comme un bien public.

1.1.1. Les stratégies de développement

Les années 1980 sont celles de l'ajustement structurel dont l'une des caractéristiques est la primauté accordée aux objectifs financiers, avec des instruments comme l'austérité monétaire et budgétaire. Cela va amener la santé, à l'instar des autres sous secteurs sociaux, à être reléguée au second plan ou placée dans la sphère marchande. La santé des pauvres sortira de la logique d'assistance ou de prise en charge du droit à la santé par la communauté internationale qu'exigeait son statut de droit, même si les institutions de Bretton Woods (IBW) ont continué à affirmer que la santé était toujours une priorité. Selon ces institutions, il s'agirait juste d'assurer en priorité la viabilité des systèmes de santé pour éviter qu'ils ne restent toujours sous perfusion internationale ou d'un État déficitaire : c'est cette question de viabilité qui rend nécessaires les réformes. Dans cette optique, la participation des usagers en tant qu'instrument de recherche de l'efficience est par ailleurs mise en avant au même titre que l'objectif sanitaire qui lui est traditionnellement assigné. Cette situation ne sera pas sans effet. Dans les pays sous ajustement le recul des dépenses sociales, la baisse de la fréquentation des établissements sanitaires ou scolaires ont été constatés. À la suite des travaux de l'UNICEF, de nombreux auteurs et organisations relèveront la dégradation de la situation et l'aggravation de la pauvreté au cours de cette décennie et mettront en cause les effets de l'ajustement structurel (Hugon, 1989 ; Singer, 1989 ; Loxley, 1990). L'aide à la santé a été, dans cette perspective, un instrument pour accompagner les réformes structurelles et atténuer les coûts humains de l'ajustement.

Au total, durant cette période, la primauté économique subordonnait la santé et, si cette dernière devait être soutenue, on devait s'assurer qu'elle n'entrave pas le développement économique qui passerait par la restauration des équilibres macro-économiques. Mais face aux critiques toujours plus nombreuses, « *les institutions internationales vont […] infléchir leurs discours à défaut de changer leurs pratiques. La lutte contre la pauvreté a remplacé progressivement l'ajustement structurel des années 90 […]* » (Berr ; 2006, p : 38).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.1.2. La santé comme bien public

La conception de la santé comme « droit humain » dans les années 1970 induisait que l'État, à travers le service public, avait la responsabilité première, voire le monopole, de la production de la santé. Si le passage à une conception de la santé comme un bien public (voir encadré 7 ci-dessous) ne va pas modifier les objectifs sanitaires stricto sensu, il va conduire à une « redistribution » des rôles entre acteurs privés et acteurs publics.

Encadré 7 : Le passage d'une conception des services de santé comme services publics à une conception comme biens publics (adapté d'après Boidin, 2005)

Le début des années 1980 marque le passage d'une conception des services de santé comme services publics à une conception comme biens publics. Avec l'approche par les droits humains, la santé incombait d'abord aux États avant de concerner tout autre acteur. Partout, notamment dans les PED, on assistera à un développement de services publics de santé pilotés directement par l'autorité publique (État**,** collectivité territoriale ou locale) ou sous son contrôle, dans le but d'assurer l'effectivité du droit à la santé. Les services de santé sont alors en principe intégralement financés par la subvention publique. Le fondement de la notion de service public est que certaines activités sociales considérées comme essentielles et stratégiques doivent être gérées selon des critères spécifiques pour permettre un accès à tous et contribuer à la solidarité et à la cohésion sociale**,** culturelle et économique de la société. Cette vision de la santé sera remise en cause dans les années 1980. Elle sera remplacée par une approche qui présente la santé comme un « bien public ». Cette nouvelle approche insiste sur les externalités fournies par le bien public et autorise l'intervention de l'État dans le seul cas où le marché est déficient. L'offre sanitaire publique est, dans ce cadre, justifiée non plus comme une prérogative naturelle de l'État, mais plutôt en fonction des effets externes qu'elle engendre, c'est-à-dire les effets indirects sur la satisfaction des besoins sanitaires de toute la population. À noter cependant qu'un service public peut concerner ou pas un bien public, tandis qu'inversement un bien public peut être fourni par un service public ou privé. Et à chaque fois, il s'agit de choix « politiques ».

L'accès aux soins de santé primaire (SSP) pour tous en 2000 reste l'objectif principal lors des sommets et dans tous les rapports portant sur la santé. À Bamako (1987), le premier document officiel de l'OMS précise que l'objectif ultime de l'initiative de Bamako (IB), qui éclipsera fortement l'approche par les droits humains, est « *universal accessibility to primary health care* » (OMS, 1988). Mais la stratégie pour atteindre cet objectif va se trouver largement modifiée. Ces modifications vont porter essentiellement sur le financement et l'organisation des systèmes de santé en introduisant plus de participation financière des communautés locales, plus de gestion privée. L'IB et la rencontre de Harare[169], toutes deux tenues en 1987, vont entériner

[169] Les participants à ces sommets sont : l'OMS, les ministres africains de la santé, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'USAID, l'AFD… Selon l'OMS (1999), les objectifs spécifiques de cette initiative sont : de renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ; promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ; de renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ces principes (*cf.* encadré 8). Ces innovations organisationnelles et managériales sont considérées comme des moyens d'assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins (OMS, 1999).

Encadré 8 : Principes directeurs de l'initiative de Bamako (IB) d'après Ridde (2003)

Les principes directeurs de l'IB sont :
1) Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires.
2) Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires.
3) Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées.
4) Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé.
5) Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux.
6) Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires.
7) Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé.
8) Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

Cette nouvelle approche partage avec celle de la période précédente l'idée que le marché à lui seul ne peut permettre une production satisfaisante de la santé. Par exemple le marché n'a pas permis de garantir une disponibilité satisfaisante des médicaments partout et pour toutes les couches de la société. De surcroît il ne tient pas compte des externalités négatives ou positives que peuvent générer respectivement les maladies ou la bonne santé. Mais les concepts de biens publics et de droits humains recèlent des différences non négligeables qui peuvent jouer sur la façon dont on envisage la gestion des problèmes de santé. Avec la conception de la santé comme bien public, le monopole de l'État dans la production de la santé tombe au profit d'une organisation qui fait la part belle au secteur privé. Le terme de bien public n'est pas neutre, puisqu'il s'inscrit dans une approche économique standard étendue (Samuelson, 1954). « *La notion de service de santé comme service public tend à s'opposer en théorie à celle d'un bien public. L'organisation du système sanitaire censée prédominer sous les régimes d'inspiration socialiste fait reposer le financement des prestations sur les contribuables. Les services de santé sont alors en principe intégralement financés par la subvention publique, et l'État a pour finalité annoncée d'assurer l'accès de tous aux soins* » (Boidin, 2005, p. 30). Alors qu'avec le concept

médicaments essentiels ; d'assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de bien public, c'est la logique économique standard en termes d'optimisation qui prévaut.[170] La traduction concrète de cette évolution est la suivante : « *le secteur public de la santé a connu des restructurations importantes, en particulier l'introduction d'un cadre marchand avec la réduction des budgets publics, la "déflation" des personnels médicaux, l'incitation au secteur privé »* (Boidin, 2005, p. 31). Le cadre théorique de cette évolution est le passage d'une analyse en termes de services publics à une analyse en termes de biens publics. Pour sortir des politiques de santé des années 1970 dominées par l'approche par les droits de l'homme (appelant les États à développer des services public), des réformes tournées vers une plus grande marchandisation de la santé vont être lancées.

1.1.3. Les politiques d'aide à la santé

Face aux difficultés rencontrées (manque de ressources suffisantes, surendettement, ajustement structurel), l'UNICEF (avec le soutien des institutions de Bretton Woods convaincues de l'efficacité supérieure des structures de santé privées par rapport à celles du public), va proposer des réformes en 1987 lors des conférences de Bamako et de Harare en instituant respectivement le principe du recouvrement des coûts de santé et de décentralisation sanitaire dans le cadre des districts (Dixneuf et Rey, 2004). L'objectif est de renforcer la mobilisation des ressources et de permettre la concurrence entre institutions sanitaires, considérée comme un moyen pour améliorer la qualité des services de santé. Une telle approche portée par le concept de bien public s'intègre parfaitement dans l'ajustement structurel qui constitue le cadre englobant. Les logiques sous-jacentes aux PAS confortent celles des institutions internationales (OMS et Banque mondiale notamment) par la légitimation de la « rationalisation » de l'offre sanitaire publique.

- **Recouvrement, décentralisation et marché**

Rappelons que le constat au début des années 1980 était que le système de santé était insuffisamment financé (Audibert, 2003), insuffisamment fréquenté et particulièrement inéquitable (Tizio et Flori, 1997). Pour palier ces insuffisances, une politique de tarification va être promue. Les objectifs seront, selon les tenants de l'initiative de Bamako, de lutter contre la désaffection des structures de santé publique qui viendrait de la mauvaise qualité des soins et

[170] Il s'agit en théorie de voir, au cas par cas, qui est plus efficace entre l'Etat et le marché ou d'élaborer une « relation optimale » entre le marché et l'Etat.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

d'améliorer l'efficience des dépenses de santé et l'équité. Pour les défenseurs de cette évolution vers la marchandisation, la substitution du financement privé au financement public officialise un état de fait, dans le sens où les individus payaient déjà leurs soins de façon clandestine (Tizio et Flori, 1997). Pour Akin (1987), la gratuité n'est qu'un concept illusoire et vide de sens. La tarification est considérée comme un moyen qui permettra aux structures de santé de collecter localement et durablement des ressources qu'elles pourront réutiliser pour améliorer les services, assurer des amortissements ou éviter des pénuries. Derrière cette approche, sont posées des hypothèses sujettes à discussion comme le souligne Tizio (2005, p. 48) : « *d'un côté, il existe de la part des ménages, une certaine capacité à payer pour des soins financés jusqu'alors par l'État : en utilisant ce financement privé, il devient donc possible théoriquement, de dégager des marges de manœuvre nouvelles pour faire face aux dépenses incompressibles de l'État ; de l'autre, la faiblesse de l'élasticité prix de la demande de soins ne doit pas avoir d'impact négatif sur la fréquentation des services de santé après introduction de la tarification, d'autant que, dès lors que les fonds collectés sont alloués à l'amélioration de la qualité des soins, la demande devrait augmenter*».

Pour bien comprendre la logique qui sous-tend la tarification des soins de santé, il faut envisager ces réformes dans une perspective globale, c'est-à-dire sortir du cadre strictement sanitaire, pour prendre en compte le cadre englobant que représente l'ajustement structurel. La nécessité de restaurer des équilibres et l'idéologie du marché qui la porte ont constitué des déterminants importants de cette évolution vers la tarification. En effet, l'un des objectifs majeurs ayant présidé à l'adoption de la participation est d'introduire la concurrence sur le marché de la santé, notamment en atomisant l'offre afin de permettre aux structures publiques de santé de participer effectivement au même titre que le secteur informel (Flori et Tizio, 1997). Notons que c'est également en 1987 qu'a été publié un document majeur, le rapport de la Banque mondiale sur le financement de la santé[171], qui a fortement influencé les reformes sanitaires des années 90 (Crees et Kutzin, 1997) et fait l'apologie du paiement direct des usagers et du rôle du secteur privé dans le domaine de la santé.

Tout se passe comme si la réduction de la participation de l'État aux coûts des systèmes de santé rendait en quelque sorte logique l'augmentation de celle de la participation des usagers

[171] *Financing health services in developing countries: an agenda for reform.*

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

prônée par les promoteurs de l'IB, mais seulement dans la mesure où des moyens sont déployés pour s'assurer que les plus pauvres ont accès aux soins (Deschamps, 2000). Il convient de noter que cette approche s'éloigne de celle de la déclaration d'Alma Ata qui affirmait l'importance et la pertinence de l'échelon communautaire parce qu'il permettrait une certaine réactivité et la mise en œuvre des politiques de santé adaptées aux besoins locaux.

- **La réforme des systèmes de santé ou la recherche d'efficience**

Après la publication de l'ouvrage de la Banque Mondiale « *Financing health services in developing countries* » en 1987, la santé des pauvres va cesser de monopoliser l'attention de ceux qui s'intéressaient aux problèmes de santé des pays en développement. En fait, une viabilité organisationnelle a été privilégiée comme le montrent les multiples activités consacrées au financement de la santé, et l'efficience, comme en atteste le mouvement en faveur d'un meilleur rapport coût/efficacité promu par les technocrates des institutions internationales ou agences de développement. La notion de « paquets d'interventions » d'un bon rapport coût/efficacité qui visent à tenir compte de la situation financière du secteur public de chaque pays est introduite (OMS, 1993). Des nombreux pays vont définir de tels paquets prioritaires (Bobadilla et Cowley, 1995). C'est ainsi que, par un mouvement de balancier, on a cessé de s'intéresser à la « *santé pour tous* » pour se tourner vers ce qui devint la « *réforme du secteur de la santé* » ou la nécessité de politiques de santé plus efficientes. Certes, la pauvreté, l'équité et les services de base continuaient à figurer en bonne place dans des publications telles que le Rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde 1993 consacré à la santé, le premier Rapport sur la santé dans le monde publié par l'OMS en 1995 ou le Rapport annuel pour 1995 du Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Ces politiques vont achopper sur un fait : sans un processus de participation permettant d'engager et de poursuivre un débat national et local sur les priorités sanitaires, la base d'information scientifique n'influera guère sur la mise en œuvre effective des procédures de répartition des ressources dans les pays (OMS, 1999).

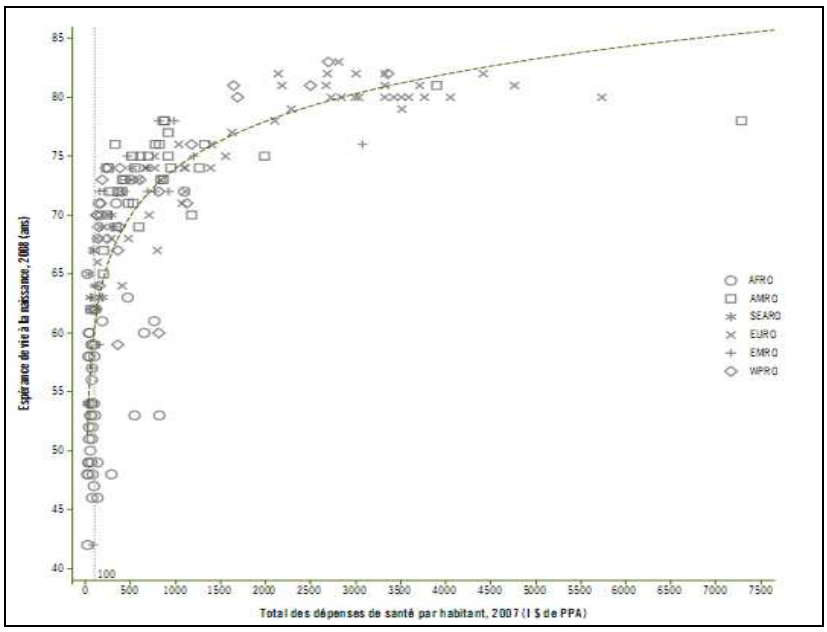
1.1.4. Les difficultés de mise en œuvre rencontrées par l'approche en termes de bien public

Les politiques de santé menées dans les années 1980 vont faire l'objet de deux types de critiques.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La première est qu'elles sont associées à une réduction du financement public des dépenses de santé : au Mali, les dépenses publiques de santé, qui représentaient 4,6 % de l'ensemble des dépenses publiques en 1981, chutent pour ne plus représenter que 2,6 % en 1987. Cette évolution est comparable au Sénégal - 6,2 % en 1980, 4,8 % en 1989 -, au Kenya 7,8 % en 1981, 6 % en 1987 (Tizio, 2005). En 2005, le Kenya était à 6,1%, le Sénégal à 6,7% et seul le Mali a dépassé le niveau d'engagement de l'État qui était le sien vers la fin des années 1970.[172] La gravité de cette baisse des dépenses publiques ne peut être évaluée à sa juste valeur que si on prend en compte la relation positive entre espérance de vie et dépenses de santé par habitant.

Graphique 3 : Espérance de vie à la naissance en fonction du total des dépenses de santé par habitant



Source : OMS 2010[173]

Comme le montre le graphique 3 ci-dessus, les pays dont les dépenses de santé sont les plus faibles sont des pays se trouvant dans la Région africaine de l'OMS. Ces pays se caractérisent par une espérance de vie ne dépassant pas 60 ans pour les trois quarts d'entre eux (OMS, 2010).[174]

[172] OMS (2008), *Statistiques sanitaires mondiales*, http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html, (visité en septembre 2010).
[173] AFRO : Région africaine de l'OMS ; AMRO : Région OMS des Amériques ; EMRO : Région OMS de la Méditerranée orientale ; EURO : Région européenne de l'OMS ; SEARO : Région OMS de l'Asie du Sud-Est ; WPRO : Région OMS du Pacifique occidental.
[174] OMS (2010), *Statistiques sanitaires mondiales*, http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html, (visité en septembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le second type de critiques porte sur l'effet des politiques de recouvrement sur l'accessibilité aux soins et la pauvreté. La tarification des soins est accusée de constituer une barrière à l'accès aux soins. Le mécanisme de cette éviction est largement documenté (Meuwissen, 2002 ; Creese, 1997).[175] L'implantation de l'IB n'aurait permis que des résultats qui sont de l'ordre de l'efficacité et non de l'équité (Ridde, 2003). Plus récemment, il a été avancé qu'elle pourrait avoir aussi contribué à l'appauvrissement des ménages[176] (Meessen et *al.*, 2003 ; Wagstaff et Van Doorslaer, 2003). Précisons que la part des dépenses privées dans le total des dépenses de santé reste encore élevée. En 2007, selon le rapport mondial de 2010 sur les statistiques sanitaires, cette part s'élevait de à 58% pour le Kenya, 48,6% pour le Mali, 44% pour le Sénégal ; alors qu'elle tourne autour de 25% pour la plupart des pays riches (21% en France et 25, 4% en Finlande).

C'est pourquoi, avec le recentrage des politiques de développement sur la lutte contre la pauvreté dont le caractère multidimensionnel fait aujourd'hui l'unanimité, la santé va bénéficier d'un rang plus élevé que jamais sur l'échelle des priorités internationales et le souci de la santé des pauvres devient un aspect essentiel de la problématique de développement, du moins dans les documents de stratégies de développement. Cette donne internationale est la manifestation de ce qu'on pourrait appeler le nécessaire décloisonnement des actions pour la santé en vue de leur intégration dans une approche globale de développement.

1.2. Les années 1990 : la santé comme levier du développement

Avec cette nouvelle image politique (la santé comme levier de développement), la primauté accordée à la santé est expliquée par les liens positifs entre santé et développement.

1.2.1. Les stratégies de développement

Le recentrage sur la lutte contre la pauvreté a permis à la santé de prendre une place importante dans les stratégies de développement ou de lutte contre la pauvreté. Ce retour de la

[175] Cependant, certains travaux ne vont pas dans ce sens. Ces travaux observent une hausse de la fréquentation (Audibert et Mathonnat, 2000 ; Litvack et Bodart, 1993 ; Sohani *et al*, 2003).

[176] Pour lutter contre l'impact négatif des tarifications des soins sur les plus pauvres, de nombreux gouvernements ont décrété que les plus pauvres continueraient à avoir accès gratuitement aux soins des structures de santé publiques. Mais les mécanismes d'exemption n'ont pas fonctionné comme il était attendu. Les bénéficiaires des exemptions sont rarement les plus pauvres et ces derniers sont rarement exemptés (Stierle et *al.*, 1999 ; Willis & Leighton, 1995).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

santé sera porté au niveau de la stratégie par les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DRSP) et au niveau des acteurs par les institutions de Bretton Woods. Comme support de mise en œuvre, on passe d'une aide projet à une aide programme requérant l'élaboration de DSRP (voir encadré 9 ci-dessous). Ces documents de stratégie de réduction de la pauvreté, élaborés dans un cadre trans-sectoriel national et mis en œuvre par les pouvoirs publics, sont destinés essentiellement à agir sur les causes et les conséquences de la pauvreté du pays considéré.[177] Pour inciter les pays du Sud à agir en faveur de la santé la Banque mondiale et le Fonds Monétaire international, traditionnellement concentrés sur les objectifs macroéconomiques, ont lancé l'initiative « pays pauvres très endettés » (PPTE) en conditionnant l'allègement de la dette à un engagement des pays pour la santé et l'éducation.

Un nouvel élan va aussi être donné par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, dans plusieurs déclarations. Ainsi, dans son introduction au Rapport sur la santé dans le monde (1999) publié par l'OMS, le Dr Brundtland a abordé l'analyse des enjeux en déclarant que « *d'abord, et surtout, il est nécessaire de réduire largement la charge de surmortalité et de sur morbidité qui pèse sur les pauvres* ». Durant les années 1999-2000, l'OMS s'est dotée d'un groupe spécial chargé d'élaborer une stratégie de lutte contre la pauvreté (Gwatkin, 2000), élargissant ainsi la place de la santé dans le développement. Au tournant des années 2000, il était considéré par l'OMS (2001) comme définitivement établi que « *l'amélioration de l'état de santé des populations est un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme* » (Moatti et Ventelou, 2009, p.244).

Encadré 9 : Le passage de l'aide projet à l'aide programme au sein d'un oligopole : concurrence, marchandage et coordination

Vers la fin des années 1980, l'aide projet, alors dominante, est de plus en plus critiquée. Elle est accusée d'engendrer d'importants coûts de transaction aussi bien pour les donateurs que pour les bénéficiaires. Il lui est reconnu cependant une vertu concurrentielle. C'est dans ce contexte qu'apparaîtra l'approche nationale des programmes en 1991 au PNUD et à la BIRD au cours des débats sur la dimension institutionnelle du sous-développement. Un programme national implique la coopération de plusieurs agences de développement, multilatérales, bilatérales, nationales, sinon décentralisées (régionales, ONG, etc.). En principe, une agence prépare avec les autorités nationales le dossier de programme ; une fois celui-ci adopté par le gouvernement, ce dernier recherche les financements complémentaires. Ce

[177] Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, l'adoption d'une SRP était initialement l'une des conditions auxquelles la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) subordonnaient l'octroi de leurs prêts à taux préférentiel dans le cadre de l'initiative PPTE (pays pauvres très endettés). Les DSRP sont aujourd'hui considérés comme le principal mécanisme utilisé par de nombreux donateurs bilatéraux et multilatéraux pour mettre en œuvre leurs programmes de coopération au développement, ainsi que comme le cadre opérationnel national le plus propice pour atteindre les OMD. En mars 2005, 44 pays avaient mis au point des DSRP complets et détaillés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

financement cumulatif conditionne le succès de l'opération et oblige les autorités nationales à prendre l'initiative en matière de recherche de moyens. D'où un marchandage entre bailleurs et entre eux et les demandeurs. Si le financement cumulatif n'est pas obtenu, le programme redevient le projet isolé d'une agence. Autrement dit, cette approche demande que l'argent semé (*seed money*) par une institution dans un « projet de soutien » soit complété par d'autres institutions ; elle suppose donc une coopération entre agences de développement (Mahieu, 1994).

Le programme suppose donc une coordination non seulement entre demandeurs et offreurs de développement, mais aussi entre offreurs. « *Cette coordination pose assez rapidement des problèmes stratégiques autour du « programme national. Comment assurer la coordination des aides dans un programme sans créer pour autant un cartel de bailleurs de fonds ?* » (Mahieu, 1994, p. 867).

A l'époque, l'enjeu du programme résidait dans la capacité à assurer une concurrence entre bailleurs de fonds (laquelle existe déjà dans le domaine des projets) et à faire jouer au coordinateur national le rôle d'un commissaire priseur. L'aide au développement a, pendant ces décennies, réuni des pays développés qui étaient concurrents dans les PED mais qui entendaient réguler cette concurrence sans, pour autant, la faire disparaître (ce qui est la définition d'un oligopole). En plus de concurrence régulée, deux autres faits illustrent le caractère oligopolistique de la communauté des bailleurs.

Les pays donateurs ont des intérêts économiques, politiques et stratégiques communs qui sont cependant évolutifs. Ils voulaient, dans les années 1980-1990 par exemple, intégrer les pays en développement dans l'ordre économique et politique nouveau (défini à Bretton Woods). Ils voulaient, en ces temps de guerre froide, éviter qu'un abandon de l'Afrique ne crée un point faible dans le dispositif occidental (Charnoz et Sévérino, 2007). Si Cet oligopole n'a pas toujours réussi à empêcher que les concurrences ne dégénèrent en conflits déclarés, il a réduit des tensions, suscité des concessions mutuelles, créé un langage commun et permis une certaine coordination des acteurs de développement. Le deuxième fait constitutif de l'oligopole est l'existence d'institutions. Les consultations mutuelles sont régulières au sein des institutions financières internationales, du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE et de l'UE. Des ces consultations, sont définis des normes et principes censés encadrer la concurrence (ou la coopération) entre les membres de l'oligopole.

L'histoire de l'aide est même devenue largement une histoire de normes (conditionnalités pour les bénéficiaires et principes à suivre pour les donateurs). Mais en raison de l'hétérogénéité des membres de l'oligopole (diversité d'intérêts et d'images politiques), les normes furent multiples et variées. Le consensus de Washington fut, un temps, une liste de conditionnalités sur la gestion financière et la politique macroéconomique. Par la suite, les conditionnalités ont été des normes de politiques publiques plus actives et plus détaillées. Puis se sont ajoutées des conditionnalités sociales (sur la lutte contre la pauvreté ou contre les inégalités), des conditionnalités sur l'appropriation des réformes (par les États, par les classes défavorisées, etc.). Et, enfin, des conditionnalités éthiques (développement humain), des conditionnalités écologiques, des conditionnalités sur le développement durable, etc. La multiplication et la diversification des conditionnalités a été le reflet d'une structure oligopolistique où chacun tentait d'imposer ses vues mais souhaitait l'harmonisation des aides.

In fine, les conditionnalités, notamment celles issues du consensus de Washington vont empêcher les bénéficiaires de jouer le rôle de commissaire priseur et de mettre en concurrence les donateurs. En confiant la régulation au marché et aux conseillers extérieurs, les bailleurs ont fortement limité les pouvoirs des États des pays aidés. La concurrence qui prévaut est celle que les donateurs se sont autorisés eux même comme le montre la suppression de l'aide liée.

« *William Easterly (2005), Stephen Browne (2006) et Bertin Martens (2005) proposent de faire face à ce problème en organisant le système d'aide au développement comme un marché sur lequel les pays en développement pourraient acquérir des biens et services essentiels auprès des donateurs mis en concurrence. Les pauvres auraient ainsi la possibilité d'exprimer leurs préférences en optant pour les projets et programmes répondant le mieux à leurs priorités* » (Carbonnier, 2010, p.146). Dans cette construction du marché de l'aide, la participation des acteurs privés (ONG, associations…) et la transparence vont émerger comme les moyens.

Source : Présentation de l'auteur

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.2.2. La santé comme facteur de développement

Cette explication est très souvent mise en avant par les institutions de développement comme pour justifier l'attention qu'elles accordent à la santé. Plus exactement, l'attention accordée à la santé est considérée, dans cette approche, comme une résultante de l'approfondissement des connaissances des sources de la croissance avec les modèles de croissance endogène. En effet, les théories de croissance endogène qui se sont développées à partir des années 70 ont permis une théorisation de la contribution des « externalités » dans la dynamique de développement économique et social des nations (Romer, 1983 et 1986 ; Aghion et Howitt, 2000 et 2005 ; Bloom et Canning, 2005, …). Ces théories montrent bien que la santé en tant qu'état, mais aussi en tant que système a été au cœur des dynamiques de développement des nations riches d'aujourd'hui et pourrait constituer un instrument de développement pour les pays pauvres. De nombreux autres travaux récents vont venir appuyer cette thèse selon laquelle la santé constitue un facteur important de croissance et de développement dans les pays pauvres et intermédiaires (WHO, 2001 ; Hanmer et *al*., 2003 ; *Global Forum for Health Research*, 2004…). L'importance de la santé comme déterminant de développement est renforcée par la recherche normative d'un développement durable ou plus exactement socialement durable. Cette notion de développement socialement durable considère également la santé comme une finalité et la place donc comme « indicateur » de développement. C'est pourquoi le plan d'action adopté lors de la conférence de Johannesburg sur le développement durable en 2002 défend l'idée selon laquelle les objectifs de développement durable ne peuvent être atteints sans amélioration de la santé des pauvres et une évaluation de l'intérêt pour la santé des pauvres est nécessaire.[178] Au final, l'approfondissement des connaissances sur le lien entre la santé et la croissance a conduit à un renforcement progressif d'une recherche d'un développement juste et durable**.** Ainsi, l'idée que l'aide publique à la santé pourrait être un instrument financier qui assurerait l'effectivité d'un tel développement à l'échelle mondiale devient de plus en plus partagée par les différents acteurs vers la fin des années 1990. Les organisations multilatérales en charge du développement et/ou de la santé (Banque mondiale, OMS, ONUSIDA…) ont conjointement insisté sur la nécessité d'augmenter l'effort d'aide internationale pour la santé dans les pays pauvres.

[178] On tient là le consensus institutionnel de toute la communauté internationale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.2.3. Les politiques d'aide à la santé

Dès le milieu des années 1990, des nouvelles politiques qui constituent une manifestation de cette image politique (reconnaissance de la santé comme un levier important du développement des PED) vont apparaître. Il s'agit des politiques sectorielles avec un retour de l'État.

Les politiques sectorielles semblent résulter des remises de dette, ces remises de dette étant conditionnées par des engagements de la part des États bénéficiaires pour la santé et l'éducation. Comme les mécanismes de remise de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) se traduisent par des ressources qui transitent par l'administration nationale, il devient primordial de définir des politiques sectorielles qui mêlent les responsables des politiques sanitaires et les responsables des autres domaines pouvant être en lien avec la santé. L'approche sectorielle permet aux gouvernements locaux de maîtriser leurs politiques, stratégies et dépenses de développement. Elle offre, par ailleurs, une meilleure cohérence entre les politiques nationales, les politiques sectorielles, l'allocation des ressources et les pratiques de dépense. Enfin, elle permet de réduire les coûts de transaction encourus par les gouvernements partenaires, améliorant ainsi l'efficacité de l'aide.

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : un élargissement qui s'accompagne d'une transformation du rôle de l'État

Au final, les années 1990 marquent un retour de l'État avec une exigence de faire participer d'avantage d'acteurs aux délibérations (voir l'encadré 10 ci-dessous).

Encadré 10 : Une transformation du rôle de l'État

D'un État qui garantit une « santé » macro-économique pour obtenir les ressources nécessaires à la santé des pauvres dans les années 1980…

L'idée d'une administration centralisée capable de créer des entreprises parapubliques et de subventionner des denrées de premières nécessités qui a prévalu dans les PED depuis les indépendances va laisser très vite place à celle d'une administration déconcentrée et/ou décentralisée dont les missions sont essentiellement régaliennes et incitatives. L'aide publique au développement a été, petit à petit, conditionnée aux réformes structurelles des économies des PED. Rappelons que les objectifs des politiques d'ajustement structurels (PAS) sont : a) de mobiliser des fonds en accroissant le taux d'épargne intérieur, en attirant des capitaux extérieur ; b) d'affecter les ressources plus efficacement et améliorer la productivité du patrimoine ; c) de créer des emplois et revenus dans le domaine ou l'économie jouit d'un

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

avantage compétitif pour construire une économie mondiale qui alloue efficacement les ressources.[179] Il y avait en réalité la conviction que le cadre institutionnel et les mesures prises par les pouvoirs publics influencent le volume et la composition des flux financiers en direction des PED. Il faut donc s'ajuster pour attirer les capitaux. La mission de l'État dans ce projet est ainsi de garantir : un cadre macro – économique stable par la poursuite des politiques budgétaires, monétaires et de change qui soient durables ; un système d'incitation propice à une affectation efficace et une utilisation optimale des ressources (notamment le respect des droits de propriétés) ; un type de croissance dont les avantages sont partagés par un grand nombre. Un autre ajustement devait compléter ce dispositif : l'ajustement démographique. L'augmentation plus que proportionnelle de la population dans les pays du sud est considérée comme l'une des causes de l'aggravation de la pauvreté dans la lignée des travaux de Malthus[180] (1778), Bairoch (1993).[181] Des programmes de plannings familiaux sont donc lancés.[182] Cependant, en imputant sous-développement à la démographie, ces politiques ne tiennent pas compte des travaux de bien d'autres économistes. Par exemple, Kuznets (1965) considère au contraire que la croissance doit résulter d'accroissements simultanés de la population et du revenu par habitant, Boserup (1970) voit quant à elle la croissance de la population comme un stimulant et Brucker[183] la perçoit comme une source d'innovation à long terme. Au final, nous avons assisté à une évolution du rôle de l'État qui s'est traduit par son affaiblissement puisque ses moyens d'intervention sont réduits à des incitations devant s'adresser aux acteurs privés.

… à un État qui investit dans la santé pour le développement dans les années 1990

La critique hétérodoxe des politiques de développement, qui s'est développée tout au long des années 80-90 et dont la portée a largement bénéficié des échecs dans les pays en développement des politiques néolibérales des IBW, suggère que « l'ajustement structurel » s'est trop concentré sur les déséquilibres conjoncturels (déficit budgétaire, commercial, inflation…) sans apporter des réponses aux enjeux structurels du développement (diversification des économies, industrialisation, reformes agraire, santé, éducation etc.) (Berr, 2006). La nouvelle thématique de développement humain qui va découler de cette critique va remettre l'État à l'honneur. Les fonctions de redistribution de l'État sont remises en avant : la fourniture des services de base (santé, éducation…) s'impose dans la conscience commune comme un devoir naturel et imprescriptible des autorités publiques.

Cette lecture hétérodoxe portée par le PNUD va être récupérée par les institutions de Bretton Woods (BM et FMI) qui vont demander aux États d'élaborer des documents de stratégie de développement. Ceci marque un certain retour de l'État mais avec des fonctions différentes. Désormais, si la pertinence de son intervention est reconnue, il lui est demandé d'avoir une approche participative dans l'élaboration et la mise en œuvre de ses politiques. Sa légitimité est aussi restaurée à travers à la promotion de l'aide sectorielle. Les donateurs commencent à demander aux États bénéficiaires de s'approprier l'aide et prendre des initiatives dans la lutte contre la pauvreté.

Source : Présentation de l'auteur

[179] Il y avait une volonté des institutions de Bretton Woods après la crise de la fin des années 70 à structurer l'économie mondiale en spécialisant les pays, permettant ainsi d'éviter des « gaspillages ». L'optimalité devait être mondiale.

[180] Pour Malthus (1776), une surpopulation peut-être la cause de famine.

[181] Pour P.Bairoch (1993), l'accroissement de la population peut constituer un frein à l'accumulation du capital.

[182] C'est une dimension de l'ajustement qui a affecté l'orientation de l'aide publique à la « santé et population », d'ailleurs le CAD a commencé à spécifier l'aide pour le poste « Politique en Matière de Population/Santé&Fert » qui comporte en son sein les programmes de planning à partir de 1984.

[183] Cité par Jérémie Cohen-Setton, Antoine Lallour, Gaël Faye et Simon Pépin-Lehalleur (2006), Pays pauvres : Quelle aide pour quel développement ?, Séminaire de l'association Pollens de l'Ecole Normale Supérieure, article disponible en ligne : www.pollens.ens.fr/seminaire/aidedeveloppement/developpement.pdf

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Au début des années 80, malgré le volontarisme né d'Alma Ata, la situation sanitaire devenait de plus en plus préoccupante dans les PED. Parmi les grandes organisations internationales qui furent les premières à tirer la sonnette d'alarme, on peut citer le Bureau International du Travail (BIT) ou le Fonds des Nations Unies pour l'enfance dès 1984. Si cette aggravation est d'abord attribuée à la récession économique provoquée par la baisse de la production des pays développés vers la fin des années 70 et à la détérioration des termes de l'échange, l'UNICEF mettra également, durant la décennie, en cause les mesures de stabilisation et d'ajustement structurel.[184] Cela offrira à la Banque mondiale et au FMI l'opportunité d'intégrer *la communauté délibérante sur la santé.* Cela va constituer le premier élargissement du lieu politique de la santé. La participation de la Banque mondiale et du FMI, qui sont des acteurs traditionnellement pro-marché, dans les débats sur la santé a été déterminante dans l'évolution des politiques d'aide à la santé dès 1987. On assistera à l'émergence de nouveaux programmes de santé. La spécificité de ces programmes est la place de plus en plus importante accordée aux ONG pour accompagner la mise en œuvre des politiques d'aide.

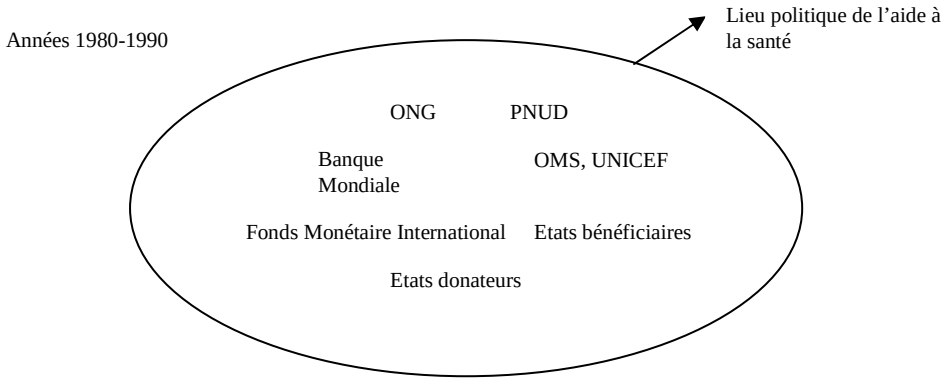
Dans les années 1990, on reconnaîtra à l'État un rôle plus important sans remettre en cause de façon fondamentale la légitimité des ONG ou des institutions de Bretton Woods. Le rôle de l'État est désormais de définir des politiques sectorielles qui mêlent les responsables des politiques sanitaires et les responsables des autres domaines pouvant être en lien avec la santé. L'approche sectorielle permet aux gouvernements locaux de maîtriser leurs politiques, stratégies et dépenses de développement. Elle offre, par ailleurs, une meilleure cohérence entre les politiques nationales, les politiques sectorielles, l'allocation des ressources et les pratiques de dépense. Enfin, elle permet de réduire les coûts de transaction encourus par les gouvernements bénéficiaires, améliorant ainsi l'efficacité de l'aide.

Au final, on a vu s'élargir le lieu politique de l'aide à la santé. En plus des OIG traditionnelles (OMS et UNICEF) et des États donateurs, on a vu des nouveaux acteurs gagner en prépondérance dans la sphère de délibération : les institutions de Bretton Woods (FMI et BM) et les Organisations Non Gouvernementales (ONG). La figure 7 récapitule notre analyse de la composition du lieu politique de l'aide à la santé dans les années 1980 et 1990.

[184] Les dépenses publiques de santé vont baisser.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Figure 7 : Le lieu politique de l'aide à la santé dans les années 1980 et 1990 : États, Banque Mondiale, OIG spécialisées, ONG délibèrent ensemble pour identifier les objectifs et actions prioritaires de l'aide à la santé



Source : Présentation de l'auteur

3. L'impact des images politiques

Comme dans le chapitre précédent, nous revenons sur le lien entre la pluralité des images politiques et le niveau de mobilisation autour de l'aide à la santé dans les années 1980 et les années 1990.

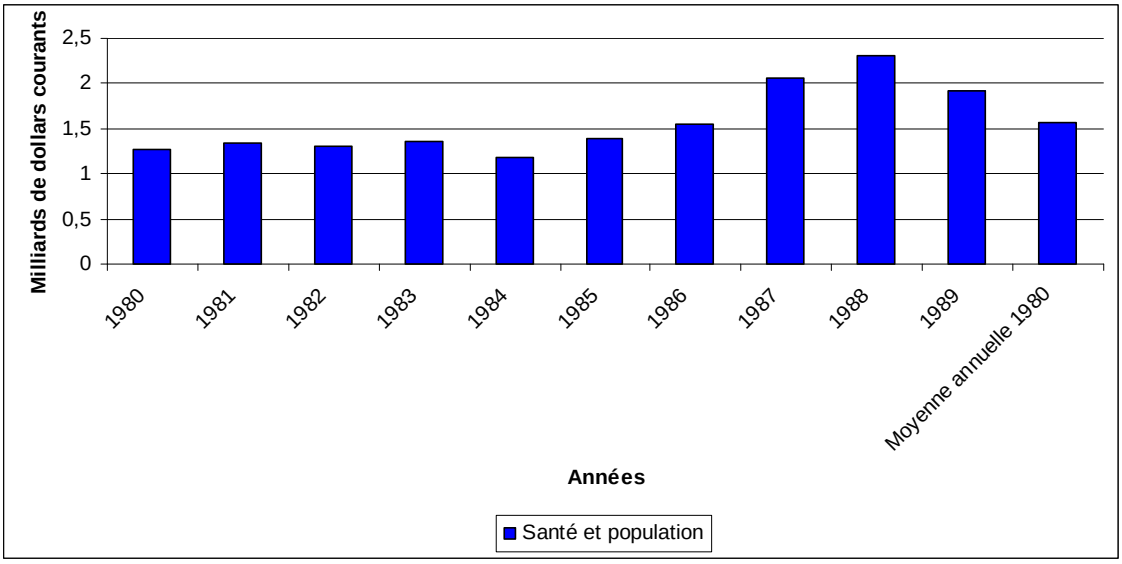
- **D'une baisse de l'importance accordée à la santé dans les années 1980 avec le paradigme néolibéral…**

La tendance, qui consiste à mobiliser autour de l'aide en arguant de la responsabilité des pays donateurs quant à la situation des PED, va connaître une rupture dans les années 1980 avec la domination du paradigme « néolibéral » (dont l'influence s'étend au moins jusqu'au milieu des années 1990). Ce modèle fait apparaître les responsabilités dispositionnelles des pays pauvres sur leur situation. On sort du discours qui présente la santé comme un droit dont la communauté a l'obligation morale d'assurer l'effectivité pour entrer dans une logique de production de bien public national. Désormais la production de la « santé » n'est plus un monopole de l'État. C'est donc avec une certaine logique que les années 1980 furent celles de la crise de l'aide puisque la responsabilité de la situation étant attribuée aux PED. Ainsi, l'aide se justifie dans le sens où elle permet d'inciter les PED à adopter les « bonnes politiques de développement ». Dans le domaine de la santé, l'accent est mis sur les réformes des systèmes de santé. Cette approche mobilisera d'avantage que celle des années 1960 ou 1970 comme le montre le graphique 4 ci-dessous. On notera cependant que la croissance de l'aide à la santé,

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

enregistrée après Alma Ata, va ralentir (*cf.* Graphique 2, p.114). Ce ralentissement de la croissance de l'aide va alimenter l'idée qu'on serait dans une crise de l'aide.

Graphique 4 : L'aide à la santé dans les années 1980 (dollars courants)



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

La dynamique d'augmentation de l'aide à la santé[185] qui avait commencé au début des années 1970, qui s'est accélérée depuis Alma Ata, va s'estomper au début des années 1980. Une tendance à la stagnation de l'aide, bien qu'elle reste à un niveau moyen plus élevé que celui des années 1970, va s'enclencher dès 1980. De près de 1, 336 milliards de dollars en 1981, l'aide à la santé va baisser pour atteindre un 1,170 milliards de dollars en 1984. Si la raison principale de cette relative baisse n'est pas directement imputable à l'approche par les biens publics en elle même, elle est cohérente avec cette approche. De façon générale, l'application des mesures préconisées par l'ajustement structurel aura les conséquences suivantes sur les politiques de santé :

- une chute remarquable des dépenses publiques de santé dans les pays qui sont sous ajustement,
- une éviction de la santé des priorités en matière de développement.

Accablés par le poids du remboursement de la dette (et par l'impact de la chute des cours des produits à l'exportation dans les années 70 et 80) et les coupes budgétaires consécutives à l'ajustement structurel, les pays en développement ont vu leur capacité à financer les services publics de base se réduire, y compris les soins de santé primaires. Tout cela va conduire à une

[185] Il s'agit de l'aide octroyée par les pays du CAD.

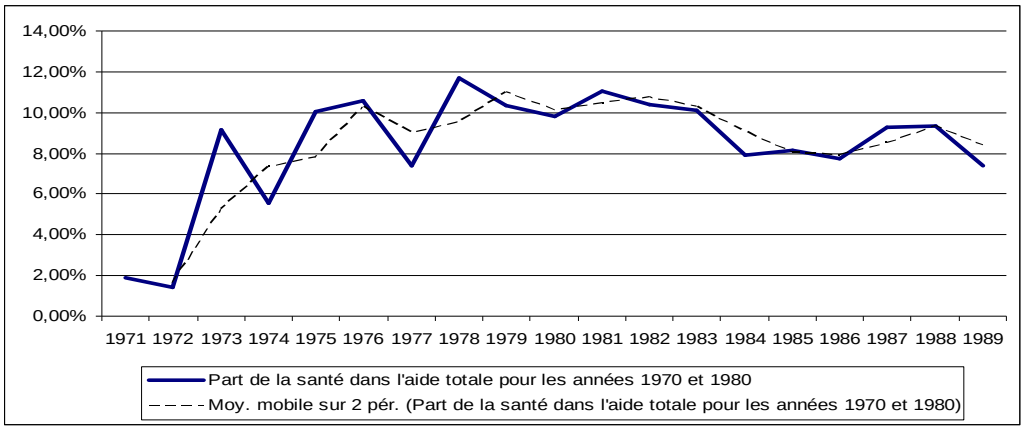
© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pénurie chronique de médicaments, une déficience de services, une détérioration des infrastructures, un manque de personnel qualifié et une faible motivation des agents de santé qui entraînent, à leur tour, une mauvaise prise en charge des malades.

Toutefois, les donateurs vont progressivement prendre conscience des effets négatifs de l'ajustement structurel sur la santé. Ainsi, dès 1985 l'aide recommence à augmenter pour atteindre en 1988 le montant de 2, 306 milliards de dollars. Pour arrêter la détérioration des systèmes de santé évoquée ci-dessus, les acteurs du secteur de la santé se réunissent à Bamako et à Harare et définissent des nouvelles stratégies pour relancer les soins de santé primaire.

Bien plus que l'approche par les biens publics, c'est l'ajustement structurel et la prise en compte de ses effets qui semblent avoir permis de relancer la santé à partir de 1985. C'est ce que corrobore l'analyse de l'évolution de la part de l'aide à la santé. En effet, après une augmentation progressive de 1971 à 1981, la part de l'aide à la santé dans l'aide totale va baisser au début des années 1980. Elle passera de plus de 11% en 1981 à 7,40% en 1989 (graphique 5). Cette baisse s'explique par un accroissement de l'aide au développement pour accompagner la mise en œuvre de l'ajustement structurel sans qu'il y ait au niveau de la répartition sectorielle un effort pour la santé.

Graphique 5 : La part de l'aide à la santé dans l'aide totale pour les années 1970 et 1980



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

L'approche par les biens publics ne semble pas avoir fait de la santé un axe prioritaire des politiques de développement. Avec la baisse, certes faible, de la part relative de l'aide à la santé dans l'aide totale durant les années 1980, et ce malgré une hausse de l'aide à la santé en volume, nous ne pouvons pas conclure à une supériorité franche, en termes de mobilisation, de l'approche

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

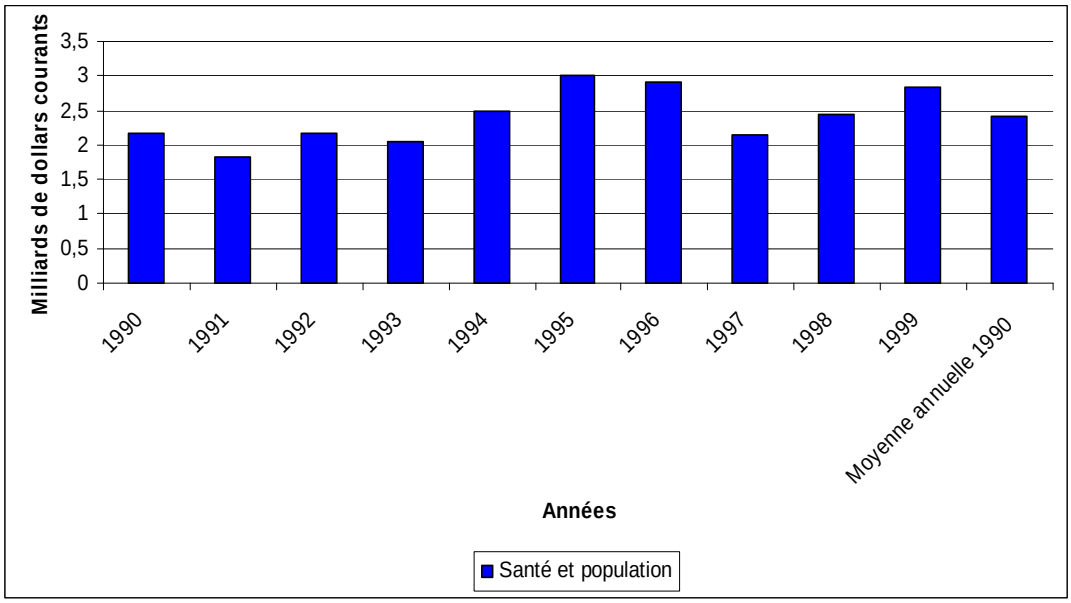
par les biens publics par rapport à l'approche par les droits humains. L'aide à la santé ne semble pas avoir réussie à suivre la tendance générale à la hausse de l'aide.

- **…à une reprise dans les années 1990 avec l'objectif universel de lutte contre la pauvreté**

Vers la fin des années 1990, on assiste à des évolutions notables. En effet, si l'approche précédente reste très influente, deux faits marquants apparaissent. Le premier concerne l'adoption de la lutte contre la pauvreté comme objectif universel (du fait de l'individualisation du fondement éthique de l'aide, on parle d'autonomie et des *capabilities* de l'individu et non de la société). Le deuxième fait marquant est l'entrée dans une logique qui replace les institutions (l'État et ses différentes administrations) et la santé au centre du développement. La santé est considérée comme un facteur de développement et il devient de plus en plus clair que le développement ne se fera pas sans la participation de l'État. Un diagnostic mixte (situationnel/dispositionnel) résulte de la conjonction de ces deux options. L'annulation de la dette et l'aide sectorielle peuvent être considérées comme les instruments emblématiques d'une période de doute. Ainsi, vers la fin des années 1990, on observe un retour, au moins en partie, des discours qui fondent l'aide sur une responsabilité partagée des PED et des pays riches dans l'explication de la situation des PED. Les OMD constituent un exemple. Les OMD, sans parler certes de droit et de prise en charge des coûts humains, tentent aujourd'hui d'instaurer une couverture minimale à l'échelle mondiale. Cette approche permettra une hausse de l'aide à la santé, comme le montre le graphique 6 ci-dessous, sans pour autant éliminer le déséquilibre entre le secteur de la santé et les autres secteurs qui lui sont comparables.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

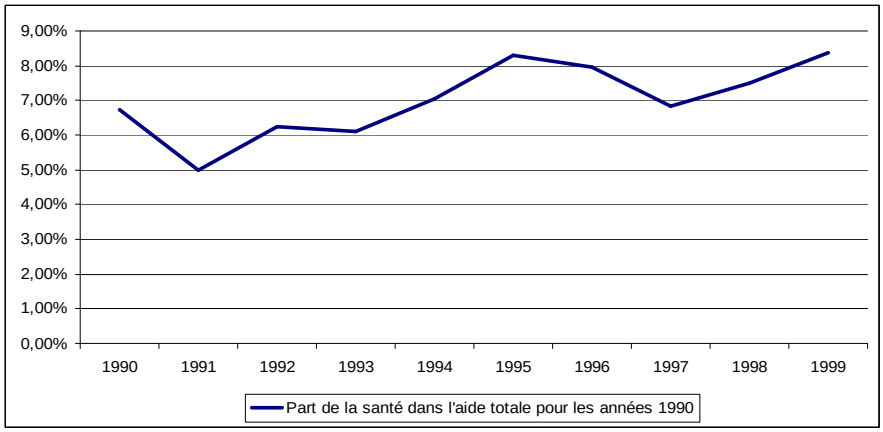
Graphique 6 : L'aide à la santé dans les années 1990



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

Les volumes d'aide à la santé vont augmenter dans les années 1990 et rester, en moyenne, au dessus de deux milliards de dollars. Rappelons que la moyenne dans l'aide à la santé dans les 1980 tournait autour d'un plus de 1,5 milliards. La part de la santé dans l'aide totale part d'un niveau faible (5% environ en 1991) pour se redresser à partir de 1992.

Graphique 7 : La part de l'aide à la santé dans l'aide totale pour les années 1990



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

A partir de 1995, la part de la santé oscillera entre 7 et 8%. Ceci signifie que la place qu'occupe la santé dans les 1990 reste en moyenne moins importante que celle que la santé occupait vers la fin des années 1970 (10 et 11%). Ainsi les approches qui présentent la santé comme un facteur de développement ou un bien public n'ont pas permis de remettre la santé au

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

même rang de priorité internationale (au regard de la part relative de l'aide à la santé dans l'aide totale) que pendant les années 1970 (*cf.* Graphique 5 et 7). Suite à l'apparition ici et là, au début des années 1990, des échecs de l'ajustement structurel, les donateurs vont réduire leurs efforts financier en matière d'assistance tout en maintenant constant les efforts dans la santé. L'une des conséquences de ce recul de l'aide est hausse de la part de l'aide à santé. Les dynamiques imposées par l'ajustement structurel (venant de l'extérieur du secteur de la santé) semblent avoir pris le dessus sur les dynamiques internes au secteur de la santé.

****

Ce quatrième chapitre, dont l'objectif était d'étudier des images et lieux politiques de l'aide à la santé sur le niveau de mobilisation dans les années 1980 et 1990, a permis de dégager quelques éléments. Face au manque de résultats, l'image politique portée par Alma Ata est remise en cause. Le paradigme « holistique » est accusé d'être trop lent et irréaliste. Petit à petit, les soins de santé primaires sélectifs (Walsh, 1979) sont préconisés par de nombreux organismes bailleurs de fonds comme étant plus pragmatiques, plus viables d'un point de vue financier et plus acceptables d'un point de vue politique que l'approche globale. C'est l'émergence de l'approche par les biens publics. Cette vision deviendra la vision dominante dès 1987 avec l'IB. Elle se traduira par un retrait de l'État et l'introduction du recouvrement des coûts des soins. Les déclinaisons successives sont le passage au paradigme « volontariste » des SSP, puis au « réalisme » des SSP sélectifs, aux critères dominants de l'approche « coût/efficacité » et du fardeau des maladies (*burden of disease*), ensuite aux « paquets de soins essentiels » et enfin aux réformes des systèmes de santé. Cette période sera celle des baisses des dépenses publiques, baisse dont la pertinence sera contestée par la suite en raison des coûts humains et des coûts de transactions liés à la dispersion des projets.

C'est dans ce contexte que va apparaître (dès le début des années 1990) et ensuite s'imposer une nouvelle image politique qui présente la santé comme un facteur de développement dès la moitié des années 1990. Portée en grande partie par les théories de croissance endogène, la santé, en plus d'être une finalité légitime, est alors considérée comme un *input* pour le développement. La priorité qu'est devenue la réduction de la pauvreté requiert des actions dans tous les secteurs sociaux, notamment celui de la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Par ailleurs, nous avons montré qu'un même lieu politique de l'aide à la santé prédominait pour les années 1980 et pour les années 1990. Mais il se distingue de celui des années 1960-1970 par l'apparition et la participation d'OIG non spécialisées dans le domaine de la santé (Banque mondiale et FMI) et des ONG. **Nous avons donc assisté à un élargissement du lieu politique de l'aide à la santé.** La dispersion accrue de l'aide dans les années 1980-1990 vient donc du déclin de l'État (acteur mettant en œuvre traditionnellement les projets d'aide) et de l'élargissement du lieu politique de l'aide à la santé.

On notera enfin que les approches qui présentent la santé comme un bien public ou un facteur de développement n'ont permis qu'une faible amélioration de la place de la santé dans les stratégies de développement (faible hausse de l'aide en volume et amélioration de la part de la santé). La part de l'aide à la santé n'a cessé de baisser depuis la fin des années 1970 jusqu'en 1991. Il a fallut attendre 1992 pour voir l'importance accordée à la santé, par rapport aux autres sous-secteurs, repartir en hausse sans jamais atteindre la place qui était la sienne vers la fin des années 1970. Globalement, en termes de mobilisation, les deux images politiques, que sont la santé comme un bien public ou un facteur de développement, ne semblent pas avoir réussi, plus que l'approche par les droits humains, à faire de la santé une priorité internationale par rapport aux autres sous-secteurs, notamment économiques, de l'aide. Toutefois, la santé comme levier de développement a permis une inflexion à la hausse plus forte de la mobilisation par rapport à la santé comme bien public.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie avait pour objectif, à travers un retour sur l'évolution des politiques d'aide à la santé des années 1960 aux années 1990, d'une part une identification des motivations des donateurs (images politiques) ainsi que des acteurs (lieux politiques) qui ont porté les politiques, d'autre part, de voir comment le changement d'images politiques influence le niveau de mobilisation. En conséquence, nous retenons les résultats suivants :

1er résultat : des années 1960 aux années 1990, nous avons identifié quatre images politiques majeures, chacune dominant une décennie. Il s'agit successivement de l'approche biomédicale pour les années 1960, de l'approche par les droits humains pour les années 1970, de l'approche par les biens publics dans les années 1980 et de l'approche par le levier de développement dans les années 1990.

2ème résultat : la mobilisation de l'aide semble être influencée par les images politiques. Nous avons constaté que le niveau de l'aide variait, toutes choses égales par ailleurs, selon l'image politique dominante. Nous verrons cependant plus loin (3ème partie) que l'on peut douter de la capacité d'une seule image politique, quelle que soit sa pertinence « objective », à conduire à une mobilisation importante.

3ème résultat : nous avons assisté enfin à un élargissement du lieu politique de l'aide à la santé au tournant des années 1980. Nous sommes passés d'un lieu politique dominé par les États et les organisations internationales spécialisées dans le domaine de la santé (OMS, UNICEF) à un lieu qui comprend, en plus des acteurs précédemment cités, les institutions de Bretton Woods et les organisations intergouvernementales (ONG).

Dans la partie suivante, nous montrons qu'un élargissement supplémentaire du lieu politique de l'aide à la santé se produit au tournant des années 2000. Cette nouvelle évolution conduit à l'acceptation de la diversité des images politiques de l'aide à la santé et à une mobilisation sans précédent comme l'illustre l'évolution de la part de la santé dans l'aide totale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3ème Partie : L'aide à la santé à partir de la fin des années 1990 : une pluralité d'images politiques

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 5 : Les images et les lieux politiques depuis la fin des années 1990

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans ce chapitre, nous mettons successivement en exergue :

- les images politiques qui se sont imposées à partir des années 2000 à savoir la sécurité et le développement socialement durable.
- le dernier élargissement du lieu politique de l'aide porté par « l'agenda de la gouvernance ».[186]
- comment une stratégie de délibération ambigüe, portée par une approche partenariale provenant des partenariats public-privés, a permis la mobilisation d'une pluralité d'acteurs.

Ainsi, nous subdivisons le chapitre en trois sections. Dans la première section, nous abordons les nouvelles images politiques de l'aide à la santé. Dans la deuxième section, nous analysons l'élargissement du lieu politique de l'aide à la santé. Dans une troisième section, nous présentons les mécanismes de délibération qui ont accompagné cet élargissement du lieu politique.

1. Les images politiques : sécurité et développement durable

Dans un premier temps, nous abordons la transformation des problèmes de santé en une question de sécurité tout en précisant ses liens avec le concept de bien public mondial (BPM). Dans un deuxième temps, nous montrons comment, parallèlement à l'agenda sécuritaire, un agenda de développement durable s'est imposé. Cet agenda présente la santé à la fois comme un facteur de développement et comme faisant partie des droits humains.[187]

1.1. La mondialisation et les « risques globaux » : la question de la sécurité

En plus de l'euphorie pour un marché triomphant, la fin de la guerre froide va ouvrir les yeux des dirigeants du monde sur une planète de plus en plus globalisée. Mais cette interdépendance n'est pas sans poser problème. Sur le plan épidémiologique, nous avons assisté à de plus de plus de doutes sur la fin annoncée des maladies infectieuses que l'interdépendance va rendre de plus en plus dangereuses.

[186] L'agenda de la gouvernance (expression reprise de Cartier-Bresson, 2010) va fortement modifier les pratiques en matière d'aide au développement à partir des années 2000. Avec lui, la question de la coordination, bien qu'ancienne, devient une problématique centrale de l'efficacité de l'aide.
[187] Il s'agit d'un certain retour de l'approche par les droits humains.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans cette sous-section, il s'agit de revenir sur la dimension politique de l'interaction entre santé et mondialisation dans un monde en pleine mutation en termes d'interdépendance économique et épidémiologique. Ainsi, on présentera successivement les conséquences de la modification du paysage épidémiologique sur la sphère internationale (1.1.1.), les liens entre mondialisation et risques sanitaires (1.1.2.), ensuite la relation entre mauvaise santé et risque politique menaçant le développement (1.1.3.). Enfin, on montrera le rapport existant entre l'approche sécuritaire dans le domaine de la santé et celle des biens publics mondiaux (1.1.4).

1.1.1. Une situation épidémiologique qui menace la santé publique internationale

L'épidémie se définit par une « triade épidémiologique » constituée d'un « agent » (le germe), d'un « hôte » (en général le malade) et d'un « contexte» (l'environnement). Des trois éléments de la triade, c'est l'agent pathogène, devenu de moins en moins saisissable, et le contexte, dont l'impact sur les épidémies est accru par les effets de la mondialisation, qui connaissent aujourd'hui les évolutions les plus significatives, faisant du paysage épidémiologique mondial une source de préoccupations renouvelées.[188]

Les victoires répétées de la médecine moderne, que ce soit en intervention préventive ou curative, semblaient dans la 2ème moitié du 20ème siècle devoir couronner les succès déjà obtenus par les politiques d'hygiène publique dans la lutte contre les maladies infectieuses. La quasi-disparition de ces maladies dans les pays industrialisés passait pour acquise, de même que les quelques victoires sur certaines maladies comme la variole ou la poliomyélite permettaient de croire à l'universalité et au caractère inéluctable de cette dynamique. Or, selon le décompte de l'OMS (2007), les 20 dernières années ont été marquées par l'identification d'une vingtaine de nouvelles maladies infectieuses.[189] À l'instar du Sida ou de l'hépatite C, elles n'ont pas épargné les pays industrialisés bien qu'elles causent d'abord des ravages dans les pays en développement. D'autres pathologies, considérées comme contrôlées ou en voie d'éradication, ont connu une résurgence, parfois au-delà de leurs territoires d'origine. Celle-ci est favorisée par la combinaison de facteurs tels que l'apparition de germes poly-résistants - cas des nouveaux

[188] Rapport de Séminaire Santé et développement de la promotion « Léopold Sédar Senghor » 2002-2004 de l'ENA, http://www.ena.fr/tele/sem03sante/sem0304developpement.pdf , 2004.
[189] Dans le rapport de l'OMS (2007) sur 685 événements vérifiés susceptibles d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique, l'Afrique en comptait 288 (soit plus de 42%) et le Pacifique occidental 108 entre septembre 2003 et septembre 2006.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

bacilles tuberculeux -, l'effondrement des structures sanitaires et sociales consécutif à un bouleversement politique - les ex-Républiques soviétiques - ou à un conflit - essor du choléra dans l'Afrique des Grands Lacs-. Il semble ainsi que la foi des acteurs de l'aide dans le « génie » de la médecine ait été excessive, alors qu'en matière épidémiologique tout semble ressembler à un éternel recommencement. Ne reposant pas seulement sur les progrès de la médecine, du fait de la pluralité de ses déterminants, la santé publique dépend d'abord de la vigilance préventive des pouvoirs publics, du comportement des individus, et de la coopération de systèmes sanitaires et sociaux. Ces différents éléments semblent influer sur l'action de la communauté internationale.

En effet, les interdépendances épidémiques sont à l'origine des premières expériences de mobilisation sanitaire internationale à travers les premières conférences et règlements sanitaires internationaux de la seconde moitié du XIXe siècle, ou encore la création, en 1907, de l'Organisation internationale d'hygiène publique. C'est cette même logique qui est à l'œuvre aujourd'hui avec la révision du Règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS (2007). La révision du RSI en 2005 illustre donc la détermination des différents pays du monde à construire un monde plus sûr d'un point de vue sanitaire en adoptant des politiques préventives. Il apparaît donc de façon évidente que pour être efficace une politique mondiale de la santé doit être capable de détecter *les événements dangereux* dès leur apparition afin de les circonscrire à un endroit bien localisé et de les éliminer. Telle est la mission du pôle de l'OMS, à Lyon, qui place son action au centre d'un champ de coopération particulièrement stratégique. Dans l'Union européenne, la création d'un centre européen de surveillance épidémiologique en 2004[190], consécutive à la crise du SRAS, a permis de renforcer l'efficacité du réseau européen des institutions nationales de veille. Mais la réalité d'une réelle gestion qui combinerait équité et efficacité à l'échelle planétaire se fait encore attendre.

1.1.2. La mondialisation, multiplicateur de risques pour la santé

Depuis longtemps et pour de multiples raisons (notamment les échanges commerciaux maritimes), la santé fait partie des sujets récurrents des discussions interétatiques. Ainsi aujourd'hui, sa position centrale actuelle résulterait d'un long processus d'internationalisation

[190] Pour plus de détails, voir sur le site du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies : http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11541_fr.htm (visité le 20 décembre 2010)

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

des politiques sanitaires accentué par la mondialisation qui n'est autre qu'une diversification et une intensification des échanges entre différentes régions de la planète. (Dixneuf, 2003b). Cette mondialisation aggrave par la même occasion les risques sanitaires qui sont consubstantiels à l'augmentation des échanges internationaux.

La circulation des hommes et des marchandises est un déterminant ancien des épidémies à l'échelle internationale. L'ampleur prise par le phénomène[191] en a, cependant, considérablement accru la dimension. Le schéma du SRAS souligne à quel point le transport aérien de passagers, par sa densité, peut accentuer une menace. Avec plus de 2 milliards de passagers transportés chaque année par les compagnies aériennes, les possibilités de dissémination internationale rapide des agents infectieux et de leurs vecteurs sont beaucoup plus importantes. Ainsi, si les maladies infectieuses mettaient plusieurs mois pour se répandre dans le monde[192], la dissémination du SRAS hors d'Asie par les douze premières personnes infectées dans un hôtel de Hong Kong n'a pris que quelques jours. Les migrations représentent l'un des vecteurs de contacts interhumains les plus complexes au plan épidémiologique, soit que la menace infectieuse conduise à des migrations ou que des déplacements forcés renforcent l'exposition au risque[193], soit que les populations contribuent, par leurs migrations, à l'expansion de l'épidémie. Toujours est-il que sur les risques mondiaux, Bell et Lewis (2004) affirmaient que les problèmes de santé sont une source importante de risque pour l'humanité. Dans leur analyse des conséquences économiques des épidémies, ils indiquent que les maladies transmissibles sont la cause d'une menace substantielle pour le bien être, dans un monde globalisé où les personnes et les biens sont fortement mobiles.

Le commerce international facilite également la diffusion des maladies dans le monde entier, comme l'a fortement illustré le commerce des farines animales en Europe qui semble avoir été le vecteur essentiel de l'épidémie d'encéphalite spongiforme bovine (ESB). Les crises sanitaires ainsi créées ont un coût économique considérable et les mesures de lutte mises en œuvre (quarantaine, embargo) peuvent directement peser sur les échanges. Les dispositions prises par l'Union européenne contre l'ESB auraient coûté 2,8 milliards US$ pour la seule année 2001 (Buriot et Rodier, 2001).

[191] Le nombre de passagers transportés annuellement est passé en 50 ans de 2,4 millions à plus d'1,4 milliard.
[192] On peut par exemple citer la grippe espagnole qui avait mis plusieurs mois pour se propager en Europe en 1918.
[193] Les populations d'Afrique subsaharienne considèrent traditionnellement les rivières comme des zones répulsives, du fait des vecteurs anophèles qui y prolifèrent. Cela expliquerait en partie l'installation en zones semi-arides.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

L'autre élément de l'aggravation des risques sanitaires est qu'avec ces épidémies qui peuvent facilement devenir mondiales et la diffusion des nouvelles en temps réel, les populations peuvent être gagnées facilement par la panique généralisée à l'image des crises financières. L'activité économique et commerciale subit ainsi les contrecoups des désastres sanitaires bien au-delà des lieux où ils se produisent.

1.1.3. La mauvaise santé devient un facteur de risque politique et sécuritaire

Dans cette sous-section, il s'agit de montrer comment les problèmes de santé se sont transformés en question de sécurité internationale. Cette transformation s'est opérée par une appropriation sécuritaire de la part des politiques des pays riches et par la peur du bioterrorisme.

Un élément nouveau et important est la reconnaissance par le Conseil de sécurité, après avoir débattu à trois reprises, que le Sida constitue une menace pour la sécurité mondiale. Si cette reconnaissance est spécifique au Sida, cette approche s'élargit de plus en plus et illustre une prise en compte croissante des risques liés à la santé publique dans les réflexions géopolitiques contemporaines (Dixneuf, 2003a). Pour sa part, l'Assemblée générale des Nations-Unies a consacré à cette épidémie une session extraordinaire en juin 2001 et l'ONUSIDA a établi un partenariat avec l'International Crisis Group. Aux États-Unis, deux rapports de la CIA ont également souligné l'importance de la menace (Gordon, 2002). En 2003, les dirigeants du G8 déclaraient être *« conscients des dangers de déstabilisation que font peser sur le monde les grandes pandémies comme le sida, le paludisme et la tuberculose*[194] *»* et êtres engagés à mobiliser *« leurs efforts et leurs moyens pour lutter contre ces fléaux*[195] *»*. En 2003-2004, la France, les États-Unis suivis de la Belgique, de la Suède et des Pays Bas se sont dotés d'ambassadeurs pour le VIH. Certains États comme la Grande Bretagne ont enfin modifié leur ligne de conduite à l'égard de l'épidémie en souscrivant à l'idée de la nécessité d'un accès généralisé au traitement[196] (Dixneuf et Rey, 2004). Cette approche sécuritaire dans la gestion des pandémies peut aussi se lire dans le renforcement des systèmes de surveillance des maladies

[194] Site du Ministère des Affaires Etrangères du gouvernement Français.(visité le 2 février 2009) http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/france_829/label-france_5343/les-numeros-label-france_5570/lf50-sommet-du-g8_10592/g8-evian-un-sommet-pour-action-dialogue_10593/lutter-contre-sida-une-necessite-absolue_20823.html#nb1, G8 d'Evian en 2003

[195] Site du Ministère des Affaires Etrangères du gouvernement Français.(visité le 2 février 2009) http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/france_829/label-france_5343/les-numeros-label-france_5570/lf50-sommet-du-g8_10592/g8-evian-un-sommet-pour-action-dialogue_10593/lutter-contre-sida-une-necessite-absolue_20823.html#nb1, G8 d'Evian en 2003

[196] La Grande Bretagne va aussi rejoindre la position des Etats-Unis sur l'importance de la protection des copies

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

transmissibles. Cette approche peut contribuer en effet à l'inégalité croissante entre Nord et Sud à laquelle participent d'autres actions (législation sur les droits de propriété intellectuelle par exemple) et donne à voir un Nord cherchant à se protéger d'un Sud d'abord perçu comme le lieu des fléaux et des désordres.

La santé a donc été progressivement reconnue par le G8 comme une des conditions majeures de la lutte contre la pauvreté par sa contribution directe à la croissance économique, à la dignité humaine et à la sécurité dans le monde. Cette reconnaissance de la place de la santé dans les stratégies de développement est d'abord, en toute logique, abordée à travers la lutte contre les maladies infectieuses.[197] En 2003 à Evian, le G8 a convenu d'un Plan d'action pour la santé visant à resserrer et à améliorer la coopération internationale sur les politiques et les méthodes, de façon à atteindre les objectifs de développement définis au Sommet du Millénaire et au Sommet mondial sur le développement durable. Dans ce Plan d'action, le G8 a insisté sur la nécessité de consolider le Fonds mondial de lutte contre le Sida, de renforcer les systèmes de santé et d'améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays pauvres - y compris aux médicaments et aux traitements à des prix abordables - et de favoriser la recherche sur les maladies qui touchent surtout les pays en développement. Mais à mi-parcours, les objectifs ne sont pas encore atteints. Ainsi dans la déclaration des Chefs d'État et gouvernement du G8 à l'issue du sommet (Toyako, 8 juillet 2008[198]) on pouvait lire : « *A mi-parcours des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et même si des progrès ont été accomplis, il reste d'importants défis à relever. Nous réaffirmons notre attachement à ces objectifs en redynamisant notre action, en renforçant notre partenariat avec les pays en développement sur la base d'une responsabilité mutuelle et en encourageant les efforts de ces pays* ». Cependant, pour atteindre les OMD, le G8 considère que lutter efficacement contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme constitue la condition *sine qua non* puisque ces trois maladies représentent une menace grave pour la sécurité, la stabilité et le développement économique des pays touchés et aggravent la pauvreté, les inégalités entre les sexes, la marginalisation et la vulnérabilité. Pour le G8, la sécurité et le développement s'associeraient donc pour le meilleur avenir de notre monde globalisé. Ainsi, l'engagement politique et financier en faveur de la lutte contre les maladies

[197] Lors du Sommet d'Okinawa, en 2000, le G8 a défini les grandes lignes d'un programme d'action autour de trois objectifs d'ici 2010 : réduire d'un quart le nombre de jeunes infectés par le Sida ; réduire de moitié le nombre de décès dus à la tuberculose et diminuer la prévalence de cette infection ; alléger le fardeau du paludisme.
[198] Sommet du G8 Développement Afrique : Déclaration des chefs d'état et de gouvernement du G8 (Toyako, 8 juillet 2008).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

infectieuses du G8 est le *baromètre* de la conscience internationale, notamment celle des pays riches d'une problématique de santé mondiale analysée principalement sous l'angle du risque.

L'apparition des armes biologiques, dans les années 1950, illustre aussi les menaces liées au progrès en chimie et en biologie, et son ambivalence. Si la « militarisation » des agents pathogènes et des toxines est prohibée depuis la première Convention internationale de 1972 sur l'interdiction des armes biologiques, les suites des attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis, et notamment la vague de lettres piégées à l'anthrax ainsi que la peur d'une utilisation terroriste de la variole, ont conféré une actualité au bioterrorisme. Il est aujourd'hui au premier plan des préoccupations des gouvernements occidentaux. La déclaration du président des États Unis qui a été la nation la plus ciblée par les propagandes terroristes et qui est aussi la plus grande donatrice dans le domaine de la santé mérite d'être citée : « *Je vous demande ce soir de renforcer notre future sécurité grâce à un important projet de recherche et de production qui vise à protéger notre population contre le bioterrorisme, un projet baptisé « Bioshield » (…). Nous devons présumer que nos ennemis se serviraient de ces maladies en tant qu'armes et nous devons agir avant que nous ne soyons confrontés à ces dangers* [199]». On a donc assisté à un mélange de peur de bioterrorisme et de propagation de pandémies que faciliterait la mondialisation.

1.1.4. Sécurité et Biens Publics Mondiaux

Dans cette partie, nous présentons la thèse selon laquelle l'approche sécuritaire, qui semble s'imposer au regard de l'analyse de l'évolution de la problématique de santé (voir ci-dessus), est une vision réductrice des biens publics mondiaux (BPM). Pour ce faire, nous exposons, dans une première sous-section, le cadre théorique des BPM et dans une seconde, montrons en quoi la vision sécuritaire de la santé est partie intégrante de l'approche par les BPM.

- **Les Biens Publics Mondiaux (BPM)**

Une des conséquences des programmes d'ajustement structurel (PAS) a été l'évolution du cadre théorique de la problématique de santé : le passage d'une analyse en termes de services publics à une analyse en termes de biens publics (*cf.* chap. 4). Ainsi, à côté de l'agenda du

[199] Discours du président américain George W. Bush, prononcé devant le Congrès en janvier 2003 (discours sur l'état de l'Union).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

PNUD, qui considère la santé comme un droit, s'est développée une autre approche qui présente la santé comme un BPM. Cette approche fut portée par les institutions de Bretton Woods, l'OMS et le PNUD. Mais, l'utilisation importante du terme de Bien Public Mondial dans le domaine de la santé est une conséquence de sa définition en termes de bien public (BP). Or l'utilisation du concept de bien public pour analyser et répondre aux problèmes de santé n'est pas neutre. En effet, ce concept s'inscrit dans une approche économique standard étendue (Samuelson, 1954). Comme l'indique Boidin (2005), on touche ici à l'évolution de la façon de voir les systèmes de santé des PED depuis les indépendances puisque c'est la remise en cause de la notion de service public, durant l'ajustement structurel, qui a accompagné l'émergence, puis la diffusion, des modèles de la santé comme « bien public » (Boidin, 2005).

Dans l'ouvrage de Kaul, Grunberg et Stern (2002, p. 36-38), qui sert encore de référence, la notion de Bien Public Mondial est définie à partir de trois critères :

- les Biens Publics Mondiaux ne concernent pas seulement un groupe de pays (leurs effets dépassent par exemple les blocs commerciaux ou les pays de même niveau de richesse);
- leurs effets atteignent non seulement un large spectre de pays, mais également un large spectre de la population mondiale ;
- enfin, leurs effets concernent les générations futures.

On insiste donc sur les externalités (positives et négatives) fournies par le bien public, requérant l'intervention de l'État ou de la communauté internationale dans le seul cas où le marché est déficient[200]. L'offre sanitaire publique est, dans ce cadre, justifiée :

- non plus comme une prérogative naturelle de l'État, mais plutôt en fonction des effets externes qu'elle engendre sur la satisfaction des besoins sanitaires de toute la population.
- par l'incapacité du marché à répondre de façon satisfaisant aux besoins sanitaires.

Mais, au lieu de se lancer dans une aventure de production des BPM dans leur intégralité, les donateurs étatiques semblent privilégier des politiques qui visent à gérer ou contrôler le risque, donc les externalités négatives.

[200] Les externalités sont liées aux caractéristiques du bien collectif pur (Samuelson, 1954), à savoir la non-rivalité (la consommation par un individu ne réduit pas les quantités disponibles pour les autres) et l'absence d'exclusion (on ne peut exclure un individu de la consommation sous le prétexte que celui-ci ne peut, ou ne veut, payer).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- **L'approche sécuritaire : une vision réductrice des BPM**

Les experts des maladies infectieuses sont sollicités de façon croissante depuis plusieurs années face à la mondialisation des risques sanitaires (Boidin, 2007). Et l'approfondissement de la mondialisation auquel nous avons assisté imposerait un passage du niveau « national » au niveau « mondial » selon certaines organisations intergouvernementales (Banque mondiale et OMS). Ce passage du « national » au « mondial » donne à la communauté internationale une mission de production des BPM à externalités positives d'une part, et une mission de régulation pour gérer les externalités négatives, d'autre part. Ainsi, dans le domaine de la santé, la perspective sécuritaire doit être mise en parallèle avec l'apparition et le développement du concept de « Biens Publics Mondiaux », et les externalités positives ou négatives qui lui sont liées. L'approche sécuritaire consiste ainsi à orienter, en priorité, les efforts de la communauté internationale à la gestion des externalités négatives.

Cela explique en effet la compatibilité entre les discours de la Banque mondiale et de l'OMS qui promeuvent une approche de la santé en termes de BPM et ceux du G8, et d'un certain nombre d'États, autocentrés et privilégiant de fait la protection contre les risques émanant de l'extérieur. La règle du « maillon faible » est alors privilégiée : les pays à risque élevé deviennent une cible d'intervention pour éradiquer le problème à la source et protéger en retour les pays riches (Boidin, 2007). Parmi les organisations et États dont le discours contient des objectifs d'ordre sécuritaire, on peut citer :

- l'Union Européenne qui, dans son programme de lutte contre la pauvreté 2002-2006, a beaucoup insisté sur les mêmes maladies infectieuses.
- l'USAID qui, quant à elle, a réduit son soutien aux réformes des systèmes de santé, au développement des systèmes de surveillance et d'information sur les maladies les plus courantes dans les pays en développement.
- la position du gouvernement américain durant la mandature de Bush qui, pour Tubiana et Severino (2002, p. 365), constitue une autre illustration marquante. Le choix qu'avait exprimé très tôt le président G.W. Bush de « *privilégier la sécurité du territoire et la lutte contre le terrorisme à l'extérieur* » s'inscrit dans une logique de production de Bien Public Mondial (les États-Unis chercheraient à imposer leurs règles de sécurité à l'extérieur) axée sur la lutte contre les « maillons faibles » de la sécurité (le terrorisme, les pays soumis au risque de maladies infectieuses…)

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, en tant que BPM, la participation du marché dans la production de la santé devient légitime. Quand aux donateurs, en privilégiant une approche sécuritaire de l'aide à la santé combinée à des enjeux de puissance, il y a une probabilité importante qu'ils négligent des dimensions importantes de la santé dans les PED. Nous tenterons dans le chapitre 7 de procéder à des vérifications empiriques en identifiant les images politiques qui mobilisent le plus les donateurs autour de l'aide à la santé.

Cependant cette appropriation sécuritaire n'est pas la seule approche des BPM identifiable chez les acteurs de l'aide. Nous avons aussi l'approche d'économie publique et l'approche par les biens communs (voir l'encadré 11 ci-dessous).

Encadré 11 : l'approche « d'économie publique » et celle par « les biens communs », d'après Boidin (2005, p.31-33)

L'approche « économie publique »

Cette approche insiste sur l'ensemble des externalités (positives et négatives). La santé est alors considérée comme un bien public mondial sous deux formes (Kaul et al. 2002, 40 et 200) :

- Elle est un bien public mondial final, l'état de santé des uns jouant, positivement ou négativement, sur celui des autres ; l'externalité se traduit alors par des effets en chaîne, vertueux (campagnes de vaccination, prévention…) ou vicieux (épidémies…).
- La santé peut également être conçue comme un bien public mondial intermédiaire, par exemple à travers les réglementations relatives à l'accès aux médicaments, ou à travers les médicaments eux-mêmes. À ce titre, la connaissance scientifique, déjà considérée comme un bien public (Stiglitz, 1999), produit des médicaments, eux-mêmes biens publics intermédiaires d'un bien public final, la situation de la population en termes de santé. On connaît les externalités importantes observées dans le domaine des découvertes scientifiques, lorsque la non-rivalité des idées permet leur diffusion à un coût limité.

Cette approche est souvent utilisée pour justifier le statut spécifique de la santé parmi les différentes activités économiques. Mais elle ne s'éloigne pas de la notion de bien public, et continue, en particulier, de considérer que la gestion « hors marché » est une solution de remplacement permettant de compenser les défaillances du marché. Dans un cadre plus national, cette conception se trouve, par exemple, dans le rapport 2004 de la Banque mondiale (p.4).

L'approche par les « biens communs »

L'approche en termes de « biens communs » met l'accent sur le caractère mondial des problèmes relatifs à l'état de santé des populations. **Dans cette approche, on n'insiste pas (ou peu) sur les caractéristiques économiques de la production des soins (indivisibilité, non-rivalité et non-exclusion), mais plutôt sur la nécessité d'une gestion commune, à l'échelle mondiale, de la santé (la santé est un « bien commun », à partager).**
Cette acception, adoptée par des acteurs très divers, est particulièrement présente chez certaines organisations non gouvernementales (ONG) actives dans le domaine de la solidarité internationale. On la rencontre également au sein des organisations internationales, avec souvent une focalisation sur le caractère nécessairement mondial de la gestion des biens publics plutôt que sur leurs caractéristiques technico-économiques (notamment les externalités). La signification du terme « bien public mondial » est alors tout autre que dans l'approche « économie publique ». Ce sont en effet des principes d'ordre éthique qui prédominent ici. Le recours au concept de santé comme bien public mondial est identifié à celui de

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

droit humain fondamental. Il est utilisé pour mobiliser les institutions et les juridictions internationales face aux situations considérées comme violant les droits humains élémentaires.

1. 2. L'agenda du développement socialement durable

A côté de l'agenda de la Banque mondiale dominé par la question de la production des biens publics mondiaux, le PNUD développera un agenda qui présente la santé à la fois comme un droit et un facteur de développement. C'est un agenda qui va beaucoup séduire la communauté des ONG. Dans cette section nous présentons d'abord la mobilisation internationale pour le développement durable, en particulier dans sa dimension humaine et sociale (on parlera alors de développement socialement durable)[201] (1.2.1.). Ensuite, nous précisons ce qu'est le développement socialement durable (DSD) et ses implications théoriques en termes de politiques d'aide à la santé (1.2.2).

1.2.1. Les sommets internationaux : la montée en puissance de la thématique du développement socialement durable

En 1990, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), à travers l'indicateur de développement humain (IDH), affirmait avec force la place centrale de la santé et de l'éducation dans la « quête » du développement. Les sommets qui ont suivi renforcèrent cette orientation. Le tableau 2 ci-dessous, sans être exhaustif, illustre cette tendance.

[201] Cette expression est explicitée par des auteurs tels que Ballet et *al.* (2004) et Dubois et Mahieu (2002). Ces derniers insistent sur l'importance de la dimension sociale du développement durable à côté des dimensions économique et environnementale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 2 : Les différents sommets en lien avec le développement durable depuis 1992

Sommets	**Année**	**Objectifs et recommandations en lien avec le développement humain et social**
Conférence de Rio	1992	**Objectif** : Mettre l'Homme au centre des préoccupations relatives au développement/assurer la solidarité intragénérationnelle **Recommandations majeures** : Mettre en place les Agendas 21.
Sommet de Copenhague	1995	**Objectif** : assurer le développement social **Recommandations** : lutter contre le chômage, l'exclusion…
Rio+5	1997	**Objectif** : Faire le point sur les engagements de la conférence de Rio **Recommandation** : Renforcer les Agendas 21.
Sommet du millénaire	2000	**Objectifs** : Faire le point sur les engagements de Copenhague et renforcer les engagements de la communauté internationale pour le développement humain **Recommandations** : Orienter l'aide vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Trois des huit objectifs portent sur la santé.
Sommet de Monterrey	2002	**Objectifs :** Réunir les fonds nécessaires à la réduction de la pauvreté et à l'atteinte des OMD. **Recommandations** : atteindre les engagements d'aide au développement.

Source : Présentation de l'auteur

Ces rencontres, consacrées aux objectifs de développement durable, ont inscrit le développement humain et la santé dans les programmes politiques internationaux. Ainsi les dimensions sociale et humaine du développement durable ont acquis une place de choix dans les stratégies de développement. Ces initiatives ont permis que se dégage un consensus autour d'un développement qu'on qualifierait de « socialement durable », c'est-à-dire qui accroît les *capabilities* (au sens de Sen, 1999) tout en respectant une certaine équité intra-générationnelle et intergénérationnelle.[202]

Simultanément, on a assisté dans certaines institutions à une inflexion des politiques de développement pour une meilleure intégration de la dimension humaine (*cf.* Chap. 4). En 2001, avec le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS présidée par Jeffrey Sachs, l'OMS va donner une reconnaissance institutionnelle au lien entre santé et développement. En 2006, les rapports annuels du PNUD et de la Banque mondiale insistent sur l'importance de l'équité comme l'un des piliers les plus importants du DD. Ceci constitue une évolution notable

[202] Une définition plus précise du Développement Socialement Durable sera donnée dans la section 1.2.2.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pour la Banque mondiale. Au final, l'analyse des discours et prises de positions laisse entendre qu'on serait passé d'une approche où l'accumulation matérielle représentait l'objectif principal des politiques de développement à une approche qui redonne à l'Homme une place centrale comme l'exigent les principes et objectifs du DD. Les multiples déclarations du G8 en faveur de la santé dans les PED témoignent enfin de l'engagement des plus grands donateurs bilatéraux (Evian en 1998, Okinawa en 2000, Tokyo en 2008) pour améliorer le développement humain par la santé. Cela traduit une évolution qui débouche sur une combinaison de l'approche par les droits humains et de l'approche par le développement (voir l'encadré 12 ci-dessous pour une présentation plus détaillée de cette combinaison d'images politiques).

Encadré 12 : Le développement socialement durable (DSD) comme une synthèse de deux images politiques : droits humains et développement

On peut interpréter le DSD comme une combinaison d'images politiques que sont la santé comme un droit et la santé comme un facteur de développement.
En se donnant pour objectif d'établir un nouvel équilibre entre l'Homme et l'économie, d'une part, et entre l'homme et son environnement, d'autre part, le DSD apparaît comme une façon novatrice d'appréhender les problèmes de développement et d'envisager les solutions.
En effet, en juin 1992, dans une période dominée par le néolibéralisme, à Rio de Janeiro (Brésil), la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (connue sous le nom de « Sommet de la Terre ») a adopté une déclaration qui a fait progresser le concept des droits et des responsabilités des pays dans le domaine social et dans le domaine environnemental.[203] Le concept de développement durable vise à réconcilier le développement économique, social et la conservation des ressources naturelles. Le rapport de Brundtland définit le développement durable comme « *un développement qui permet aux générations actuelles de satisfaire leurs besoins sans compromettre pour autant la capacité des générations futures à répondre aux leurs* » (CWED, 1989). Le développement durable vise donc trois objectifs : l'amélioration des conditions de vie actuelles, le respect de l'équité intra et intergénérationnelle et l'efficacité économique à côté du respect de l'environnement.
La durabilité économique s'exprime par la présence d'un système économique global qui soutient la croissance économique de tous les pays (des équilibres macro-économiques, taux d'investissement équilibré, etc.). Elle vise essentiellement l'optimisation de la croissance économique en termes de commerce et de compétitivité pour ne pas engendrer des charges d'endettement sur les générations futures.
La durabilité sociale vise à mieux transmettre le capital humain et le capital social aux générations futures afin de préserver la dignité humaine. Elle apparaît comme une composante essentielle du développement humain et s'exprime par la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ceci implique une meilleure transmission à la génération future des facteurs de croissance à long terme ainsi que la satisfaction des besoins de base des populations pauvres.
La dimension environnementale de la durabilité vise quant à elle à préserver les ressources naturelles pour les générations futures. Elle met l'accent sur la lutte contre la pollution et sur la préservation des ressources non renouvelables.[204]

[203] Établi lors de la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement en 1992 à Rio De Janeiro au Brésil (Sommet de la Terre), l'Agenda 21 est un guide de mise en œuvre du développement durable pour le 21ème siècle. Les nations qui se sont engagées pour sa mise en place doivent l'appliquer au niveau national, régional et local. L'Agenda 21 est structuré en 4 sections et 40 chapitres.

[204] Sur cette base, les dimensions économique et environnementale de la durabilité se sont basées sur le principe de l'évaluation du capital en élaborant deux principes éthiques de la durabilité (durabilité forte et faible) ainsi que des règles de gestion (protection des ressources non renouvelables, droit de propriété, développement propre, etc.).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans les pays en développement, ce sont les dimensions économique et sociale qui vont être mises en avant.[205] Le premier des 27 principes de la Déclaration de Rio indique que l'Homme doit être au centre des préoccupations dans le respect des générations présentes et futures. Ceci vient du fait que depuis maintenant plusieurs décennies, le problème de la durabilité sociale du développement se pose de plus en plus avec acuité dans les pays en développement. La persistance de la pauvreté et l'accroissement spectaculaire des inégalités constituent les principaux problèmes qu'affrontent actuellement ces pays. Les engagements pris par la communauté internationale (G8, OCDE, ONU, Banque mondiale) d'œuvrer dans la lutte contre la pauvreté sous toutes ses formes d'ici 2015 illustrent le caractère prioritaire de cette thématique. Pour les États, comme pour la communauté internationale, le DSD constitue un véritable enjeu de responsabilisation de nos sociétés modernes qui sont confrontées à des défis d'équité sociale, d'efficacité économique et de préservation de l'environnement.

Source : Présentation de l'auteur

1.2.2. Le développement socialement durable : analyse théorique et implications en termes de politiques d'aide à la santé

Qu'est ce que le développement socialement durable ? Et comment pourrait-il se décliner dans les politiques d'aide à la santé ? La notion de développement socialement durable, qui occupe une place de plus en plus importante dans les réflexions sur le développement durable, implique un renouvellement assez radical des modes de pensée du développement (Dubois et Mahieu, 2002). Il est important de souligner que la problématique du développement « socialement durable » ne se réduit pas à la dimension sociale, à la pauvreté, mais considère l'ensemble des interactions entre sphères économique, écologique et sociale, ainsi que leurs effets sur les situations de pauvreté ou d'exclusion. Aujourd'hui, le développement vu comme une extension des *capabilities*[206], permet de définir le développement socialement durable comme : « un développement qui garantit aux générations présentes et futures l'amélioration des capacités de bien-être (sociales, économiques ou écologiques) pour tous, à travers la recherche de l'équité d'une part, dans la distribution intra-générationnelle de ces capacités et, d'autre part dans leur transmission inter-générationnelle » (Dubois et Mahieu, 2002)**.** L'Agenda 21, adopté en 1992 lors du « sommet de la Terre » de Rio, fixe lui aussi un programme d'actions pour le XXI^{ème} siècle dans des domaines très diversifiés.

Dans le domaine de la santé, le programme Action 21, qui est le programme phare adopté par la communauté internationale, s'est fixé 5 objectifs prioritaires[207] : la satisfaction des besoins en matière de soins de santé primaires ; la lutte contre les maladies transmissibles ; la protection

[205] Depuis le sommet de Copenhague de 2009 sur le climat, on assiste à une évolution qui fait une place croissante à la dimension environnementale dans les politiques de coopération.

[206] Dans la suite du texte nous utiliserons le terme « capacités ».

[207] Ces objectifs ressortent aussi des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

des groupes vulnérables ; la santé des populations urbaines ; la réduction des risques occasionnés par les pollutions et les menaces écologiques sur la santé

L'application de la dimension sociale et humaine du développement durable telle qu'elle est proposée dans les années 90 exige donc une prise en compte intégrale des critères **comme l'accessibilité aux soins de santé de base, la construction des capacités et l'équité aussi bien inter qu'intra-générationnelle.** Santé et développement sont désormais intimement liés dans la théorisation scientifique de la problématique. Mais pour montrer comment cette lecture théorique peut se matérialiser dans les politiques de santé publique, nous revenons sur les liens entre les politiques de santé et les principes et objectifs du développement durable à travers les deux points ci-dessous.

- **L'accès aux soins et l'équité intra-générationnelle**

Les problèmes de santé étant, dans les pays pauvres, fortement concentrés dans les couches les plus défavorisées de la population (Berthélemy, 2008 ; Berthélemy et Seban, 2009), la question de l'équité dans les politiques de santé se pose avec force. La poursuite de l'équité suppose en effet de garantir l'accès aux soins des plus pauvres et du plus grand nombre grâce aux différentes formes de solidarité. Selon A Sen (1999), l'équité en santé ne signifie pas seulement de considérer la santé prise isolément, mais doit être abordée dans le cadre plus large de l'impartialité et de la justice des accords sociaux. Ainsi, dans cette perspective les politiques de santé devraient consacrer plus de ressources et de programmes aux groupes défavorisés. Le respect du principe de l'équité exige donc des politiques de santé publique adaptées à des objectifs de promotion des services de soins de base et de prévention qui soient accessibles à tous.

- **La construction des capacités et l'équité intergénérationnelle**

Selon Ballet, Dubois et Mahieu (2004), la durabilité sociale du développement suppose à la fois la construction de capacités et une transmission équitable de ces capacités d'une génération à l'autre. Concernant le premier point (construction de capacités), la littérature soutient que le comportement d'une personne face aux difficultés sociales, économiques et sanitaires résulte d'une combinaison de capacités ayant des déterminants très divers (exemple : il a été constaté que les personnes pauvres, par exemple, s'appuient plus fortement sur certaines

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

capacités -travail, éducation, liens sociaux horizontaux-, puisqu'elles ne possèdent pas forcément les autres -capital financier, liens sociaux verticaux-). Cette réalité exige des stratégies multisectorielles ou des approches globales pour être résolue. La transmission des capacités, quant à elle, passe par le renforcement de l'éducation, de la formation et de l'investissement dans les équipements ou institutions, permettant que les capacités d'aujourd'hui soient transmises aux générations à venir (Ballet, Dubois et Mahieu, 2004).

Ce premier tour d'horizon nous a permis de présenter l'émergence du lien entre DD et santé, la mobilisation internationale autour de ce lien et d'exposer comment, théoriquement, les principes du DD peuvent se traduire dans les politiques d'aide à la santé. Etudions à présent la nature du lieu politique de l'aide à la santé à partir des années 2000.[208]

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : les partenariats public-privés dans leur diversité

À partir des années 2000, le lieu politique de l'aide change de façon fondamentale. D'abord, on assiste à son élargissement. En plus des acteurs présents dans les années 1990, viennent s'ajouter les entreprises. Ensuite, la nature des relations entre ces acteurs change. Désormais acteurs publics et acteurs privés ont la même légitimité. Les organisations dans lesquelles sont prises les décisions sont de plus en plus horizontales, partenariales. Elles sont très souvent désignées par les vocables « partenariats public-privés », « partenariats multi-acteurs ». Ces organisations rassemblent États, OIG, entreprises, ONG et associations et collectivités territoriales. Même les sommets qualifiés d'interétatiques font de plus en plus de place aux à la « société civile » et en leur sein une vision partenariale de la gouvernance domine.[209] Nous parlons donc d'une configuration organisationnelle dont la caractéristique est de réunir des acteurs de plus en plus variés. Nous utilisons de façon élargie le terme « partenariats public-privés » pour désigner une telle configuration organisationnelle. Cette dernière résulte d'une évolution des théories qui se sont intéressées aux relations, d'une part, entre l'État et le secteur privé et, d'autre part, entre les entreprises et leur environnement notamment social.

[208] Nous préciserons son lien avec l'agenda de la gouvernance.
[209] C'est le cas notamment avec l'ONU et ses agences qui invitent les ONG et les entreprises à participer presque systématiquement aux prises de décisions.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.1. Les partenariats public-privés : quels fondements théoriques et institutionnels ?

2.2.1. Les fondements théoriques

Les partenariats public-privés s'inscrivent dans une démarche qui vise à concilier (ou réconcilier) démocratie[210] et efficacité[211] (*cf.* Introduction générale). Dans cette présentation des fondements théoriques des PPP, nous distinguons les théories qui ont conduit à une évolution du rôle de l'État, de la façon dont il doit répondre aux besoins des citoyens et les théories qui ont fait évoluer le rôle des entreprises dans la société par la promotion d'un nouveau mode de management et d'une nouvelle vision de la responsabilité de l'entreprise. Nous qualifions aussi la première catégorie de « fondement lointain » et la seconde catégorie de « fondement direct ». Nous verrons plus loin que les fondements institutionnels puisent dans toutes ces théories.

La première catégorie de théories est composée essentiellement de la théorie des coûts de transaction ou nouvelle économie institutionnelle et de la nouvelle économie politique. Le trait commun de ces deux théories est d'être centré, à des degrés différents, sur l'efficacité et la démocratie.

a) La Théorie des Coûts de Transaction (ou Nouvelle Economie institutionnelle) et la Nouvelle Economie Politique : des arguments pour un retrait de l'État à partir des problèmes d'efficacité et de démocratie.

L'objet ici est de montrer que :

- le diagnostic de la théorie économique des coûts de transaction sur le mode de fonctionnement du secteur public constitue, entre autres, l'un des corpus théoriques qui, en fondant la légitimité des organisations sur leur efficacité en termes de coûts de transaction, a préparé l'émergence d'organisations hybrides (public-privés).
- l'analyse de la nouvelle économie politique, en faisant la promotion de la participation des citoyens ou des groupes de pression, a contribué à la légitimation des acteurs privés dans l'espace public. La participation du plus grand nombre,

[210] Entendue comme une participation active et massive des citoyens (ici de tous les acteurs de la société civile) aux prises de décisions les concernant.
[211] Le terme « efficacité » tel qu'il utilisé dans les discours internationaux sur l'aide inclut la notion d'efficience L'enjeu est concrètement la réduction des coûts de production des biens collectifs dans l'administration publique sans nuire fortement à la qualité des services rendus aux populations.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

conjuguée avec une plus grande transparence, est sensée conduire à l'intérêt général.

La théorie des coûts de transaction (ou la nouvelle économie institutionnelle) tire son origine des travaux de Coase (1937) qui en a été l'un des précurseurs. Celle-ci constitue d'ailleurs l'un des courants dominants des nouvelles théories économiques de la firme qualifié souvent de nouvelle économie institutionnelle. Pour l'auteur la spécificité de la firme se trouve dans la hiérarchie et la suppression du système de prix.[212] Il ajoutera que le recours au marché entraîne des coûts, qui sont constitués de coûts de découverte de prix adéquats et de coûts de négociation et de conclusion de contrats séparés, pour chaque transaction. **Par conséquent, la coordination administrative par la firme s'impose parce qu'elle permet une économie de coûts (qualifiés plus tard par Williamson de coûts de transactions)**.

Dans la lignée de ces travaux entrepris quelques décennies plus tôt, Williamson (1985) va entreprendre une relecture des travaux issus de l'ensemble du corpus théorique basé sur les relations contractuelles et les théories de la firme qui en résultent.[213] Mais la perspective diffère de celle de Coase. L'auteur présente la théorie de la firme comme une partie de la théorie des institutions du capitalisme et la firme elle-même n'est plus conçue comme une hiérarchie (vision de Coase), mais plutôt comme un nœud de contrats.[214] Williamson (1985) précise que la conclusion de ces contrats comporte des coûts. Il distinguera les coûts ex ante, qui correspondent aux coûts de recherche et de conclusion du contrat, et des coûts ex post, qui sont relatifs aux coûts engendrés par la structure du déroulement du contrat lui-même, et c'est sur ces derniers coûts que l'auteur focalisera son analyse de la théorie de la firme.

L'analyse économique des coûts de transactions est évoquée pour justifier une évolution de l'État avec l'argument suivant : « *les organisations publiques sont inefficientes parce qu'elles ne sont pas capables de minimiser leurs coûts de transaction (c'est-à-dire d'information, de négociation, d'exécution des contrats). […]. L'une des argumentations de la théorie des coûts de transactions est qu'au sein des organisations publiques, la rigidité des structures, le processus*

[212] Coase (1937) soutient en effet que: « […] the distinguishing mark of the firm is the suppression of the price mechanism ».
[213] Si Williamson a été fortement influencé par Coase (1937), il faut dire que d'autres auteurs l'ont inspiré aussi. On peut citer Commons (1934), Simon (1945), Arrow (1952), Chandler (1969), Hayek (1945).
[214] Il faut préciser que Williamson évoque pour la première fois l'expression « nœud de contrats » en 1990 dans un ouvrage intitulé : *The Firm as a Nexus of Treaties*. Cette conception s'éloigne visiblement de celle de Coase et minimise l'opposition firme-marché évoquée plus tôt par Coase (1937).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de prise de décision et les cercles vicieux bureaucratiques imposent une délégation des pouvoirs, ce qui engendre, en raison notamment de l'imperfection de l'information et des comportements opportunistes des agents, des structures onéreuses et des mesures coûteuses de surveillance » (Yaya, 2005, p.9).

En privilégiant les problèmes d'asymétries d'information, de risque et d'incitation, la NEI va réhabituer l'État dans une conception instrumentale et fonctionnaliste.[215] Tout en acceptant que l'État soit en général prédateur, elle rappelle que ce dernier, grâce à l'autorité des pouvoirs exécutif, législatif et juridique, offre la sécurité en matière de contrat.[216] **Ainsi, la NEI, puisqu'elle est favorable à l'ordre, fait une place importante à l'État à la différence du consensus qui a conduit aux PAS**. Dans une économie capitaliste, la coordination et la gestion de l'incertitude par l'État permettraient d'éviter l'utilisation des ressources à des fins non productives. En permettant d'éviter d'utiliser des ressources pour protéger les personnes ou les échanges, la coordination permet d'améliorer l'efficacité allocative de l'économie[217] puisqu'elle réduit les coûts de transaction. **L'apport fondamental de la NEI réside d'une part dans la réintroduction dans la science économique de la diversité des modes de coordination mobilisés, et d'autre part dans sa proposition de mener *sans a priori* une analyse comparative de leur efficacité.** À **la dichotomie marché/État doit se substituer une analyse en termes d'acteurs privés et publics prenant en charge, à des degrés divers, les biens et services collectifs, c'est-à-dire les externalités et le long terme (Hugon, 1999)**. Ainsi, la NEI assigne aux micro-institutions ou organisations le rôle de créer un cadre permettant de réduire les asymétries d'information, de favoriser la concurrence et l'incitation à participer au marché. Précisons que si les micro-institutions réduisent les coûts de transactions, elles augmentent toute fois les coûts de productions en cas de rendements croissants.

L'importance de la démocratie sera, elle, mise en avant par la nouvelle économie politique (NEP) à partir de travaux centrés sur le comportement de l'État. Parmi les enseignements que l'on peut tirer des échecs du PAS, on peut citer le caractère irremplaçable de l'État et la capacité de blocage dont disposent les élites politiques dans la mise en œuvre des reformes recommandées par les institutions internationales. Ainsi, à la différence de la

[215] Puisqu'il s'agit d'améliorer l'efficacité du marché.
[216] D'où les fonctions essentielles que la Banque mondiale (1997) assigne à l'Etat : établir un système de loi, maintenir un environnement de politiques non discriminantes, investir dans les services de base et l'infrastructure, protéger l'environnement, favoriser l'équité
[217] Toutes les ressources sont allouées à des postes productifs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

conception utilitariste de l'État dans l'école du *public Choice*, la NEP reconnaît une existence efficiente des groupes de pression puissants et considère que leur octroyer des rentes sur le marché politique fait partie de l'art de gouverner.[218] C'est pourquoi la NEP, contrairement à l'école du *public choice*, va privilégier la sphère politique et considérer que les discours sur la rationalité économique voilent des rationalités sociopolitiques plus profondes (*cf.* Hugon, 1997 ; Bayart, 1989 ; Chavageux, 2004 ; Coussy, 1998 ; Hibou, 1999, 1998, 1997), susceptibles d'expliquer l'échec des réformes engagées dans les années 1980-1990 en vue de réduire l'interventionnisme étatique accusé de perturber le marché. L'échec des réformes durant la période d'ajustement est pour sa part attribuable à deux facteurs (Cartier-Bresson, 2000) :

- le premier facteur réside dans les pouvoirs relatifs que possèdent, d'un côté, les coalitions de prédateurs/rentiers[219] qui sont minoritaires et les exclus qui sont majoritaires de l'autre. Dans une logique olsonienne,[220] les restrictions favorisent les intérêts des petits lobbies puissants (importateurs rentiers et fonctionnaires corrompus) et défavorisent les intérêts de la majorité (éleveurs, agriculteurs, secteurs informels).
- le second facteur tient au degré d'autonomie de l'État. Pour la NEP, la situation la plus favorable aux réformes, donc à la défaite des rentiers corrupteurs, est celle où l'État et les technocrates ont les pleins pouvoirs pour imposer les réformes (Krueger, 1993). Ainsi la NEP apporte un soutien relatif à certaines dictatures « omniscientes[221] » et envisage les méfaits de toute démocratisation accentuant l'influence des factions.

[218] Dans la tradition des modèles bureaucratiques (Buchanan et Tullock, 1962 ; Buchanan et Tollison, 1972), on considère que les bureaucrates (politiques et administratifs) poursuivent des objectifs personnels autres que l'efficacité des services publics (Hugon, 1999). Ils utiliseraient l'Etat pour maximiser les rentes accaparées ou distribuées, sans se soucier de l'optimum social, créant ainsi des distorsions vis-à-vis des décideurs privés agissant selon les préceptes du marché (Hugon, 1999 ; Krueger, 1993). D'où l'injonction du « moins d'Etat » qui a prévalu durant l'ajustement structurel. Mais cette vision utilitariste de l'Etat sous estime le fait que toute réforme est au cœur des relations de pouvoir, tant nationales qu'internationales, aussi bien dans une démocratie que dans une dictature.

[219] La typologie de référence distingue : les Etats autonomes (gardiens ou prédateurs) qui ne subissent aucune pression de la part d'une opposition et les Etats factions (démocratiques ou autoritaires) qui consultent les groupes de pression avant de prendre une décision. Pour Krueger (1993), dans les années 1950-1960, les PED étaient dominés par une forme d'Etat gardien bienveillant ; entre les années 1960 et 1970 on est passé d'un Etat gardien à un Etat prédateur ou un Etat faction où les agents (fonctionnaires, politiciens et rentiers) participent et profitent du dysfonctionnement ; légitimant les PAS des années 1980.

[220] Mancur Olson (1932-1998) est un théoricien du *Public Choice*. Dans son explication de la façon dont les individus s'organisent pour réaliser un objectif commun, il indique que plus un groupe est important en nombre, plus la probabilité qu'il passe à l'acte est faible car la contribution marginale d'un membre à la réussite du groupe est décroissante.

[221] Qui entreprennent des réformes favorables à la majorité dans le long terme.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En excluant l'hypothèse d'existence d'un dictateur omniscient, les institutions internationales (la Banque mondiale notamment) vont militer pour la démocratie, pour la participation de la majorité traditionnellement exclue. En conséquence les groupes de pression sont à la fois des facteurs de blocage ou de captation de rentes et une variable produisant de l'information et de l'adhésion.

Ces théories présentées ci-dessus, par leur analyse critique du fonctionnement de l'État, semble avoir préparé le terrain à l'émergence de PPP dans la production des biens collectifs. **Maintenant, nous présentons la deuxième catégorie de théories, celles qui constituent des fondements directs à l'émergence des partenariats public-privés.**

b) La Théorie des Parties Prenantes et la Responsabilité Sociale de l'Entreprise : des arguments pour la participation des acteurs privés dans la production des biens collectifs[222]

Les fondements théoriques des PPP sont aussi constitués de courants ayant pour problématique les relations de l'entreprise avec son environnement. Il s'agit de la théorie des parties prenantes et des approches en termes de responsabilité sociale de l'entreprise. Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) et Théorie des parties prenantes (TPP) procèdent de sources différentes, et ont longtemps suivi un cheminement indépendant. On reconnaît de nos jours leur évidente complémentarité.[223] Bien que discutée, la TPP est une référence théorique majeure de la RSE. La TPP semble également contribuer à la mise en œuvre de la RSE. Cependant, dans ce qui suit, nous allons procéder à une présentation séparée de ces écoles dans le but mettre en exergue l'apport de chacune d'entre elles.

i) La théorie des parties prenantes

[222] Cette section s'inspire fortement des travaux Pesqueux (2006), de Capron et Quairel-Lanoizelée (2007).

[223] Sur le plan de la recherche en management, la problématique de la RSE offre en effet une occasion unique pour enrichir la TPP comme outil d'analyse de l'insertion de l'entreprise dans la société. À l'inverse, l'analyse en termes de parties prenantes peut s'avérer très féconde pour comprendre comment les acteurs transforment le concept encore théorique et ambigüe de RSE en pratiques et stratégies. Certains auteurs soulignent cependant que certaines caractéristiques centrales de la TPP risquent de vider la RSE de tout contenu original. Cazal (2008) cite les caractéristiques suivantes : anhistorique et a-contextuelle (or le développement de la RSE nécessite justement de prendre en compte l'ensemble des contextes spécifiques au sein desquels elle a émergé et à distinguer ce qui est conjoncturel du structurel ; individualiste et sous-socialisée ; la liberté et l'égalité des partenaires au contrat permettent d'évacuer les phénomènes collectifs et surtout toute possibilité d'une régulation plus globale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La théorie des parties prenantes (TPP) propose une analyse des relations nouées entre l'entreprise et son environnement entendu au sens large. Elle fut popularisée par Freeman (1984). La TPP (ou *Stakeholder Theory)* est aujourd'hui l'une des références théoriques de la littérature portant sur l'éthique organisationnelle (Gond et Mercier, 2005) et est au cœur des débats portant sur le rôle joué, ou que doit jouer, l'entreprise dans nos sociétés (Mercier, 2001). **Une partie prenante dans une organisation (entreprise, ONG, partenariat public-privé, État, OIG) est tout groupe ou individu qui affecte ou est affecté par l'accomplissement des finalités de l'organisation (Freeman, 1984).**

La légitimité de la prise en compte des parties prenantes dans la gouvernance des entreprises est aujourd'hui la question centrale de la TPP, voire de la RSE (Mercier, 2006). Pourquoi intégrer les attentes des parties prenantes dans les décisions de l'entreprise ? Les réponses théoriques apportées s'inscrivent dans deux paradigmes opposés qui définissent deux types de représentation de la RSE (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007, p. 37-38) : « *« une vision orientée business » utilitariste, la « RSE comme outil », et une vision « orientée éthique », normative, « la RSE comme un idéal » (Pasquero, 2005).* ***La vision « orientée business »***[224] *présente la prise en compte de l'intérêt des parties prenantes comme une condition de la performance économique et financière de l'entreprise.* ***La vision « orientée éthique »*** *se centre sur les obligations morales de la firme à l'égard des parties prenantes. Dans l'approche normative de la TPP, l'intérêt des parties possède une valeur intrinsèque et l'entreprise est redevable envers la société. Dès que ses dirigeants reconnaissent l'existence et la légitimité de plusieurs groupes de parties prenantes, ils doivent faire entrer les attentes de ces groupes dans les objectifs de l'entreprises* ». Ainsi les théories des parties prenantes de type instrumental (orientées *business*) étudient les liens entre la prise en compte des parties prenantes dans l'organisation et ses performances. Il s'agit de considérer la satisfaction des intérêts multiples, dans et autour de l'entreprise, comme un moyen de créer de la valeur. Ce courant majeur de la TPP considère généralement que le succès d'une entreprise dépend de l'attention portée à ses parties prenantes, c'est-à-dire aux personnes et entités avec lesquelles elle entretient des relations contractuelles ou celles qui peuvent avoir une influence sur elle. Certains auteurs (Thoenig et Waldmann, 2005) vont jusqu'à dire que les entreprises qui réussissent aujourd'hui sont celles qui ont fédéré leurs parties prenantes autour de leur identité bien plus que celles qui ont cherché à satisfaire des clients ou à coller à leur marché (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007).

[224] Passages mis en gras par l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Les justifications proposées par la théorie des parties prenantes (et les théories contractuelles) confèrent à l'entreprise (et les organisations privées en général) un rôle de régulation sociale. L'analyse éthique des décisions devient dans cette perspective un procès clé. Soulignons toutefois que la TPP s'inscrit dans une représentation relationnelle de l'organisation fondée sur des contrats justes, **qui suppose que les conflits d'intérêt peuvent se résoudre en assurant une maximisation des intérêts de chaque groupe** (Ibid).

Quelle implication pour la coordination entre acteurs variés ? La notion des parties prenantes se réfère « ***à une conception communautarienne de la démocratie délibérative (Pesqueux, 2006).***[225] *[…]. Cette théorie s'inscrit dans une tradition libérale renforcée par le constat d'une carence de la régulation du droit positif qui substitue l'autorégulation à la réglementation. […]. La TPP affirme que la prise en compte et l'agrégation des intérêts particuliers peuvent converger vers un bien commun ;or on sait depuis Condorcet que la somme des préférences particulières ne fonde pas une préférence collective ; sauf à s'en remettre à une conception purement utilitariste, la somme des intérêts des parties prenantes, à supposer que ces intérêts soient convergents, ne peut correspondre à un intérêt général entendu comme intérêt de la société. La définition de cet intérêt général est en théorie dévolue à la puissance publique ; mais au niveau international, qui détient cette légitimité ? Une organisation internationalement reconnue ou une puissance impériale dominante ?* » (ibid, p.41-42). En suivant la TPP, c'est aux très grandes entreprises multinationales (en partenariat avec des ONG –société civile mondiale-) que reviendrait ce pouvoir de définition de l'intérêt commun. Comme il est impossible d'ignorer totalement l'existence des États, cette perspective implique qu'il faut se tourner vers des partenariats public-privés (PPP) pour concevoir et produire au niveau global ce qui constitue les biens publics mondiaux[226].

Après cette présentation de la TPP dans les grandes lignes, nous exposons ici les éléments, parfois problématiques, de la TPP qui apparaissent comme des fondements théoriques aux PPP.

Un paradigme relationnel et un sens nouveau à l'action managériale

[225] Passages mis en gras par l'auteur.
[226] Il faut cependant souligner que ce mode de régulation (négociation collective internationale autorisant une participation des organisations de la société civile) n'est pas unique. Il est complété par l'autorégulation des entreprises (en association éventuellement avec des partenaires), la normalisation professionnelle, et des conventions interétatiques.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le grand apport de la TPP est le changement de perspective qu'elle apporte sur l'étude du management. La gestion y est conçue non plus comme simple calcul optimisateur, mais comme processus de compromis entre des intérêts inscrits au cœur de relations, c'est-à-dire comme satisfaction d'un ensemble de parties prenantes.

La représentation de l'environnement de la firme en termes de parties prenantes s'est imposée pour répondre au besoin de désigner l'ensemble des « publics » susceptibles d'affecter les intérêts des entreprises, au-delà du seul intérêt de leurs actionnaires. Bien que reposant sur une définition problématique de l'entreprise[227], elle indique clairement l'orientation de la nouvelle perspective qui est qu'une prise en compte, voire une concertation, de toutes les parties prenantes doit précéder toute action.

Une vision réductrice des conflits portée par la croyance au « gagnant-gagnant »

L'autre caractéristique des TPP est la prise en compte des intérêts des différents acteurs. Elle centre son analyse sur l'acteur, ses intérêts, sa légitimité intrinsèque. Les valeurs des acteurs semblent en effet sous estimées. Le fil conducteur de cette conception « Win-Win » peut se résumer comme suit : une prise en compte des intérêts de chaque partie prenante (clients, salariés…) de l'entreprise participe à sa légitimation et à l'augmentation de sa productivité[228]. On peut noter que la TPP suppose que l'on peut concilier, par des contrats justes, les finalités de l'entreprise et les attentes diverses des parties prenantes. Elle s'inscrit dans la vieille « utopie agoniste », c'est-à-dire dans le refus de reconnaître l'existence d'antagonisme entre les parties prenantes (Pesqueux, 2006). Or comme le soutient Elster (1986), les finalités, surtout lorsqu'elles renvoient à des valeurs (images politiques), sont difficilement conciliables et les attentes des différents acteurs sont souvent conflictuelles. **En réalité, ces tensions sont résolues par un compromis qui permet de faire coexister des rationalités apparemment inconciliables.**

[227] L'absence d'un soubassement théorique ferme a ouvert la voie à une profusion de définitions du concept même de partie prenante, chacune correspondant à une représentation particulière de la firme (Mitchel, Agle et Wood, 1997; Gond et Mercier, 2004).

[228] Parmi les travaux les plus souvent cités (cf. Boidin, 2009), on trouve le *Consortium Report « sustainable strategies for value creation* » (1999) qui conclut à l'existence de six effets vertueux des stratégies de développement durable dans les en entreprises (cité par Laville, 2002, P. 108-110) : l'anticipation des contraintes et la prévention des risques ; la réduction des coûts à travers une réduction des déchets et une optimisation de l'utilisation des ressources ; l'innovation.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Une conception égalitaire et rationaliste des acteurs

C'est un aspect qui fait dire à Gond et Mercier (2005) que la théorie des parties prenantes génère des problèmes complexes encore non résolus. Il est souvent supposé par exemple que les catégories de *stakeholders* ont des préférences homogènes (Wolfe et Putler, 2002). On semble se cacher derrière l'idée que les intérêts des parties prenantes ont une valeur intrinsèque et aucun intérêt n'est censé dominer les autres (Clarkson, 1995, Donaldson et Preston, 1995)[229]. La liberté et l'égalité des partenaires au contrat permettent d'évacuer les phénomènes collectifs et surtout toute possibilité d'une régulation plus globale (Cazal, 2008). Une hypothèse supplémentaire, encore problématique, est le caractère a-conflictuel et consensualiste de la TPP. *«La métaphore contractuelle* (qui porte la TPP) *induit normalement l'idée de consentement rationnel des parties » [Boyer, 1996, p. 402]*. La rationalité individuelle et la recherche de l'intérêt rendent les conflits aisément solubles dans le contrat. Il ne peut y avoir de conflits insolubles et ce d'autant que les agents sont mus par la recherche d'avantages mutuels, qu'optimiseront des contrats équitables (Cazal, 2008). La complexité d'une prise de décision entre acteurs variés est contournée à travers la supposition d'hypothèse simplificatrice.

Ce sont les principes et approches soulignés ci-dessus qui guident le fonctionnent des partenariats public-privés.[230] Les principes de gagnant-gagnant, d'égalité politique entre acteurs ou encore de participation sont souvent invoqués pour légitimer les PPP ou régler des problèmes internes. Ce cadre d'analyse ainsi esquissé pose toutefois des sérieux problèmes que nous soulignerons tout au long de cette thèse.

ii) La responsabilité sociale des entreprises

La perspective portée par le concept de responsabilité sociale des entreprises (RSE)[231], est celle d'une intégration des questions sociales et environnementales dans les préoccupations de l'entreprise sur une base volontaire. Elle résulte de demandes de la société civile (ONG, associations) d'une meilleure prise en compte des impacts environnementaux et

[229] Concrètement, cela signifie une égalité politique et économique des acteurs en partenariat.
[230] Dans les partenariats public-privés, les parties prenantes désignent l'ensemble des acteurs agissant ou devant agir pour atteindre un objectif construit commun qui peut être par exemple l'amélioration de la santé dans les pays en développement.
[231] RSE (CSR, Corporate Social Responsability) signifie qu'une entreprise doit non seulement se soucier de sa rentabilité et de sa croissance, mais aussi de ses impacts environnementaux et sociaux. Elle doit aussi être plus attentive aux préoccupations de ses parties prenantes ("stakeholders") : salariés, actionnaires, clients, fournisseurs et société civile dont les ONG sont les porte-paroles.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

sociaux des activités des entreprises, qui est née, notamment, des problèmes globaux d'environnement rencontrés depuis les années 1970. Aujourd'hui, il est admis que l'origine de la RSE explicite vient de deux phénomènes qui ne sont pas totalement indépendants de l'un de l'autre (Bonnafous-Boucher et Pesqueux, 2006 ; Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007). **Le premier tient au délitement progressif du fordisme et l'effacement de l'état providence**. Nous avons assisté, depuis les années 1970, dans plupart des industrialisés à des processus de dérégulation économique, une organisation sociale du travail fondée sur la flexibilité et une précarisation sociale croissante. Ce délitement s'est accompagné d'une crise de légitimité profonde de la grande entreprise qui a donné lieu à une abondante littérature décrivant ses méfaits, ses nuisances, ses processus d'exclusion, sa chasse cynique aux superprofits et ses attaques contre la démocratie, à tel point qu'elle est accusée d'être l'un des éléments d'une « barbarie douce » » (Le Goff, 2003, cité par Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007 p. 11). **Cette répercussion de la fin du fordisme sur l'image des entreprises nous conduit au deuxième phénomène.** Les scandales financiers, les compromissions avec des régimes dictatoriaux, catastrophes écologiques vont venir alourdir le passif des entreprises. Progressivement, les conséquences sociales de la rupture du compromis fordien (insécurité sociale, précarité croissante) alliées à d'autres facteurs (scandales financiers, compromissions avec des régimes dictatoriaux, catastrophes écologiques…) vont considérablement ternir l'image de marque des grands groupes d'entreprises qui jouissaient jusqu'à la fin des années 1970 d'un préjugé favorable auprès des opinions publiques. Des mouvements divers issus des sociétés civiles vont apparaître et exercer des pressions croissantes notamment en ce qui concerne le respect des droits humains et sociaux, la sauvegarde de l'environnement et de la santé publique.

Coincées, la réaction des entreprises s'organise et se focalise sur la restauration de leur image. Elles feront en s'engageant dans des actions de solidarité internationale et de protection de l'environnement (voir l'annexe n°15 pour plus de détails).

Pour terminer, soulignons que la RSE et la TPP se rejoignent sur quelques points qui nous paraissent problématiques.

- La TPP construit une représentation réductrice de la responsabilité sociale de l'entreprise. La RSE envers la société devient la responsabilité à l'égard des parties prenantes. Elle ignore les valeurs ou les intérêts des parties trop faibles pour être

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

représentées[232] . Ce problème renvoie à une question centrale : peut-on affirmer que l'intérêt général[233] est la somme des intérêts de chaque groupe des parties prenantes ? Pour (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007, p. 41), « *au-delà des limites liées à la gestion des relations avec les parties prenantes se pose le problème fondamental de la conception politique sous-jacente à cette théorie* ».[234]

- Les justifications de la RSE proposées à partir des théories contractuelles et de la théorie des parties prenantes ne « *prennent pas en compte le rôle des règles, des valeurs et normes sur la construction des attentes des parties prenantes* » (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007, p. 42). On ignore totalement le fait que la légitimité, si chère à la RSE et la TPP, est une, comme le souligne Suchman (1995), impression partagée que les actions de l'organisation sont désirables, convenables ou appropriées par rapport au système socialement construit de normes, de valeurs ou de croyances sociales. La légitimité ne saurait être réduite à la participation aux prises de décisions.

La RSE débouche au final sur des conceptions nouvelles, mais conjointes, de l'entreprise et de la société qui favorisent, pour ne pas dire revendiquent, des partenariats multi-acteurs, notamment les PPP.

Voici donc présentées les quelques théories dont l'influence a renforcé l'émergence et à la légitimation des PPP. Ce corpus fondateur des PPP est assez varié. Les partenariats public-privés (PPP) constituent aujourd'hui un nouveau paradigme de l'action publique internationale, susceptible de conjuguer l'efficacité, les capacités de management et la

[232] Dans le processus d'élaboration de la norme ISO 26000, la question de la mise en œuvre de la RSE par l'approche des « parties prenantes » a été largement débattue ; il a été souligné que cette dernière ne permettait pas de couvrir la totalité des enjeux significatifs du développement durable (*staks without holders*) (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007).

[233] Nous avons déjà indiqué ci-dessus que la somme des préférences particulières ne forme pas de façon satisfaisanté une préférence collective.

[234] Nous pouvons également considérer que l'entreprise a une responsabilité à l'égard de l'intérêt général ou bien commun. Mais si l'on retient la conception de l'intérêt général d'Adam Smith (*Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations, 1776*), selon laquelle celui-ci résulte de la somme des intérêts particuliers, grâce à la bienveillante « main invisible » du marché. En revanche, en suivant la notion de « volonté générale » de Jean Jacques Rousseau (le contrat social de 1762), on est conduit à développer une représentation de l'entreprise encastrée dans la société et soumise aux exigences de la collectivité, représentée par l'Etat, incarnant l'intérêt général. Dans la mesure où la question des biens communs dépasse aujourd'hui le cadre des Etat-nations, le problème de la contribution des entreprises au bien commun doit être posé dans un contexte mondialisé qui ne présente pour l'instant que des ébauches ou des expériences limitées de mécanismes régulatrices (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

culture de l'évaluation du secteur privé qui s'y engage au nom de la responsabilité sociale des entreprises. Ces partenariats vont proliférer dans plusieurs domaines de la lutte contre la pauvreté, notamment la santé.

Cependant ces différentes théories ne sont pas reprises telles quelles pour guider l'élaboration ou le fonctionnement des PPP. Elles sont d'abord « appropriées » par les institutions internationales telles que la Banque mondiale, l'OCDE ou encore l'ONU. Sur le mécanisme d'appropriation de ces théories, Cartier-Bresson (2010, p. 111-112) explique qu' **«** *il est le fruit des rapports qui se nouent entre les mots et les pratiques, entre les concepts et leurs utilisations par les acteurs du développement. Cette utilisation est d'abord rhétorique puis opérationnelle. La conversation policée entre les chercheurs et les acteurs du développement permet de transformer les modèles académiques en doctrine. Cette dernière prend en général beaucoup de liberté avec le socle académique des modèles et se construit sur un puzzle intellectuel qui a entre autre pour vocation de persuader, de légitimer, par le discours, les choix de politiques économiques et sociales et donc de faciliter le déroulement du jeu politique entre des acteurs fort divers. Mais, à côté d'un procédé finalement très pragmatique d'intégration des théories par les utilisateurs politiques, la méthode affichée par les chercheurs se veut toujours scientifique selon une règle hypothético-déductive*».

2.1.2. Le fondement institutionnel des PPP et des autres mécanismes de coordination: l'agenda de la gouvernance et ses limites

Avec les échecs des PAS, la Banque mondiale va entériner vers la fin des années 1990 un changement de paradigme vis-à-vis de l'État.[235] « *Les thèses de l'école du Public Choice (PC), focalisées sur la recherche de prix d'équilibre et sur les défaillances de l'intervention étatique et qui fondaient dans les années 80 la dimension microéconomique des Programmes d'Ajustement Structurel macroéconomique (PAS), sont abandonnées au profit d'analyses influencées par la Nouvelle Economie Institutionnelle (NEI) et la Nouvelle Economie Politique (NEP)* » (Cartier-Bresson, 2010, p. 111). Ce faisant, le courant néo-institutionnel va renouveler l'explication du rôle des organisations et des coordinations non marchandes. Cette inflexion va toucher au politique et porte plus sur le bien-être et moins sur la croissance, avec un discours pro démocratique dont les maîtres mots sont : société civile, *empowerment*, capabilité, participation,

[235] Cette section s'inspire fortement de Cartier-Bresson (2010).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

transparence et rigueur analytique (enquêtes, diagnostics pour une gestion axée sur les résultats)... L'idée est qu'une « bonne » gouvernance suppose (Cartier-Bresson, 2010, p. 115) :

- d'abord, que le rapport de l'État avec la société doit être moins hiérarchique, autoritaire ou paternaliste (reconnaissance de la primauté de la liberté individuelle).
- ensuite, que les décisions de politique publique doivent être le fruit d'une négociation impliquant toutes les parties prenantes, grâce à l'échange d'information dans des réseaux de politiques publiques.
- enfin, que les processus décisionnels sont transparents, et les pouvoirs publics responsables de leur choix et de l'application des décisions.

Cette conception de la Banque mondiale de ce qu'est la bonne gouvernance[236], construite à partir d'un patchwork qui emprunte des bribes à la nouvelle économie politique (NEP) et à la nouvelle économie institutionnelle (NEI) (Cartier-Bresson, 2000), donne des nouveaux rôles à l'État et fera évoluer les institutions internationales (*cf.* section 1). Avec la nouvelle approche de la gouvernance, marché et démocratie vont ensemble pour la grande satisfaction des penseurs institutionnalistes (North, Coase, Williamson). Ces partenariats sont considérés comme contribuant à révéler l'information sur les besoins (essentielle à une bonne conception des politiques), à légitimer les politiques (important pour une bonne mise en œuvre), à construire le meilleur mode de production des biens collectifs[237] (efficacité productive). Avec cette nouvelle conception de la gouvernance, nous allons assister à l'émergence et au développement des PPP (*cf.* section 1). Dans le domaine la santé, des organisations traditionnelles, comme l'OMS, invitent des acteurs privés (entreprises, ONG) à participer à l'élaboration de leurs politiques d'aide. Ces partenariats sont considérés comme un moyen pour coordonner le travail des donateurs et améliorer aussi bien l'aide au projet que l'aide budgétaire à travers la combinaison des avantages que procurent chacune des modalités. Les PPP sont présentés aussi comme le passage d'une confrontation « futile » (notamment entre activiste des ONG et industries pharmaceutique) à la coopération « utile ». Cependant, les objectifs affirmés ne sont pas les raisons pour lesquelles les acteurs privés investissent le champ du développement. Cette thèse est illustrée par l'entretien que nous avons conduit avec François Bompart (voir extrait en encadré

[236] Dans son évaluation de la bonne gouvernance, la Banque utilise les critères suivants qu'elle présente comme des principes (Castillo, 2006) : Responsabilité, efficacité et participation. L'OCDE, autre acteur majeur de l'aide, recourt à la responsabilité, l'efficacité et l'ouverture. Les principes de participation et d'ouverture renvoient au fait qu'il revient ultimement aux citoyens de déterminer les directions dans lesquelles ils souhaitent s'engager collectivement. Cela requiert donc la création de nouveaux espaces publics de délibération à côté des instances de la démocratie représentative.

[237] Les acteurs discutent pour sélectionner le meilleur moyen.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

13 ci-dessous). Un tel positionnement des acteurs fait des PPP un véritable lieu politique (figure 8).

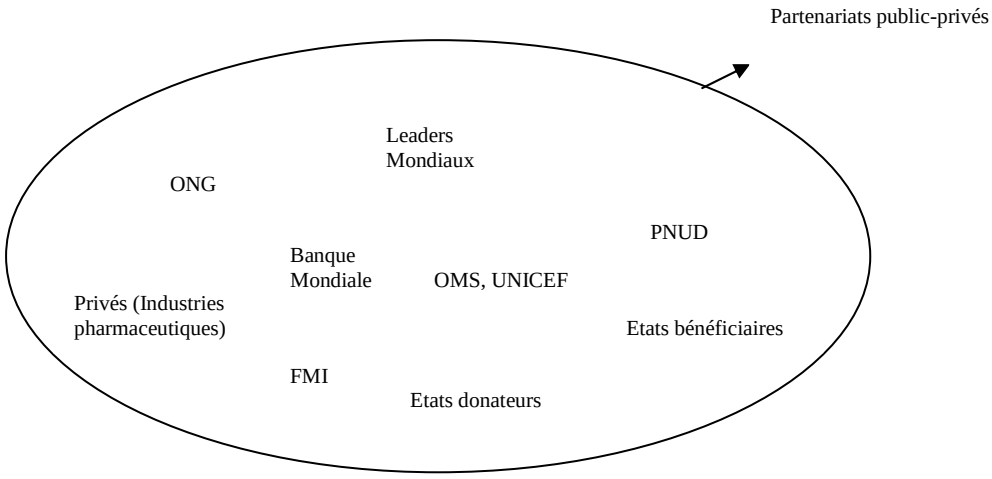
Encadré 13 : Les motivations de l'industrie pharmaceutique

Selon François Bompar, directeur adjoint aux affaires médicales de Sanofi-Aventis, les partenariats sont comme « un réseau diplomatique » pour son entreprise. Parlant de leur présence dans *Roll Back Malaria* (RBM), il indique : « *on est un peu là en tant que réseau diplomatique, c'est-à-dire nous, on est là dans une initiative qui donne accès à l'administration Obama, qui donne accès à la fondation Gates, qui donne accès à l'ambassadeur Debré, Hawa Koll Sek. […]. Tout ça pour vous dire que les États* **(comme les entreprises peut être)**[238] *ont des objectifs d'influence à l'extérieur qui passent parfois par les armes, parfois par le commerce et parfois par des initiatives comme celle-là* ».

Source : Présentation de l'auteur

La figure 8 ci-dessous résume notre analyse sur la composition du lieu politique de l'aide à la santé dans les années 2000.

Figure 8 : Les partenariats public-privés



Source : Présentation de l'auteur

Cet agenda comporte cependant des limites, notamment en matière de faisabilité, que nous mettons en exergue dans ce qui suit.

Selon Cartier-Bresson (2000, p. 174-175), la Banque mondiale va construire son agenda de la gouvernance en empruntant à la NEP et à la NEI des conclusions sorties de leurs contextes, de leurs hypothèses. Elle va retenir :

[238] Termes entre parenthèses ajoutés par l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- de la NEP, les constats sur les blocages politiques des réformes et la nécessité de réduire les rentes pour limiter la corruption, en rejetant l'idée d'un État autonome.
- de la NEI, l'idée de la gouvernance comme redéploiement de l'État vers des missions de facilitateur des négociations privées, en rejetant l'idée de mener une analyse comparative des diverses formes de coordinations et de leur efficacité relative.

Devant l'impossibilité de donner une définition claire du politique, de sa rationalité et de sa capacité à se coordonner de façon non hiérarchique (Cartier-Bresson, 2000), les institutions internationales, la Banque mondiale notamment, considèrent que seule la négociation entre tous les acteurs permettra d'aboutir au meilleur mode de coordination, c'est-à-dire le plus efficace (efficacité allocative et productive). Le problème est que cette approche apparaît comme un fonctionnalisme a-historique (Bardham, 1989). Elle ne prend pas en compte le rapport de force à l'origine des droits de propriété et des institutions et fait ainsi abstraction de l'historicité des faits économiques, des rapports de pouvoir, de violence ou de domination. Le processus de sélection est le même que celui du marché. À la place de la « main invisible » qui garantie l'efficacité du marché, émerge l'idée d'une « gestion (ou délibération) axée sur les résultats ».[239] La concurrence entre les groupes de pression, leur mobilisation pour influencer la redistribution, leur façon de faire évoluer les institutions sont sous-estimés.[240] De plus, les points clés constitutifs de cet agenda de gouvernance sont controversés[241].

Mais le problème ne se limite pas à l'analyse hypothétique du fonctionnement des institutions sur laquelle repose l'agenda de la Banque mondiale ou la contestation de ces arguments constitutifs. L'issue « optimale » est une issue inaccessible au regard des contraintes qui pèsent sur les négociations. En effet, les compromis politiques de l'agenda (droits de propriété, lutte contre la pauvreté, participation de tous acteurs) ont des caractéristiques qui ne

[239] C'est cette délibération axée sur les résultats qui est sensée garantir l'efficacité des partenariats et de tout mécanisme de coordination.
[240] Pourtant l'Etat (le politique) et le marché (l'économique) sont fortement marqués par l'histoire, donc diffèrent selon les sociétés.
[241] L'affirmation par la Banque mondiale de la nécessité de la décentralisation a été critiquée par Bardham (2004), Platteau (2004) et par Treisman (2000). L'affirmation selon laquelle l'ouverture commerciale est efficace a été contestée par Kahn (2004). La thèse de la Banque mondiale que la gouvernance a un effet bénéfique à court terme sur la croissance a été aussi critiquée par Wacziarg (2002) et Pritchett (2006). La croyance en l'existence d'un modèle de gouvernance universel efficace en tout lieu a été critiquée par Cartier-Bresson (2010). Sur le plan méthodologique l'indicateur utilisé (*Country Political Institutional Assessment* -CPIA-) pour mesurer la « bonne gouvernance» est une note composite pour un pays qui donne une image à un instant donné de ses performances par rapport à un modèle préétabli valable pour tous. La mesure est essentiellement statique et ne prend pas en compte le contexte de départ de chacun.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

semblent pas faciliter la mise en œuvre des principes de gouvernance : de nombreux acteurs qui négocient et se concertent sans grande difficulté puisqu'aucun n'est *a priori* plus légitime que l'autre. Il faut savoir que les difficultés de concertation dans l'optique de sélectionner le meilleur mode de production d'un bien augmentent au fur à mesure que s'accroit l'hétérogénéité des acteurs participant à la délibération en termes d'image politique. L'approche de la Banque mondiale, qui présente la santé comme un bien public, autorise une participation de tous les acteurs, chacun apportant son expertise. Rappelons que c'est le moyen que la Banque mondiale a proposé pour s'assurer que le mode de coordination ou de production est le plus efficace. Cette démarche n'aboutit à l'issue souhaitée que si tous les acteurs considèrent la santé comme un bien public et s'il existe un consensus sur ce que recouvre cette notion. Donc, elle ne fonctionne que si elle exclut les autres, c'est-à-dire ceux qui considèrent que la santé n'est pas ou pas seulement un bien public[242]. **Une homogénéité de vue, contraire à la réalité et à la démocratie tant promue, est une des conditions de l'opérationnalisation de l'agenda de la gouvernance**. Nous avons montré dans les chapitres 3 et 4 qu'une approche qui présenterait la santé comme un droit ou un facteur de développement donnerait, par exemple, une primauté à l'État.

2.2. Les partenariats public-privés dans le domaine de la santé : quelle réalité ?

Vers la fin des années 1990, nous avons assisté à l'émergence et à la multiplication des partenariats entre acteurs (Ndour, 2006) agissant dans les mêmes domaines ou ayant des objectifs plus ou moins proches (tableau 3). La santé est le secteur par excellence de ces PPP, où ils sont particulièrement florissants. Caines (2005) estime qu'il existe entre 75 et 100 PPP pour la santé dans le monde. L'écart d'estimation s'explique par la diversité des définitions. Une définition large inclurait toute forme de coopération (informelle et formelle) entre le secteur public (gouvernements, organisations internationales) et les acteurs privés (ONG, fondations, entreprises). Pour illustrer ces variations, remarquons que si l'on se fonde sur un critère de décision collective des acteurs publics et privés, une évaluation identifie seulement 23 initiatives dans le secteur de la santé mondiale comme étant des PPP (Buse et Harmer, 2007).

[242] On retrouve ici un des enseignements de la théorie des clubs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 3 : Les PPP et les autres mécanismes de coordination

Les partenariats public-privés					**Les autres mécanismes de coordination**
	PPP dont l'objectif est le développement de produits[243] *(1)*	*PPP visant le développement de produits destinés à améliorer l'accès*[244] *(2)*	*PPP visant le renforcement des systèmes de santé (3)*	*PPP de Coordination globale et financière*[245] *(4)*	*Plans nationaux de santé ; Documents de stratégie de réduction de la pauvreté ; conventions internationales Health partnership … (5)*
Exemple	Medecine for Malaria Venture (MMV) ou médicaments contre le Paludisme, lancé en 1999.	Initiative Accelerating Access Initative, lancée en 2000.	African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP), créé en 2000.	Roll Back Malaria (initiative pour faire reculer le paludisme), 1998[246].	
Partenaires	MSF ; Institut Pasteur ; Oxfam ; Ministère de la Santé (Malaisie) ; OMS/TDR et MSF ; PNUD ; UE (INCO DEV)[247] ; Sanofi-Aventis ; ….	Onusida ; OMS ; Unicef ; FNUAP ; Banque mondiale ; GlaxoSmithKline ; Bristol-Myers Squibb ; Roche ; Merck ;…	Gouvernement du Botswana ; Fondation Merck & Cie ; Fondation Bill & Melinda Gates.	Pays donateurs de l'OCDE ; Pays endémiques ; Institutions multilatérales-UNICEF, OMS, Banque mondiale, PNUD-; Organisations non-gouvernementales ; Secteur privé ; Universités ; Fondations	État ; Parlement ; Collectivités locales ; ONG ; Associations de malades ; Communautés Villageoises ; Partenaires de développement ; Professionnels de du secteur santé (secteurs public et privé).
Modes de délibération : processus participatif	Processus participatif des prises de décisions (concertation, négociation, recherche de consensus).	Processus participatif des prises de décisions (concertation, négociation, recherche de consensus).	Processus participatif des prises de décisions (concertation, négociation, recherche de consensus).	Processus participatif des prises de décisions (concertation, négociation, recherche de consensus).	Processus participatif d'élaboration (consultations entre acteurs gouvernementaux, collectivités locales, société civile, parlement et partenaires au développement).

Source : Complété par l'auteur d'après une typologie de Ndour (2006).

Dans ce qui suit nous revenons sur la façon dont les PPP ont transformé le régime de coopération internationale et sur l'importance de la délibération participative au sein de ces partenariats.

[243] Selon Ndour (2006, p. 31), l'Initiative pour le partenariat public-privé pour la santé (IPPPH) a recensé 34 de ce type.
[244] Selon Ndour (2006, p. 32), 27 PPP de ce type ont été recensés.
[245] Selon Ndour (2006, p. 33), 12 PPP de ce type ont été recensés.
[246] Nous étudierons cette organisation dans le chapitre 8.
[247] Programme de coopération internationale de l'UE.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.2.1. Les PPP : Les caractéristiques d'une nouvelle approche de coopération internationale

Aujourd'hui, il est admis que « *l'expression - partenariat public-privé- désigne […] aussi bien un certain modèle de politique de développement que des initiatives et des interactions sur le plan pratique, de nature financière, décisionnelle ou opérationnelle. Elle englobe des activités traditionnelles telles que le sponsoring de projets et d'institutions par des entreprises et des fondations privées et les négociations de prix, mais aussi l'externalisation de services publics comme l'approvisionnement en eau et les services de santé* » (Richter, 2005, p. 193). En somme, l'expression partenariat public-privé renvoie aussi bien à des formes d'organisation qu'à une vision du mode de développement. Le tableau 3 ci-dessus montre quatre éléments essentiels pour notre analyse. **Premièrement, les PPP, comme les autres mécanismes de coordination, sont des véritables partenariats multi-acteurs**. Ils rassemblent des États, des organisations non gouvernementales, des fondations, des entreprises, des agences bi/multilatérales, des organisations intergouvernementales, des associations. **Deuxièmement, ces différents acteurs se rassemblent autour de thèmes, d'objectifs communs.** Le thème semble être l'élément structurant de ces PPP. L'approche semble avoir été de réunir ensemble les acteurs agissant dans le même domaine. La diversité des représentations sociopolitiques (images politiques) liée au fait que l'on réunit des acteurs ayant des valeurs différentes n'est pas considérée comme problématique. **Troisièmement, la méthode de délibération au sein des PPP semble être une approche participative[248] reposant sur la concertation entre des acteurs supposés égaux**. Cette approche est aussi devenue celle des États. **Quatrièmement, notre analyse porte sur les PPP des colonnes 3 et 4 et sur les mécanismes de coordination des colonnes 5.** Il s'agit donc des PPP qui visent le renforcement des systèmes de santé, la coordination financière et les autres mécanismes de coordination (plans nationaux de santé, document de stratégie de réduction de la pauvreté…). Les partenariats de nature technique (colonne 1 et 2) sont exclus puisqu'ils ne laissent pas une grande place aux représentations sociopolitiques.

Malgré les polémiques sur la définition et le nombre des PPP, l'impact de ces derniers va au-delà de leur importance numérique.

[248] Selon Cling, Razafindrakoto et Roubaud (2003, p. 173)**,** la Banque mondiale fournit la définition suivante de la participation : « *la participation est un processus à travers lequel les agents influencent et partagent le contrôle sur la fixation des priorités, la définition des politiques, l'allocation des ressources et l'accès aux biens et services publics. Il n'existe pas de guide de la participation parce qu'elle s'inscrit dans différents contextes, différents projets et différents objectifs* ».

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.2.2. L'importance de la démarche participative et contractuelle

L'impact majeur des PPP résident dans la popularisation des démarches participatives. C'est elle qui permet de garantir, sur le plan théorique, qui PPP pourront dépasser les divergences d'intérêts et de valeurs. Il convient donc de caractériser la délibération participative pour ensuite en montrer les limites.

Quelle que soit la définition retenue, les PPP divisent les spécialistes de l'aide publique au développement en général et ceux de la santé en particulier. Les partisans des partenariats public-privés comme les institutions de Bretton Woods (ceux qui sont en faveur de l'inclusion des acteurs privés), considèrent que ces PPP permettent un renforcement de la qualité de la gouvernance des systèmes de santé et leur capacité à faire face aux problèmes de santé grâce aux nouvelles possibilités de participation qu'ils offrent (Tesner et Kell, 2000 ; Nelson, 2002 ; Ruggie 2002). Cependant, d'autres suspectent les PPP de déterminer l'ordre du jour des institutions internationales, de viser une « *institutional capture* » (Ulbert, 2008, p.1) qui contribue à la commercialisation de biens publics mondiaux et, partant, de compromettre le bien-être public (Richter, 2003a, 2003b ; Utting, 2000, 2002 ; Zammit, 2003). Le secteur privé occupant une place de plus en plus grande par le biais des PPP, les normes et les programmes pourraient ainsi refléter surtout les intérêts privés (Ndour, 2006). La crainte est que les valeurs de telles organisations dédiées à la protection des intérêts publics et à la sauvegarde d'un droit humain fondamental ne soient peu à peu reléguées au second plan au profit d'arbitrages guidés par des considérations commerciales (au lieu de l'être par les seuls objectifs de santé publique). Dans ce débat portant sur les PPP, Buse et Walt (2000b) soulignent que la question essentielle est de savoir si des objectifs communs permettent de transcender des valeurs et des mandats contradictoires. Dans l'incapacité de répondre à cette question, faute de recul historique, ces auteurs se contentent alors de conclure qu'il faut profiter de l'enthousiasme de l'époque. Ce débat entre spécialistes n'a pas, cependant, empêché l'approche participative des PPP en termes de délibération de devenir la règle au niveau international.

La démarche participative et contractuelle des PPP est de plus en plus utilisée pour élaborer les politiques de développement aussi bien au niveau local qu'au niveau international. L'idée est, à travers ces organisations, de faire participer « une société civile mondiale » aux prises de décisions les concernant et d'établir des partenariats pour obtenir le mode de

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

coordination le plus efficace dans la production des biens collectifs.[249] La colonne 5 du tableau montre en particulier que les plans nationaux de santé, les documents de stratégie de réduction de pauvreté, piliers majeurs de l'action publique, sont sensés désormais résulter d'une concertation qui met l'État et les acteurs privés au même niveau. L'approche Williamsonienne de la gouvernance (1979) qui fut adoptée par la Banque mondiale semble avoir conduit à une remise en cause de l'État providence (Cartier-Bresson, 2010). Cette approche, dans l'interprétation qu'en fait la Banque mondiale, considère qu'un État moderne est un État ne commandant plus du haut mais acceptant de négocier avec son environnement, un État qui délègue et qui coordonne un réseau d'acteurs en vue d'une meilleure efficacité. Il s'agit d'une démarche contractuelle qui place le débat de la performance des organisations sur le thème de l'efficacité des relations et non pas sur la nature des organisations. C'est cette conception de la gouvernance qui propagera l'idée selon laquelle des acteurs différents peuvent non seulement travailler ensemble, mais surtout s'entendre sur des modes de coordination dits optimaux. Cette croyance accorde une confiance à la rationalité économique qui voile des rationalités sociopolitiques les acteurs (images politiques).

La multiplication des PPP et l'influence de leur approche de délibération va remodeler le paysage sanitaire national et international. En effet au niveau national, l'élaboration des DSRP ou des plans nationaux de santé est censée s'appuyer sur des données quantitatives et qualitatives issues d'enquêtes, des consultations sectorielles et thématiques, des consultations participatives (implication des acteurs gouvernementaux, de la société civile, du parlement et des partenaires au développement) (tableau 3). Cette approche est supposée permettre une plus grande appropriation des politiques de développement, un réel diagnostic de la pauvreté, d'élaborer des politiques et stratégies sectorielles appropriés, de définir les actions prioritaires de développement à moyen et long terme ; et de prévoir les mécanismes de mise en œuvre et de suivi- évaluation de la stratégie.

L'évolution de l'environnement international va dans le même sens. Cette nouvelle approche va modifier l'architecture de l'aide publique traditionnellement dominée par les organisations intergouvernementales (OIG). Les organisations civiles et les organisations volontaires privées sont désormais systématiquement invitées à participer aux prises de décision

[249] Le pendant de cette approche est qu'aucun acteur (Etat, marché, Organisations civiles) n'est *a priori* plus légitime que l'autre. Elle est parfaitement cohérente avec l'assimilation de la santé comme bien public mondial. Pour plus de développement, voir le chapitre 3 de la première partie.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

durant les sommets et assemblées internationaux. Ces organisations jouent deux rôles. Premièrement, il s'agit de faire participer la société civile mondiale qui serait représentée par ces organisations. Deuxièmement, il s'agit d'établir des partenariats pour obtenir le mode de coordination le plus efficace dans la production des biens collectifs. L'idée est qu'aucun acteur (État, marché, Organisations civiles) n'est *a priori* plus légitime qu'un autre.[250] Cette approche donne à la santé une place croissante dans la politique internationale avec des aspects de politiques globales de santé, mêlant des acteurs étatiques et infra-étatiques comme les ONG, la « société civile », les fondations privées ou les entreprises transnationales (Dixneuf, 2003a). Aujourd'hui, ces acteurs très hétérogènes conduisent des politiques internationales de santé et redéfinissent, par là même, l'architecture de la gouvernance mondiale de la santé. L'une des nouveautés dans cette évolution est la participation d'acteurs privés comme les fondations privées et les firmes pharmaceutiques, qui investissent le champ d'action du «capitalisme social», dans les délibérations internationales. Ces acteurs se réinventent de nouveaux espaces de légitimation en s'impliquant dans des préoccupations publiques qui ne sont pas prises en charges sur le plan politique (Ndour, 2006). La participation de firmes pharmaceutiques multinationales aux politiques publiques pour améliorer l'état de santé dans les PED peut être interprétée comme une réaction à l'émergence d'une société de « parties prenantes », celle de *« nouveaux pouvoirs émanant de groupes économiques ou non, qui demandent aux entreprises de prendre en considération les effets que leurs actions ou leurs décisions provoquent sur elles ou sur l'ensemble de la société* » (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2004, p. 47). Cette participation s'effectue dans une optique de collaboration annoncée comme gagnant-gagnant entre des acteurs aux intérêts divergents. Les PPP se distingueraient par leur aptitude à rassembler des gens et des institutions d'horizons divers et à profiter de la force des « liens faibles » de la gouvernance mondiale (Wolfgang et *al.*, 2000).

Dans la section 1, nous avons ainsi montré, qu'à partir des années 2000, on assiste à la coexistence de plusieurs images politiques. Dans la section 2, nous avons mis en évidence l'élargissement du lieu politique de l'aide à la santé (une ouverture notamment aux acteurs privés) qui s'inscrit désormais dans une perspective de partenariat public-privé. Dans la section suivante (section 3), nous analysons l'impact de la pluralité des images politiques, qui résulte de l'élargissement du lieu politique de l'aide, en matière de mobilisation des ressources d'aide.

[250] Selon nous, cela ne génère aucun problème de cohérence puisque la santé est considérée par la Banque mondiale comme un bien public. Donc, elle n'est pas une prérogative naturelle de l'État.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3. L'impact de la pluralité des images politiques sur la mobilisation de l'aide

Dans cette section, nous montrons que pour aboutir à une mobilisation importante, il faut que la pluralité des images politiques s'accompagne d'un mode de délibération particulier (3.1.). Mais l'une des caractéristiques principales de cette délibération est de conduire à un type de décisions que nous qualifions d'ambigu (3.2.).

3.1. Une diversité mobilisatrice…

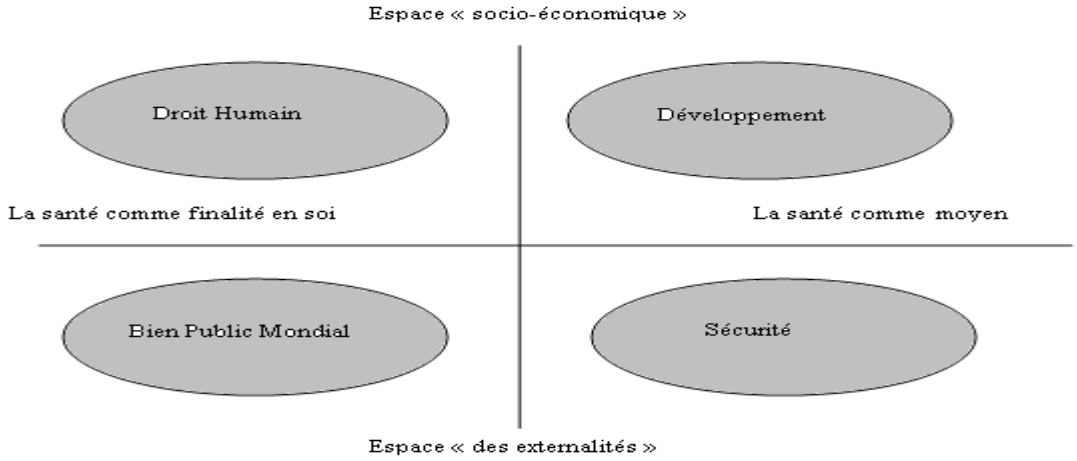
3.1.1. L'acception de la pluralité des images politiques

Nous avons montré dans les sections précédentes que les années 2000 se distinguent des décennies précédentes par la pluralité des images politiques qui portent les actions dans le domaine de la santé. Il s'agit essentiellement, telles que nous les avons qualifiées, **de l'approche par les droits humains, par les biens publics, par le développement et enfin par la sécurité (figure 9)**. Bien que ces différents discours considèrent tous la santé comme un élément important de l'action internationale, le statut que chacun attribue à la santé varie selon les objectifs fixés. **Dans l'approche par la sécurité, tout comme dans celle du développement, la santé reste en fin de compte un instrument (parmi d'autres) qui doit être subordonné à l'objectif primordial de sécurité ou de développement (figure 9).** On se situe donc dans un rôle fonctionnel de la santé dans les discours sur le développement où - contrairement aux discours sur les droits humains ou le débat sur les biens publics mondiaux, par exemple - la santé n'est pas considérée comme un objectif en soi mais comme un moyen pour atteindre d'autres objectifs. **Toutefois, ces deux approches instrumentales (sécurité et développement) divergent sur la façon dont il faut traiter les problèmes de santé (l'une met l'accent quasi-exclusivement sur l'éradication des maladies infectieuses alors que la deuxième intègre d'autres maladies)**. Les militants pour **une santé comme droit humain**, quant à eux, en **appellent à une reconnaissance de la santé comme un actif et un objectif en soi** et donc à l'élaboration de politiques fondées sur le respect d'un droit humain qui subordonnerait tous les autres objectifs.

Pour mobiliser, les acteurs combinent principalement les images politiques représentées dans la figure 9 ci-dessous.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Figure 9 : La diversité des images politiques de la santé et les stratégies possibles



Source : Présentation de l'auteur

Les appariements possibles, que nous avons qualifiés de stratégies, sont multiples. On peut combiner les quatre images politiques, pour obtenir une stratégie de mobilisation dont l'ambiguïté est maximale. On peut aussi recourir à une partie des images politiques, donc développer une stratégie dont l'ambiguïté est moindre. Parmi ces combinaisons moins ambigües, on peut citer la stratégie que nous qualifions de « socio-économique » (elle combine les approches en termes de droits humains et de développement) et la stratégie par les « externalités » (elle combine les approches en termes de sécurité et de bien public mondial) (*cf.* chap 4, section 3.). On peut aussi développer une stratégie « instrumentale » qui combinerait l'approche par le développement et l'approche par la sécurité. On peut également combiner l'approche par la sécurité et l'approche par les droits humains pour construire une stratégie en termes de sécurité humaine (*cf.* Encadré 14). Avec les différentes combinaisons de la figure 9, nous avons quinze stratégies possibles. Nous verrons cependant dans le chapitre 6 que les stratégies les plus utilisées sont, d'une part, la stratégie « socio-économique » dont le rôle s'est renforcé avec l'approche en termes de développement socialement durable, d'autre part, la stratégie sécuritaire. Nous illustrons dans l'encadré 14, à partir de la stratégie en termes de « sécurité humaine », le rôle de l'ambiguïté dans le repositionnement de l'OMS au centre de l'action sanitaire internationale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Encadré 14 : La stratégie en termes de sécurité humaine de l'OMS : ou comment s'adapter et s'ouvrir aux autres acteurs sans renoncer à sa propre image politique ?

Vers la fin des années 1980, l'OMS trouve de plus en plus difficilement les moyens de mettre en œuvre ses propres programmes, en raison de ses faibles ressources budgétaires. On reprochait à l'OMS de manquer de leadership efficace et de ne pas définir clairement ses priorités. La critique majeure portait sur l'immobilisme de l'OMS. Elle n'aurait pas fondamentalement fait évoluer sa stratégie (les soins de santé primaires) depuis Alma Ata (1978), alors que de plus en plus de programmes verticaux montraient leur efficacité (le programme d'éradication de la poliomyélite et celui de la dracunculose, le programme d'action pour l'élimination de la lèpre, le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest) (Beigbeder, 1999). L'OMS est ainsi sommée de sortir de l'approche globale, incarnée par les soins de santé primaires, d'effectuer des choix et d'établir des priorités pour l'action (Beigbeder, 1999 ; Guilbaud, 2007). C'est dans ce contexte que le Dr Gro Harlem Brundtland a été élue, en mai 1998, comme Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle s'attachera à faire évoluer l'OMS à travers l'acceptation des programmes verticaux et des partenariats multi-acteurs. Il faut noter que les autres institutions agissant dans le domaine de la santé (Banque mondiale, UNICEF) avaient déjà évolué sur ces points.

Cette évolution, demandée par les acteurs internationaux (la Banque mondiale, le G8,…) et les ONG, amènera l'OMS à inscrire sa stratégie dans une perspective de « sécurité humaine[251] ». Pour convaincre les sceptiques[252], on rappellera que les préoccupations de sécurité ont été aussi à la base de la création de l'OMS comme l'indique son préambule : « […] *La possession*[253] *du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* ***constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain****, […]. La santé de tous les peuples est une condition fondamentale* ***de la paix du monde et de la sécurité*** *; […].* ***L'inégalité des*** *divers pays en ce qui concerne* ***l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous****.*»

Cette approche en termes de sécurité humaine conduira l'OMS à définir quatre domaines prioritaires (Beigbeder, 1999, p.486) :

- l'OMS aidera à surveiller, faire reculer et, si possible, éradiquer les maladies transmissibles ;
- l'OMS aidera à combattre et à réduire le fardeau des maladies non transmissibles ;
- l'OMS aidera les pays à mettre en place des systèmes de santé ….;
- l'OMS fera entendre sa voix pour défendre la santé avec des arguments et des preuves solides et mieux plaider la cause auprès d'un groupe plus vaste de décideurs.

Ces nouvelles orientations de l'OMS montrent bien le rôle de l'ambigüité. L'approche horizontale avait été critiquée parce que trop large. Or on retrouve le même problème avec la stratégie actuelle élaborée à partir du concept de sécurité humaine. Les deux approches diffèrent essentiellement par le statut de priorité donné à la sécurité à travers la reconnaissance de la nécessité de lutter contre les maladies infectieuses. Dans le programme défini par l'OMS coexistent donc à la fois des approches verticales, rapidement opérationnelles, et des approches horizontales aux dimensions multiples qui compliquent la mise en œuvre. Ceci n'a été possible que grâce à l'aspect multidimensionnel de la sécurité humaine. L'importance de ce concept est de permettre l'acception, grâce à son imprécision, par tous les acteurs d'un programme global. C'est ce qui pousse Guilbaud (2007, p. 61) à souligner que « *l'enjeu pour l'OMS réside dans une utilisation appropriée du concept qui pourrait permettre d'établir une cohérence entre des approches sanitaires horizontales et verticales* ».

Avec le concept de sécurité humaine, l'OMS reconnaît que les acteurs (États, OIG, ONG, Entreprises) et les problèmes sont multiples (innovation, moyens financiers, expertise technique, appropriation locale, règlementation ….). D'où la nécessité de s'inscrire dans une logique partenariale afin de coordonner les actions et de profiter de l'expertise de tous les acteurs. Selon le Dr Brundtland, l'atteinte des objectifs de l'OMS dépendra de trois conditions fondamentales. « *En premier lieu, il faut forger des partenariats plus*

[251] Pour présentation détaillée de ce concept, voir Guilbaud (2007).

[252] Notamment son personnel qui reste attaché à l'approche dite horizontale qui avait donné naissance aux politiques de soins de santé primaires.

[253] Voir sur le site de l'OMS : http://apps.who.int/idhl-rils/results.cfm?language=french&type=ByVolume&intDigestVolume=55&strTopicCode=IF (visité le 22 juin 2011).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

forts avec les États membres. En deuxième lieu, une meilleure coopération avec les autres institutions des Nations Unies et en particulier I'ONUSIDA, avec les institutions financières internationales, avec les ONG et avec le secteur privé. En troisième lieu, l'action de I'OMS doit être appuyée sur des faits concrets et des statistiques fiables […] » (Beigbeder, 1999, p. 486)[254]. Ce concept a permis l'OMS de revenir au centre de l'action sanitaire internationale puisque Guilbaud (p. 64) soulignera en 2007 que « *la valeur ajoutée la plus significative d'une telle approche (*sécurité humaine*) pour l'OMS réside sans doute dans les possibilités de coordination avec d'autres organismes actifs dans le domaine de la santé, autorisant ainsi un repositionnement de l'OMS sur la scène internationale* ».

Source : Présentation de l'auteur

3.1.2. Le rôle stratégique des images politiques dans la mobilisation

Cette section se propose de montrer le rôle stratégique des images politiques dans la mobilisation à partir des années 2000. Pour faire cette analyse, nous revenons sur le contenu de ce que nous appelons « l'espace socio-économique » et « l'espace des externalités ».

➢ La stratégie « socio-économique »

Le développement socialement durable tel qu'il est mis en avant dans les pays en développement synthétise deux préoccupations majeures : celle qui renvoie au respect des droits sociaux humains et celle du développement. Ces deux préoccupations, dont certains éléments ont déjà été présentés dans le chapitre 5 de la troisième partie, sont celles de la stratégie socio-économique. Comme nous l'avons souligné ci-dessus, le développement durable engage la communauté internationale dans un combat « intelligent[255] » de lutte contre la pauvreté. Un des concepts majeurs du développement durable est le « besoin ». Plus particulièrement, il s'agit des besoins essentiels des plus démunis auxquels il convient de donner un statut de priorité internationale. En effet, pour les promoteurs du DSD, devenu un des paradigmes majeurs de l'action internationale, la lutte contre la pauvreté devrait concerner non seulement la pauvreté absolue mais aussi la pauvreté relative. Cette lutte devant être menée suivant deux principes majeurs : la réduction des inégalités et une croissance économique répondant aux conditions de développement soutenable. En d'autres termes, il s'agit d'une croissance qui tient compte de l'aspect humain dans toutes ses dimensions (économique, sociale, éthique, etc.). Elle devrait

[254] C'est ainsi qu'en 1998 le Dr Brundtland lance le partenariat « Faire reculer le paludisme » : « *je propose qu'ensemble nous fassions reculer le paludisme. Non pas sous la forme d'une approche verticale renouvelée, mais en développant une nouvelle approche élargie du secteur sanitaire afin de combattre la maladie aux niveaux mondial, local […]. Je vais convier un grand nombre de parties à nous rejoindre dans cette initiative, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'industrie, les fondations et tous ceux qui ont une contribution à faire* » (cité par Guilbaud, 2007, p. 63). Nous étudierons dans le chapitre 8 cette organisation partenariale.

[255] En ce sens que cette notion, dans son acception opérationnelle, cherche à concilier des objectifs qui étaient présentés jusqu'alors comme opposés, voire incompatibles (développement et protection de l'environnement ; croissance et réduction des inégalités…).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

permettre de réduire les déséquilibres dans l'espace (intra générationnel et en particulier entre les pays du Nord et ceux du Sud) et dans le temps (intergénérationnel). En outre, les travaux sur le capital humain et le capital social ont insisté sur le fait que le transfert du capital aux générations futures ne se restreint plus au capital physique, financier ou naturel mais aussi au capital social et humain (Ballet et *al*., 2004).

La dimension stratégique du développement socialement durable pour les promoteurs de l'aide apparaît d'avantage si on se souvient que le développement durable est apparu à un moment[256] où l'aide au développement est questionnée et son efficacité discutée. Comme pour redonner un nouveau souffle à l'aide, le développement durable sera utilisé pour montrer qu'au-delà des débats doctrinaux, le développement économique peut être défini comme un processus endogène et cumulatif de long terme de progrès de la productivité et de réduction des inégalités, en intégrant des coûts humains et environnementaux acceptables. Son atout majeur étant de concilier équité et efficacité.

Au final, nous avons assisté à une évolution qui essaye de tenir de plus en plus compte de la complexité de la situation. D'où la multiplication des nuances et la baisse du radicalisme dans le discours. **Mais, si cette stratégie met en avant la responsabilité des donateurs dans l'analyse de la situation des PED, elle ne met pas suffisamment en exergue les intérêts, voire des préoccupations qu'on peut qualifier d'égoïstes, des pays riches.** C'est cet aspect de la stratégie de mobilisation que nous allons traiter dans ce qui suit en revenant sur le rôle de la sécurité dans la mobilisation.

- **La stratégie en termes d'externalités**

Cette stratégie de légitimation pour mobiliser les donateurs a gagné en importance principalement à partir de la deuxième moitié des années 1990.[257]

Aujourd'hui, avec le recul dont on dispose sur l'évolution de la question du Sida, il est difficile de croire que les pays riches et leurs agences de développement, ainsi que les institutions de Breton Woods n'ont pas été informés de la gravité de l'épidémie. Le 27 octobre 1986, un article du *Times* de Londres affirme : « *une épidémie de Sida catastrophique s'étend à toute*

[256] Le début des années 1990.
[257] Plus exactement, les questions de sécurité sanitaire se posaient moins durant la guerre froide.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'Afrique… La maladie a déjà infecté plusieurs millions d'africains, entrainant des graves crises sanitaires dans plus de vingt pays … '' le Sida est devenu une menace pour tous les africains ; la prévention et le contrôle de la maladie doivent devenir une priorité pour tous les pays Africains'' constate un rapport publié dans un journal scientifique américain renommé » (cité par Easterly 2009, p. 299). Le premier rapport de la Banque mondiale sur le Sida, qui date de 1988, souligne un peu plus l'urgence de la crise et note *« un environnement hautement propice à la propagation du VIH* » dans les pays africains. Il affirme aussi que l'épidémie est loin d'avoir atteint son plus haut niveau et que « *l'épidémie de Sida en Afrique est une urgence pour laquelle les mesures appropriées doivent être prises sans attendre*» (Banque mondiale, 1988).

Mais, malgré ces mises en garde, la mobilisation n'a pas été importante au regard des sommets et des engagements financiers : pour l'année fiscale 1988/1989, la Banque mondiale s'est contentée d'accorder un million de dollars à l'OMS pour la lutte contre le Sida. Avant 1993, la Banque mondiale n'a financé qu'un seul projet de lutte contre le Sida : un prêt de huit de millions de dollars accordé en 1988 au Zaïre (actuelle République Démocratique de Congo) sous le président Mobutu. Entre 1988 et 1999, elle n'a dépensé que quinze millions de dollars pour l'ensemble des projets de lutte contre le Sida en Afrique. En réalité, jusqu'à la fin des années 1990, la communauté internationale et la Banque mondiale, bras financier de cette communauté, n'ont entrepris que des actions limitées pour empêcher la propagation du Sida.

Au tournant des années 2000, les problèmes de santé comme ceux du Sida vont voir l'attention qui leur est accordée augmenter avec leur transformation en une question de sécurité internationale dépassant les frontières africaines, donc la redéfinition du problème en BPM. Cette transformation va en effet créer une mobilisation plus importante autour du Sida et de la santé en général.

A partir de cette période, le discours change. Le Sida est de plus en plus perçu comme une situation d'urgence mondiale et une menace grave à la sécurité humaine, qui représente un obstacle considérable au développement, au progrès, à la stabilité et à la sécurité des sociétés et du monde entier, et de ce fait, nécessite une intervention globale et internationale.[258] Des éléments déjà soulignés (Chap. 5, section 1.1.) illustrent bien le changement dans la façon de

[258] L'augmentation importante du nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique, en Europe de l'Est, en Asie centrale et en Asie de l'Est a contribué à ce changement de cap quinze ans après l'apparition de la maladie en Afrique.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

voir le Sida de la part des populations et des acteurs politiques aussi bien au Nord qu'au Sud. Cette stratégie, qui accorde une place centrale aux intérêts des pays riches, vient compléter la stratégie socio-économique. **Elle est très souvent qualifiée de « stratégie sécuritaire ».** Celle-ci va changer la donne en termes de niveau de mobilisation.

Le risque sanitaire va être utilisé par les acteurs de développement pour mobiliser autour de l'aide à la santé. Pour mobiliser les donateurs, ces acteurs arguent du fait que la planète constituerait une communauté de destin face aux épidémies. Aux sommets réunissant les États, au plus haut niveau (conseil de sécurité), aux activismes des ONG, la décennie a été dominée par des campagnes internationales en faveur de l'accès aux médicaments dans les pays du Sud[259] et par des discussions, au niveau étatique, sur la base de documents qui s'intéressent au **VIH ou aux autres maladies infectieuses en tant qu'enjeu global de sécurité** (voir Gordon, 2000 et 2002 ; les différents communiqués du G8 depuis 1998 ; les communiqués du conseil de sécurité de l'ONU de 2000…). Ce lobbying va déboucher sur une évolution du régime de l'aide au tournant des années 2000 avec la création de nouvelles institutions comme le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose et l'accroissement sans précédent de l'aide[260].

3.1.3. Une mobilisation réussie

En termes de mobilisation, nous pouvons dire que ni la vision technico-médicale des années 1960, ni le concept des droits humains des années 1970, ni la notion de bien public (par opposition au service public) des années 1980 n'ont permis une mobilisation de la taille de celle qu'on connaît aujourd'hui. Une seule vision, aussi attrayante soit-elle, ne semble pas permettre une mobilisation importante. **La conjugaison de plusieurs images politiques, permise par les PPP, semble au contraire être plus déterminante en matière de mobilisation des acteurs autour de l'aide.** Pour aller un peu plus dans le détail, prenons par exemple la période correspondant aux années 1980-1990. Cette période n'a pas été une période marquée par une très

[259] Campagnes portées par les ONG.

[260] Ces stratégies mobilisées simultanément appellent toutes à plus de ressources pour la santé pour des raisons différentes : plus de développement socialement durable (DSD) et plus de sécurité. Ces deux stratégies de mobilisations sont donc différentes quant à la place qu'elles donnent à la santé des pauvres dans les PED et partagent seulement l'appel à une augmentation de l'aide publique à la santé. Il faut noter qu'un DSD exige une satisfaction des besoins de base de façon équitable et intégrale alors que l'approche sécuritaire n'exige pas cela pour être efficace. Le fait que les deux évolutions puissent conduire au même résultat en termes de flux d'aide nous amène à commenter leur complémentarité. L'approche sécuritaire peut être un gage de mobilisation importante des pays riches pouvant permettre aux acteurs de développement de mieux s'occuper de la santé des plus démunis dans les PED (en termes DSD).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

forte mobilisation autour de l'aide en général[261] et de la santé en particulier.[262] Au regard des discours qui fondaient la mobilisation, ceci n'est pas un résultat surprenant (*cf.* Tableau 4). La combinaison d'une lecture néolibérale, qui privilégie la responsabilité des PED dans l'explication de leur état de pauvreté, et d'une stratégie par les externalités qui limitait les externalités des maladies aux PED (notamment l'Afrique) au continent africain, ne pouvaient conduire à une forte mobilisation. Les mauvais résultats dans le domaine de la santé sont attribués aux dysfonctionnements des États, tandis que les effets envisagés du Sida, maladie infectieuse emblématique de la période, se limitent aux PED (au continent africain en particulier). Or, au tournant des années 2000, l'espace des raisons pour lesquelles il faut agir dans le domaine de la santé est élargi (*cf.* Tableau 4). Plus exactement, on a vu s'imposer les objectifs du millénaire et la question des externalités mondiales des maladies. Cela a eu pour corollaire l'élaboration de grandes coalitions d'acteurs variés allant des États aux entreprises et une réunion des fonds jamais égalée. En 2003, par exemple, les États-Unis ont élaboré un plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Cet engagement est le plus important jamais pris par un seul pays en faveur d'une initiative internationale pour la santé. Plus de 18 milliards de dollars américains sont engagés pour une période de cinq ans dans le cadre d'une approche polyvalente de lutte contre le VIH/sida dans le monde. À titre de comparaison, la totalité de l'engagement annuel des donateurs ne dépassait pas, en moyenne, 6 milliards de dollars dans les années 1980 et 1990. Il était par exemple de 4 milliards en 1995 si l'on se fie à la base de données de l'OCDE. **Le tableau 4 ci-dessous récapitule les liens ambiguïté et niveau de mobilisation.**

Tableau 4 : Ambiguïté et mobilisation

Années	Stratégie socio-économique	Stratégie fondée sur les externalités	Causes de la pauvreté	Caractéristique de la stratégie	Mobilisation (volume d'aide)
1960	Efficacité	-	Situationnelles	Précise	Faible
1970	Droits humains	-	Situationnelles	Précise	Moyenne
1980-1990	BP[263] et développement	Externalités localisés	Dispositionnelles	Peu ambigüe	Moyenne
2000 et +	BPM, Droits humains, développement	Externalités internationales ou mondiales	Dispositionnelles/ situationnelles	Ambigüe	Importante

Source : Présentation de l'auteur

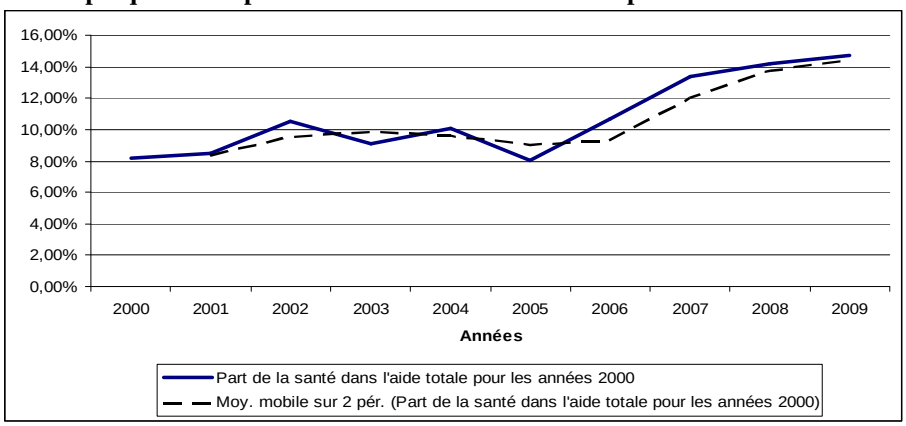
[261] On a même parlé de « fatigue » de l'aide.
[262] Notons cependant que les ressources étaient plus importantes dans les années 1980 par rapport aux années 1990.
[263] BP= Bien public par opposition à service public.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le tableau ci-dessus se lit comme suit. Dans les années 1960, la stratégie privilégiée était celle de « l'efficacité ». Elle se base sur des causes de la pauvreté considérées comme « situationnelles ». En raison de sa nature « précise », cette stratégie conduira à une mobilisation considérée comme « faible » par les acteurs de l'aide. Dans les années 2000, la stratégie privilégiée réunissait plusieurs images politiques que sont : « la santé comme bien public mondial, levier de développement et un droit humain ». Cette stratégie à plusieurs images politiques se base sur des causes de la pauvreté considérées comme étant à la fois « situationnelles/dispositionnelles ». En raison de sa nature « ambigüe », cette stratégie conduira à une mobilisation considérée comme « importante » par les acteurs de l'aide.

Ici, on peut donc noter (graphique 8) l'efficacité en termes de mobilisation de la combinaison de plusieurs « images politiques » à la différence des périodes précédentes caractérisées à chaque fois par une seule image politique dominante. Pour la première fois dans l'histoire de l'aide, la part de la santé dans le total de l'aide octroyée par les pays membres du CAD a atteint 14%. L'aide à la santé en volume venant des pays membres du CAD va suivre cette tendance. Cette évolution fera l'objet d'une présentation détaillée dans le chapitre 6, c'est pourquoi elle n'est pas analysée dans cette section. Notons toutefois que l'aide à la santé en provenance des membres du CAD est passée de 1,5 milliards en 2000 à 4, 5 milliards en 2006.

Graphique 8 : La part de la santé dans l'aide totale pour les années 2000.



Sources : Présentation de l'auteur d'après des données tirées de la base de données de l'OCDE

De ce constat, nous pouvons tirer deux enseignements. Le premier est qu'en donnant un sens nouveau à leurs actions, les initiateurs des politiques ont réussi à surmonter les échecs. C'est là, d'ailleurs, l'origine des erreurs que commettent ceux qui

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

prédisent la fin de l'aide en raison de ses difficultés (voire ses échecs) ou ceux qui soutiennent que l'on fait toujours la même chose[264]. En effet, comme l'enseigne la théorie néo-institutionnelle sociologique qui se situe dans une appréhension cognitive de la légitimité (Hannan et Carroll, 1995) et dans le paradigme interprétatif (Scott, 1987), une place importante doit être donnée à la production de sens dans une réalité souvent sombre et équivoque (Fligstein, 1998). **Le deuxième enseignement est que la stratégie ambigüe, utilisée dans les délibérations, apparaît comme un instrument efficace de mobilisation**.

Dans la sous-section suivante, nous montrons comment cette stratégie ambigüe est construite en revenant sur les mécanismes de délibération mobilisés au sein des lieux politiques de l'aide à la santé.

3.2. Une mobilisation de l'aide permise par un mécanisme de délibération adapté

Dans ce qui suit, nous voulons, dans une première sous-section (3.2.1.), analyser la façon dont les décisions sont prises dans le but **de montrer le rôle de l'ambiguïté dans la mobilisation** autour d'un projet et plus largement autour de la santé. Dans une seconde sous-section (3.2.2), nous illustrons par plusieurs exemples le caractère ambigu (ou général) des objectifs dans les discours.

3.2.1. L'ambiguïté : un instrument de délibération

L'objet de cette sous-section est d'indiquer et de caractériser la stratégie utilisée pour amener des acteurs ayant a priori des vues et intérêts différents et parfois antagonistes à travailler ensemble, à pouvoir décider au niveau international et à pouvoir agir. Cela renvoie donc au cadre théorique présentant les interactions entre acteurs variés (*cf.* Chap. 1). Nous utilisons la typologie de March et *al.* (1991) sur les décisions et les mises en œuvre pour montrer que c'est l'ambiguïté qui est l'outil central de délibération.

[264] Easterly reproche, par exemple, à Sachs de reprendre les mêmes politiques d'aide que celles des années 1960. Parlant de l'ouvrage *The End of Povery* de J. Sachs qui réclame un doublement de l'aide au développement, Eaterly (2009) souligne : « *les théories relatives à l'aide massive, qu'elle date d'hier ou d'aujourd'hui, ont déjà été mises à l'épreuve* […] » (p. 63). Il ajoute que « *Jeffrey Sachs et d'autres auteurs ont naguère prédit qu'une forte augmentation de l'aide servirait à financer « un renforcement notable » des investissements publics et à créer une « relance rapide » de la productivité globale de l'Afrique urbaine et rurale. Hélas, on a déjà entendu cette histoire plusieurs fois et on sait comment elle se termine* » (p.70).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En effet, atteindre des objectifs comme la production des BPM, le respect des droits sociaux de l'homme ou l'atteinte des objectifs de développement exige non seulement des ressources financières importantes, mais aussi un soutien politique de tous les pays.[265] Les acteurs internationaux, surtout les OIG[266] et les ONG ou les États cherchant à exercer un leadership mondial qui sont, très souvent, à l'origine des évolutions des politiques d'aide (*cf.* chap. 2 et 3), doivent constituer une coalition suffisamment importante pour que leurs propositions soient soutenues et mises en œuvre.[267] Cette question de formation de coalition est la même que celle dont on parle habituellement pour le soutien d'une politique, que ce soit au parlement ou au conseil d'administration d'une entreprise, et elle implique un recours aux techniques classiques telles le marchandage, la persuasion, le pot-de-vin, les menaces et la gestion de l'information. Examinons de quelle façon celles-ci sont mises en œuvre dans l'aide à la santé.

Pour emporter l'adhésion, les avocats des projets en compétition ont tendance à exagérer les prévisions d'issue favorable. C'est ce que montrent plusieurs travaux, repris par March et *al*. (1991), portant sur les décisions politiques et managériales. Une grande partie des discussions est donc consacrée à l'exposé et à la défense de ces prévisions qui deviennent partie intégrante du compte-rendu officiel et de l'histoire collective. Un exemple très illustratif de ce processus est donné par les multiples réunions de promotion des soins de santé primaires. Avant la conférence sur les soins de santé primaires qui s'est tenue du 6 au 12 septembre 1978 à Alma-Ata, plusieurs réunions de promotion des soins de santé primaires ont été organisées à travers le monde en 1977 et en 1978 : la réunion du comité des experts sur les soins de santé primaires de la Région africaine (Brazzaville, 1977), la quatrième réunion extraordinaire des ministres de santé des pays membres de l'OMS (Washington, 1977), la réunion mixte UNICEF/OMS des pays de la région méditerranée (Alexandrie, 1977), la conférence pour les soins de santé primaire pour la région pacifique occidentale (Manille, 1977), la réunion mixte OMS/UNICEF sur les SSP dans la région Asie du Sud Est (New Dehli, 1977), la conférence sur les SSP dans les pays industrialisés (New York, 1977) et enfin le Congrès international des organisations non gouvernementales sur les soins de santé primaires (Halifax, mai 1978) … Ces séries de consultations sont utilisées à chaque fois qu'une nouvelle politique est proposée par un acteur de

[265] Aujourd'hui, on pense d'ailleurs qu'une mobilisation des Etats n'est pas suffisante et qu'il faut faire appel aux ONG et entreprises.
[266] Dixneuf et Rey (2004) attribuent une part importante de la place croissante de la santé dans les politiques internationales à l'impact des cadres multilatéraux sur les politiques nationales.
[267] Dans un tel contexte, l'objectif souhaité est d'obtenir un soutien unanime de tous les acteurs.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

développement. Parfois, souvent lors des forums, le temps consacré à la persuasion est plus court, mais le principe reste le même.

Les opposants au projet vont essayer de ramener ces estimations à leur « juste valeur », mais les promoteurs de la politique mettent souvent leurs arguments par écrit et ils finissent par devoir les assumer publiquement et y croire (March et *al.*, 1991, 1968). [268]

Ensuite, se pose la question de savoir la stratégie à adopter pour rallier d'autres acteurs (États, ONG, …) au projet envisagé. Plusieurs stratégies sont possibles. La typologie des stratégies que nous allons utiliser dans notre argumentaire ci-dessous s'inspire d'une typologie établie par March et *al*. (1991, p. 69) dans un chapitre intitulé « *décision et mise en œuvre : une série d'ambiguïté »* qui traite de l'efficacité des méthodes de délibération, du décalage entre décision adoptée et politique mise en œuvre dans les milieux politiques, mais aussi entrepreneuriaux.

Encadré 15 : Les problèmes de mise en œuvre

La différence entre la mesure adoptée et celle mise en œuvre fait souvent l'objet de deux interprétations différentes. La première consiste à attribuer ces difficultés à l'incompétence bureaucratique. Les bureaucraties sont parfois incapables de mener à bien les tâches qui leur sont confiées pour des raisons techniques ou de moyens. Une seconde interprétation attribue ces difficultés de mise en œuvre aux conflits d'intérêts entre les décideurs et bureaucrates, et donc à des défaillances du contrôle organisationnel.
Ces interprétations ne s'excluent pas mutuellement et sont tout à fait sensées. March et *al*. (1991, p. 70) vont apporter quelques restrictions à ces analyses et insister sur la nécessité d'inclure une analyse du processus de décision stratégique de groupes poursuivant d'objectifs différents dans toute étude de la mise en œuvre des décisions. Pour ces auteurs, les problèmes de mise en œuvre viennent principalement du manque de clarté des décisions. Ils montrent que celui-ci ne peut être séparé de la façon dont sont formées les coalitions. L'ambiguïté des décisions visant avant tout à faciliter la formation d'une coalition large dans le but d'obtenir une décision.

Source : Présentation de l'auteur d'après March et *al.*, 1991, p.70.

Une stratégie de marchandage permettrait –elle une adhésion des autres acteurs? Si ceux qui apportent un soutien « tactique » à un projet[269] ne résistent pas à ceux qui les induisent en erreur, ils peuvent avoir des exigences extravagantes que les promoteurs d'une nouvelle politique ne peuvent pas toujours honorer. On peut penser, par exemple, que des acteurs soutiennent un projet parce qu'ils obtiennent en échange le soutien des initiateurs pour un autre

[268] Les auteurs traitent de la relation entre stratégie et pratique, de la façon dont les directives générales et les programmes adoptés par les législatures, les conseils d'administrations sont exécutées par les administrations. Ils reconnaissent une vertu mobilisatrice (facilitatrice de décision) à l'ambiguïté tout en précisant qu'elle est à l'origine du découplage entre mesure adoptée par les « politiques »et mesure mise en œuvre par les administrations.
[269] C'est-à-dire pour des raisons étrangères au contenu du projet.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

projet. Il est difficile pour des ONG, OIG (dont les membres ont une délégation de pouvoir des États), et des États de puissance moyenne d'emprunter ce chemin. De plus rien ne garantit que ces initiateurs leurs apportent ultérieurement leur soutien.[270] C'est pourquoi, une coalition de ce type est une solution illusoire (Saetren, 1983).

Une deuxième méthode est la persuasion. On peut considérer que s'il est important pour certains membres d'une coalition de soutenir un projet ou une politique d'aide pour ses qualités intrinsèques, peu de projets seraient adoptés sans le soutien de ceux pour qui le projet n'a pas une grande importance (March et *al.*, 1991). Ces derniers se laissent convaincre, parce qu'on a fait appel à leur amitié, leur humanisme… Une telle approche revient à idéaliser notre monde et à sous estimer la réalité conflictuelle qui la caractérise. Cette méthode est très proche, sans toutefois se confondre, de l'idéal objectiviste en matière de décision. L'idéal objectiviste repose sur une persuasion fondée sur des critères dits « objectifs ». Selon cette approche, c'est l'importance rigoureusement mesurable d'un problème (gravité, fréquence, etc.) ainsi qu'une neutralité gestionnaire (calcul coût/bénéfice) qui devraient prévaloir dans les décisions en matière en matière d'aide, notamment d'aide à la santé publique. Les AVCI vont être introduites dans le domaine de la santé publique pour permettre une opérationnalisation de cette approche. Cet idéal, qui vient de la théorie économique dominante, ne laisse à la place à la politique conformément à une exigence épistémologique calquée sur les sciences de la nature (Postel et Sobel, 2009). Pourtant, quand on analyse la répartition de l'aide à la santé, on se rend compte que cette approche n'est pas suivie. On peut voir ici et là que certains problèmes de santé publique mobilisent l'attention des dirigeants politiques et des financeurs tandis que d'autres restent à l'arrière-plan, sans que ces différences s'expliquent forcément par des facteurs objectifs tels que la morbidité et la mortalité ou par l'existence de moyens d'action efficients (c'est-à-dire «rentables» en termes de coût/efficacité). Shiffman (2009) cite l'exemple des programmes portant sur le VIH/SIDA, qui représente environ 5% de la mortalité dans les pays à bas et moyen revenu. Ces programmes recevaient au début des années 2000 plus du tiers de toutes les grandes donations en matière de santé. Ceci renvoie à une conclusion bien connue dans les théories des organisations : « *les informations servent d'avantage à justifier des décisions prises qu'à informer la décision* » (Martinet, 1991, p. 12)[271] et au fait que la réalité n'est pas un donné objectif mais un construit social. Une méthode de persuasion fondée ou pas sur « l'objectivité »

[270] Et ce d'autant que les majorités, donc les représentants, sont changeantes à l'intérieur de chaque organisation.
[271] Préface de l'ouvrage de J G March (1991).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

n'est donc pas pertinente pour analyser les délibérations dans le domaine de la santé au niveau international.

On en vient à la dernière stratégie que les acteurs internationaux (petits et grands) peuvent utiliser, cette dernière consiste à augmenter l'ambiguïté de l'objectif du projet pour assurer le soutien d'une coalition importante (Page, 1976). En effet, plus le débat est serré sur une question (comme la plupart des débats sur les réformes de l'aide), plus on aura de chances de faire voter un projet en adoptant une stratégie qui rend l'objectif ambigu. Cette ambiguïté dans la stratégie utilisée permet en effet à plusieurs groupes ou personnes de soutenir le même projet pour des raisons différentes et avec des espérances diverses.[272] Cette méthode est courante et se traduit dans le domaine de l'aide par l'utilisation de plusieurs images politiques pour obtenir l'adhésion d'un maximum d'acteurs à chaque initiative politique. Tantôt, on combine une approche par le droit humain et une approche par le développement pour construire un espace de discussion qu'on peut qualifier « d'espace socio-économique ». Nous qualifions cette combinaison « d'espace socio-économique » parce que l'argumentaire de mobilisation met l'accent sur les retombées socio-économique de l'aide chez les bénéficiaires. Il peut y avoir aussi une stratégie par les « externalités » qui combine les images politiques suivantes : la santé comme bien public et la santé comme facteur de sécurité. L'ambiguïté est maximale lorsqu'on combine les quatre images politiques. Le contenu de chacun de ces espaces a une grande capacité d'adaptation aux enjeux sanitaires et politiques de chaque période. Par exemple les promoteurs de la colonisation ont eu recours à cette méthode. En effet, en France, comme partout en Europe d'ailleurs, la santé réunissait partisans et opposants à la colonisation au sein de l'élite. La médecine était un moyen pour conquérir des territoires endémiques et elle était aussi présentée comme un progrès pour la population locale aux yeux des opposants à la colonisation. Les soins étaient nécessaires à l'exploitation économique, et à sa légitimation politique (Van Lerberghe et Brouwere, 2000). La médecine réunissait donc partisans et opposants à la colonisation en quelque sorte dans une coalition large pour la conquête des territoires lointains. Plus récemment, les partenariats public-privés (PPP) obtenus grâce à une stratégie ambigüe ont quelques points communs avec la « coalition coloniale » décrite ci-dessus. Ces partenariats rassemblent, par exemple, des acteurs qui sont partisans et opposants de l'approche sécuritaire pour une aventure plus globale de gestion de la santé dans le monde. Les États-Unis sous la présidence de Bush,

[272] Si l'ambiguïté d'un projet ou d'une politique augmente ses chances d'adoption, elle accroit les problèmes de mise en œuvre, notamment la coordination. Nous y reviendrons plus loin.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

bien que privilégiant une approche sécuritaire, travaillaient dans des programmes de santé avec des ONG pour lesquelles la santé est un droit de tout individu.

Aujourd'hui, la santé réunit, dans une sorte de coalition[273], des acteurs qui militent pour un accès universel à tous les traitements, pour des politiques de sécurisation de l'espace sanitaire international. Elle rassemble donc plusieurs images politiques de la santé. Ces coalitions qui militent pour plus d'effort dans le domaine de la santé ont conduit à une mobilisation de ressources d'une importance jamais égalée dans l'histoire moderne de l'aide (*cf.* tableau 3). Ces coalitions rassemblent des artistes, des hommes d'État, des ONG, des altermondialistes et même des firmes pharmaceutiques dont les discours illustrent bien le rôle de l'ambigüité dans la mobilisation. **Au final, l'intérêt de la méthode ambigüe est qu'elle entre dans une perspective constructiviste qui fait de la place aux représentations sociales que nous avons appelées des images politiques** (*cf.* chap. 1). Cette méthode ambigüe est facilitée par des « mots valises » (société civile, bonne gouvernance, démocratie) qui ne se remplissent de sens que progressivement au gré des interactions entre bailleurs, développeurs, publics cibles des projets de développement et prennent place dans une vaste chaine de traduction, d'interprétation et de réinterprétation.

3.2.2. Des exemples d'ambiguïté dans les partenariats entre acteurs variés

Dans notre analyse des mécanismes de mobilisation, l'étude des discours est un moyen de mettre en exergue la manière dont l'ambiguïté est utilisée dans la mobilisation. Dans le monde médiatisé qui est le nôtre, les discours publics (les conférences de presse, rapports, etc.) des acteurs, qui font partie des stratégies de mobilisation, recourent à l'ambiguïté de différentes manières. Dans cette sous-section, nous voulons étayer cette idée de recours à l'ambiguïté en l'illustrant à travers différents exemples.

Nous présentons d'abord des exemples illustrant l'ambiguïté par une approche globale de la santé (i), ensuite les exemples illustrant l'ambiguïté par une approche gagnant-gagnant de la coopération en matière de santé (ii).

[273] De plus en plus sous forme de partenariats publics-privés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

i) des exemples illustrant l'ambiguïté par une approche globale

Exemple 1 : Pour l'Agence française de développement, l'amélioration de la santé, nécessaire au développement, passe par trois axes qui peuvent représenter des objectifs particuliers « e*n réponse aux préoccupations internationales en matière d'atteinte des OMD et de production de Biens Publics Mondiaux : la lutte contre les maladies transmissibles et les pandémies d'un côté ; la santé maternelle et infantile de l'autre, qui sont sous-tendus par un troisième axe complémentaire transversal : le renforcement des systèmes de santé*[274] ». Si ce discours semble être fondé sur la réalité diverse des besoins des PED, il faut noter qu'il a la particularité de faire une place à tous les acteurs dans leurs hétérogénéités respectives. Cet exemple montre une volonté de s'inscrire dans une **approche globale dans le but d'intéresser, de faire venir ou de garder dans la mobilisation tous les acteurs. Il faut noter cependant que l**'inscription dans une approche globale conduit à un éparpillement (dispersion) des ressources qui pourrait être nuisible à l'efficacité de l'aide.

Exemple 2 : Etudions le rôle donné à l'éducation[275] par les acteurs de développement. L'instruction est reliée à la sécurité, au dialogue des cultures, à la santé…. On considère que l'instruction est un moyen pour « *un monde plus sûr, en meilleur santé, plus prospère et respectueux de l'environnement tout en contribuant simultanément au progrès social, économique et culturel, à la tolérance et à la coopération internationale*[276] ». On peut donc y voir plusieurs objectifs particuliers qui peuvent aller de l'économie à la culture en passant par le social et l'environnement. On assiste ici à la légitimation d'actions ou de projets (l'éducation) à partir de finalités (sécurité internationale, dialogue entre cultures) qui lui sont relativement éloignées. Cela permet de « faire de la place » à tous les acteurs et de faire de l'éducation l'entrée principale pour régler les autres problèmes.

Exemple 3 : Voyons la place donnée à l'usage des préservatifs par les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida. Parlant des problèmes de développement, Lester Brown, Président du prestigieux *Earth Policy Institute*, évoque l'investissement dans les préservatifs : « *un soutien national et international accru aux services de planning familial […] aura pour*

[274] Voir le site de l'Agence Française de Développement, rubrique « santé : contexte et stratégie » : http://afd-prod.zeni.fr/jahia/Jahia/home/projets_afd/sante-health/pid/8421 (site visité le 1/03/2011).
[275] Du 5 au 9 Mars 1990, l'UNESCO, l'UNICEF, la BM, le PNUD avaient organisé la « conférence mondiale sur l'éducation pour tous » à Jomtien près de Bankok en Thailande.
[276] D'après le bulletin : The Major project in the field of education in Latin America &Caraibean, 1990, p. 9.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

conséquence des meilleures conditions de vie et des perspectives d'emplois améliorées ».[277] Ici aussi le rôle assigné au planning familial est très ambitieux. Le lien entre planning et emplois s'il existe n'est sans doute pas le plus déterminant. C'est pourquoi, on peut interpréter ce discour comme une stratégie de légitimation d'une politique ou de mobilisation autour de l'aide pour la lutte contre le VIH/Sida.

Exemple 4 : Le Directeur exécutif de l'ONU/Sida, Michel Sidibé, exprime encore beaucoup plus clairement l'ambiguïté à laquelle nous faisons allusion dans les discours : **«** *le mouvement de lutte contre le sida doit être une force permettant de transformer la santé mondiale, le développement et la durabilité environnementale*[278]». L'écologie étant devenue le nouveau discours à la mode, il devient crucial dans la perspective de construction de légitimité de lier directement santé et durabilité environnementale.

Ces différentes approches des discours sur l'aide relèvent donc d'un ordre stratégique pour mobiliser une coalition importante (autour d'une action et notamment l'aide). L'idée est de renforcer l'ambiguïté de la décision en multipliant les objectifs particuliers de chaque projet ou action pour prendre en compte l'intérêt et la vision des différents acteurs. Cette ambiguïté est nécessaire pour mobiliser. Cela signifie t-il que l'ambiguïté est une stratégie délibérée et systématique ? Non, elle ne prend des aspects délibérés et systématiques que pour les acteurs qui « gèrent[279] » le processus de décision. Pour les autres, c'est-à-dire la majorité des acteurs, elle s'inscrit dans une logique de « pragmatisme » et d'accommodation aux contraintes contextuelles ou de découvertes de préférences dans l'action. Elle reste cependant une ambiguïté formulée et construite (Martinet, 1991, p. 10).

Dans ce qui suit, nous présentons quelques exemples illustrant l'ambiguïté par une approche gagnant-gagnant.

[277] www.worldwatch.org/alerts/990902.html. Discours tenu en 1994 lors de la conférence sur la population et le développement du Caire organisée sous l'égide de l'ONU. Cet extrait a été aussi cité par Easterly W. (2006, p. 114), *Les pays pauvres sont-ils condamnés à le rester?*, Eds d'organisation, Paris.
[278] Mr Michel Sidibé, UNAIDS Executive Director, 8 décembre 2009 à Genève.
[279] Il s'agit en général des administrations de ces partenariats ou de l'institution ayant convoqué la rencontre (secrétariat général de l'ONU, secrétariat général de l'OMS ou encore du RBM).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ii) Des exemples illustrant l'ambiguïté par une approche gagnant-gagnant

Exemple 5 : Les centres de décision de l'aide sont multiples. Dans certains cas, ces discours qui visent à mobiliser ne se tiennent pas au niveau des sommets internationaux mais devant les parlements des pays donateurs. Voyons le discours qui a fondé la coopération en France. Michel Debré défendant, en 1958, son projet de révision de la constitution instituant la coopération devant l'Assemblée nationale française indiquait que : « *c'est pour sauvegarder la valeur de l'œuvre française en Afrique et à Madagascar que le gouvernement vous demande de modifier la constitution et vous demandera ultérieurement d'approuver les accords qui traduisent cette politique »* cité par Gabas (1988, p.21). Et le rôle de l'aide est officialisé : *« la République Française apportera son aide à la République Malgache en vue de lui permettre d'atteindre ses objectifs de progrès économique et social. […] Les modalités et les montants d'aide ainsi consentis feront l'objet de consultations particulières »* [280](ibid) . On voit bien que, dès l'origine, l'accent est mis sur une philosophie de gagnant-gagnant. La pluralité des objectifs est acceptée dès le début. L'aide doit servir à la fois à la préservation des « valeurs » de la France et à aider au développement des anciennes colonies. Puisqu'on ne peut résumer les « valeurs » de la France au développement socio-économique des pays aidés, l'objectif de développement n'est qu'une cible parmi tant d'autres et l'efficacité de l'aide au regard de cet objectif de développement peut être réduite par d'autres enjeux qui lui sont inhérents.

Exemple 6 : Sur les objectifs du développement, James Wolfensohn, ancien Président de la Banque mondiale indique que la satisfaction des besoins des pauvres n'est pas le seul objectif de l'aide. « *Agir dès aujourd'hui avec réalisme, savoir anticiper, faire preuve de courage, penser à l'échelle du monde et distribuer nos ressources en conséquence, c'est offrir à nos enfants, peut être,* ***un monde plus apaisé et plus équitable****. Un monde où l'on souffre un peu moins. Un monde où partout les enfants sauront ce qu'est l'espérance. Cela, c'est plus qu'un rêve : c'est une responsabilité* » (Banque Mondiale, 2000). Il s'agit ici donc de réaffirmer que les politiques d'aide au développement poursuivent aussi bien des objectifs de production de BPM (comme la sécurité) que des objectifs plus humains comme la réduction de la souffrance humaine partout dans le monde.

[280] Déjà apparaît une ambiguïté quant à l'objectif de la coopération. Ceci va constituer une problématique importante de nos chapitres ultérieurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Exemple 7 : Le collectif *zero population growth* prévient quant à lui les pays riches que s'ils n'agissent pas pour le développement, ils « *seront affligés par les conflits politiques liés aux migrations des personnes fuyant un environnement dégradé et surpeuplé, et à la recherche de conditions de vie plus favorables, ou qu'ils seront atteints par les problèmes de l'accès aux ressources naturelles limitées tel que les champs de pétrole, la terre ou l'eau* »[281]. Ici, les risques globaux sont clairement mobilisés. Et pour le FMI, institution réputée peu soucieuse des questions sociales, *« l'épidémie de VIH/SIDA représente une grave menace pour la santé, le développement et la sécurité pour le monde entier ».* [282] Un tel discours indique deux choses. Dans une perspective de mobilisation, il vient compléter les discours « humanistes » sur la nécessité d'aider les PED en soulignant que les pays riches ont intérêt à agir pour le développement. Au niveau analytique des raisons de l'action des donateurs, on peut dire qu'en plus de la volonté d'assurer l'effectivité des droits humains, les donateurs sont sensibles à la sécurité sanitaire globale.

Si l'approche gagnant-gagnant des exemples 5, 6 et 7 permet de mobiliser plusieurs acteurs par la prise en compte de leurs intérêts et visions, elle présente un certain nombre de problèmes dès qu'on envisage une certaine opérationnalisation des discours. **Premièrement, on sous-estime le fait que l'objectif de construction d'un monde apaisé est un objectif de long terme et général. Deuxièmement, la nécessité d'arbitrer entre plusieurs objectifs particuliers n'est pas prise en compte. Troisièmement, les chemins choisis pour atteindre les objectifs souhaités dépendent de la vision du monde qu'ont les donateurs et celle-ci est très hétérogène.**

Les approches évoquées ci-dessus n'épuisent pas cependant toutes les formes que peut prendre l'ambiguïté. Elle ressort de façon différente, par exemple, dans le propos d'Easterly (2006, p. 228) pour qui on assiste, depuis plusieurs décennies, à « *une multiplication de sommets et de partenariats […] les sommets étant l'occasion de déclarations communes en faveur d'objectifs planétaires…* ».

On obtient au final une formulation ambigüe des décisions que chaque acteur réinterprétera selon son image politique et ses intérêts. **Cette situation explique à notre sens une bonne partie de la dispersion des activités d'aide et de leur « instrumentalisation ».** Par

www.zpg.org/Reports_Publications/Reports /report83.html.
[282] http://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/hivaidsf.htm (site consulté le 02/02/2011).

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

ailleurs, cela explique aussi pourquoi les agences de développement se fixent des objectifs multiples que non seulement elles ne peuvent pas atteindre, mais aussi qui semblent nuire à l'efficacité des mises en œuvre. Tout cela semble provenir de la nécessité de mobiliser au sein d'une coalition d'acteurs ayant des images politiques et intérêts différents.

L'analyse que nous avons faite du rôle de l'acceptation de la diversité des images politiques, à travers l'ambiguïté, dans la mobilisation appelle aux enseignements suivants :

- **le recours à la stratégie ambigüe n'est pas toujours « stratégique »** dans le sens où les acteurs qui l'utilisent ne le font pas toujours délibérément.
- **tout acteur s'adapte aux discours dominants,** donc à l'image politique à la mode, sans toutefois renoncer à l'image politique « fondatrice » de l'acteur.
- **un acteur (une OIG par exemple) peut être guidé par plusieurs images politiques**, il s'agira d'identifier l'image dominante. Si cela n'apparaît pas comme évident, on précisera le caractère hybride de l'image politique de l'acteur.
- **les images politiques des acteurs peuvent évoluer dans le temps**. Pour donner un exemple, on peut citer l'Unicef qui est passée d'une certaine façon d'un discours de service public dans les années 1970 à un discours de bien public dans les années 1980. L'OMS semble avoir connu la même trajectoire avec des dates différentes.

****

L'objet de ce chapitre était de prolonger l'analyse de la motivation des donateurs en revenant, premièrement, sur les images politiques et le lieu politique de l'aide à la santé à partir de la fin des années 1990 et, deuxièmement, sur les mécanismes de mobilisation qui se sont imposés à partir des années 2000.

Avec la fin des années 1990, nous avons assisté à l'émergence d'un régime d'aide à la santé porté par plusieurs images politiques (santé comme un droit, santé comme un facteur de développement, santé comme un bien public). Ceci est une nouveauté au regard des régimes d'aide précédents. Ces derniers étaient, chacun, dominés par une image politique particulière. Le défi actuel semble être de concilier toutes ces lectures au moyen d'espaces de coordination comme les partenariats public-privés portés par l'agenda de la gouvernance.

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

Cet agenda de la gouvernance va fortement modifier l'espace de délibération (lieu politique). La domination des OIG est remise en cause pour une approche moins hiérarchique et plus partenariale qui fait une place à tous les acteurs qui peuvent être concernés par la santé (États, OIG, ONG, entreprises, associations de malades…). L'objectif de cette innovation institutionnelle est double. Il s'agit *primo* de renforcer la mobilisation pour la santé et *secundo* d'améliorer l'efficacité de l'aide par la coordination et la sélection des meilleures options pour intervenir dans les pays du Sud.

Ce chapitre montre enfin que pour faire cohabiter des acteurs ayant des images politiques différentes, c'est une stratégie ambigüe qui est mobilisée. Cette dernière consiste à augmenter l'ambiguïté de l'objectif de la délibération pour assurer le soutien d'une coalition importante. Mais cela ne veut pas dire que le recours à l'ambiguïté est délibéré et systématique. Cependant les acteurs finissent par déboucher sur des décisions ambigües qui garantissent la participation de tous les acteurs après des multiples négociations. La raison tient au fait que plus le débat est serré sur une question (comme la plupart des débats sur les reformes de l'aide), plus on aura de chance de faire voter un projet en adoptant une stratégie qui rend l'objectif ambigu. C'est une issue de l'interaction entre acteurs variés non prévue par les promoteurs de la coordination par les partenariats. **Cette ambiguïté dans la formulation des objectifs revêt une efficacité dans la mobilisation puisqu'elle permet à plusieurs groupes ou personnes de soutenir le même projet pour des raisons différentes et avec des espérances diverses.** Cette conclusion, qui montre que l'ambiguïté est inhérente aux organisations à acteurs variés et égaux, fait écho aux conclusions :

- de March et *al*. (1991) sur les délibérations au sein des parlements et des conseils d'administrations.
- de Gabas (2002a, p.72-73) pour qui « *toutes ces philosophies (*images politiques*)*[283] *qui se succèdent depuis près d'un demi-siècle aboutissent aujourd'hui à un consensus mou sur les objectifs et les moyens d'agir ensemble : lutte contre la pauvreté, démocratisation politique, insertion dans l'économie mondiale. Même si l'on ne peut qu'adhérer à ces objectifs, ils ne doivent pas pour autant masquer les vrais problèmes de mise en œuvre. Sous des termes apparemment acceptés unanimement, car assis sur un partage de valeurs, de positions morales et éthiques qui n'est même*

[283] Le terme « image politique » a été ajouté par l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pas à discuter et à approfondir, on trouve des acceptions fort différentes pour ceux qui les véhiculent. Ambigüités sur les mots, pratiques très différentes sur le terrain ».

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 6 : L'impact de la coexistence des images politiques : une étude empirique

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans le chapitre 5, nous avons présenté et analysé les images politiques apparues à partir des années 2000 et le lieu politique de l'aide. Dans ce chapitre 6, nous cherchons à vérifier empiriquement l'impact de la stratégie ambigüe en termes de mobilisation. À cet effet, nous examinons les tendances récentes de l'aide à la santé (1.) et cherchons à évaluer le poids de différentes images politiques dans la mobilisation accrue de l'aide à la santé (2.).

1. Les grandes tendances statistiques de l'aide pour la santé

Cette section présente les différentes catégories de l'aide à la santé et analyse l'évolution des flux de cette dernière sur la base de définitions déjà présentées dans l'introduction générale.

1.1. Les trois catégories de l'aide à la santé

- **L'assistance technique**

L'assistance technique repose sur le financement de formations (de hauts fonctionnaires ou d'étudiants) ou sur la mise à disposition d'experts (auprès de l'administration centrale ou d'autorités locales). Ce type d'aide vise à améliorer le capital humain des pays en développement à travers le transfert de connaissances et de compétences dans le domaine de la santé.

- **L'aide projet**

L'aide projet a été l'instrument le plus utilisé dans les années 1980-1990 de l'aide publique à la santé. Comme son nom l'indique, elle consiste à accorder un financement lié à un projet spécifique et très souvent doublé d'un contrôle de l'utilisation des fonds. Ce type d'aide concourt généralement à la création d'infrastructures sanitaires ou en rapport avec la santé (hôpitaux, centre de formation …) qui ont un impact de long terme. La caractéristique de ce modèle d'aide est la présence permanente du donateur du début à la fin du projet. Cette forme d'aide, bien que très utilisée, a été récemment beaucoup critiquée en raison des coûts de transaction et des problèmes d'appropriation qu'elle génère.[284]

[284] Nous allons revenir sur ces problèmes dans les chapitres 7, 8 et 9 (4ème patie).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- **L'aide programme**

L'aide programme, contrairement à l'aide projet, poursuit un ensemble d'objectifs larges de nature macroéconomique ou sectorielle, ici en l'occurrence le secteur santé. Ce type d'aide présente les caractéristiques suivantes :

- les ressources sont transférées directement aux gouvernements bénéficiaires pour soutenir le budget de la politique publique de santé, c'est pourquoi on parle « d'aide budgétaire sectorielle ». En outre, si ces transferts viennent soutenir l'importation on parle de soutien à la « balance de paiement », s'ils renforcent le budget global on parle « d'aide budgétaire globale ».
- elle est liée à des négociations approfondies entre donateurs et bénéficiaires sur la stratégie de développement.
- elle s'accompagne souvent de conditionnalités et repose sur un transfert de devises.

Le niveau de l'aide programme est apprécié, en général, sur la base de la qualité de la gouvernance de l'État et de ses besoins.

1.2. La santé dans les flux d'aide au développement

Vers la fin des années 1990, avec le consensus sur la lutte contre la pauvreté, le secteur social de l'aide au développement a connu une attention accrue. La santé est le sous secteur qui a le plus bénéficié de cette tendance.

1.2.1. Les grands secteurs de l'APD : une attention effective accrue pour le secteur social…[285]

Rappelons que trois grands secteurs composent l'APD : les infrastructures et services sociaux, les infrastructures et services économiques, enfin un troisième secteur qualifié de plurisectoriel ou transversal[286]. L'analyse simultanée des graphiques 9 et 10 montre que la

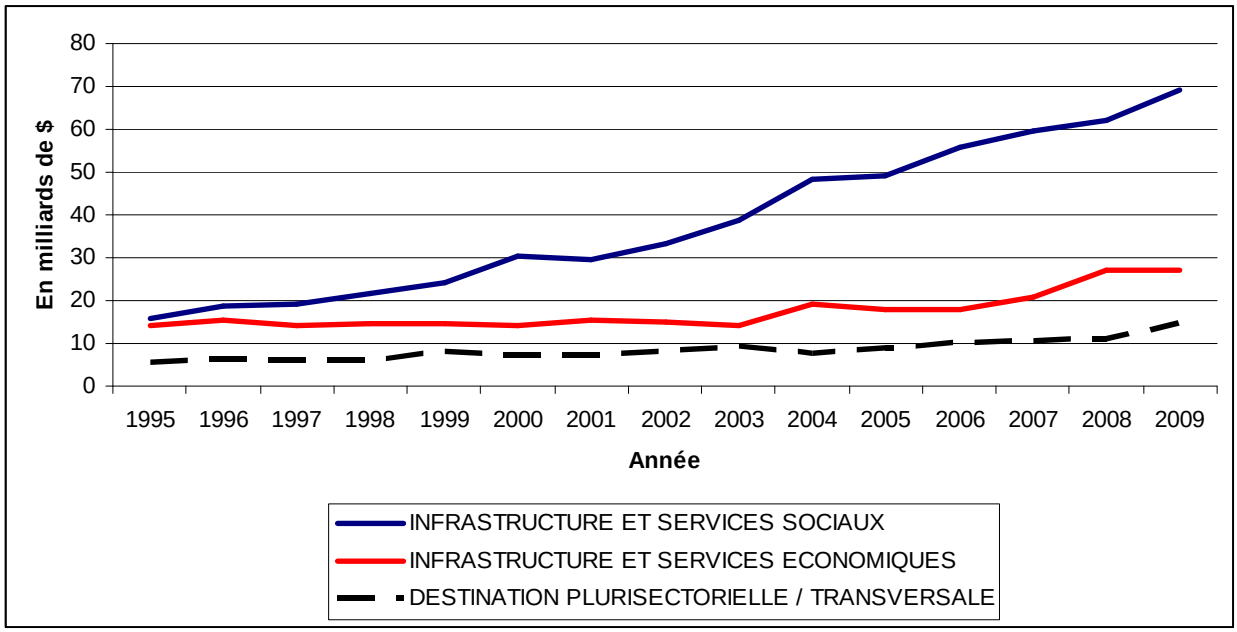
[285] Toutes les données relatives aux graphiques figurent dans l'annexe. Elles ont été tirées de la base de données de l'OCDE.

[286] Les grands secteurs se composent comme suit : INFRASTRUCTURES ET SERVICES SOCIAUX (110: Education, 120: Santé, 130: Politique en Matière de Population/Santé et Fertilité, 140: Distribution d'Eau et Assainissement, 150: Gouvernement et Société Civile, Sécurité, 160: Infrastructure et Services Sociaux Divers) ; INFRASTRUCTURES ET SERVICES

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

reprise de l'aide des pays donateurs à la fin des années 1990 a été très bénéfique au secteur « infrastructures et services sociaux » que nous appellerons désormais secteur « social ». On a assisté (graphique 9) à un accroissement continu de l'aide consacrée à ce secteur à partir de 1997 avec une accélération à partir de 2001. Cette évolution se traduit par une place de plus en plus importante du secteur social dans l'aide publique au développement dans sa globalité (graphique 10). En effet, la part du secteur social est passée de près de 28% de l'aide totale en 1995 à près de 42% en 2009, alors que la proportion de l'aide pour le secteur économique (infrastructures et services économiques) a diminué de 24 à 16%.

Graphique 9 : Évolution de l'aide publique au développement par grands secteurs (dollar constant, 2008)

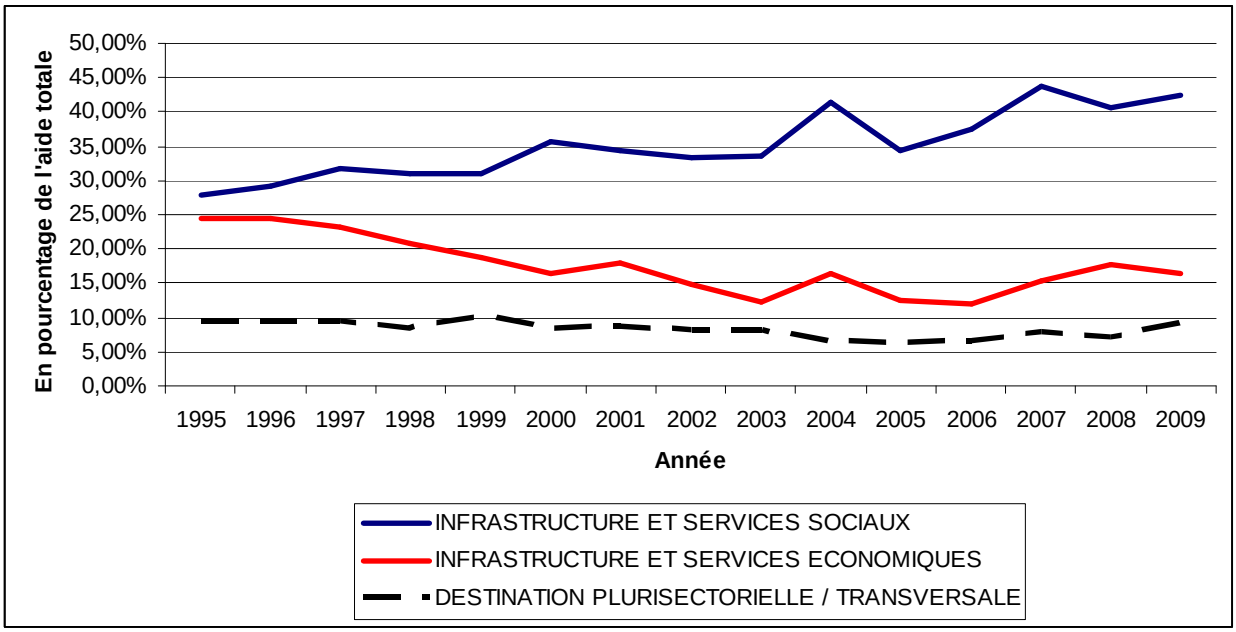


Source : Présentation de l'auteur d'après des données du Comité d'Aide publique au Développement (CAD).

ECONOMIQUES (210: Transports et Entreposage, 220: Communications, 230: Energie, 240: Banques et Services Financiers, 250: Entreprises et Autres Services) ; DESTINATION PLURISECTORIELLE / TRANSVERSALE (410: Protection de l'Environnement Général, 430: Autres Multi secteurs).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

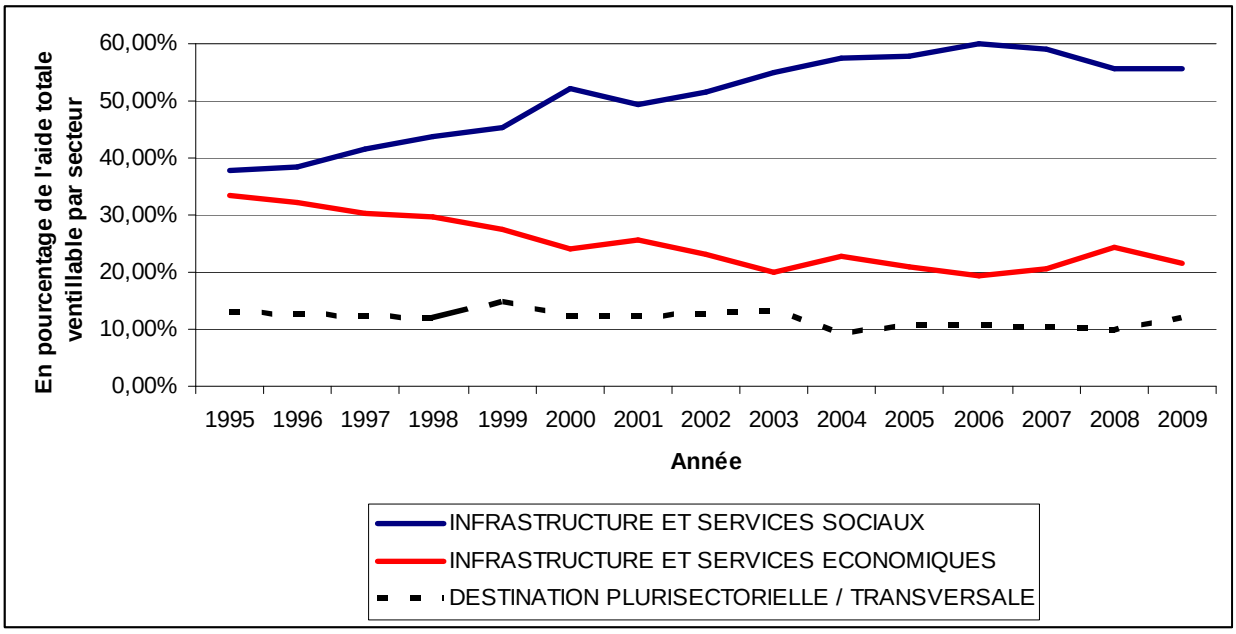
Graphique 10 : Part de l'aide engagée pour les grands secteurs dans l'aide publique totale (dollar constant, 2008)



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD.

Les différences de tendance entre le secteur social et le secteur économique sont encore plus importantes si les parts sectorielles sont exprimées en fonction de l'aide totale ventilable par secteur (graphique 11).

Graphique 11 : Part de l'aide engagée pour les grands secteurs dans l'aide publique totale ventilable par secteur (dollar constant, 2008)



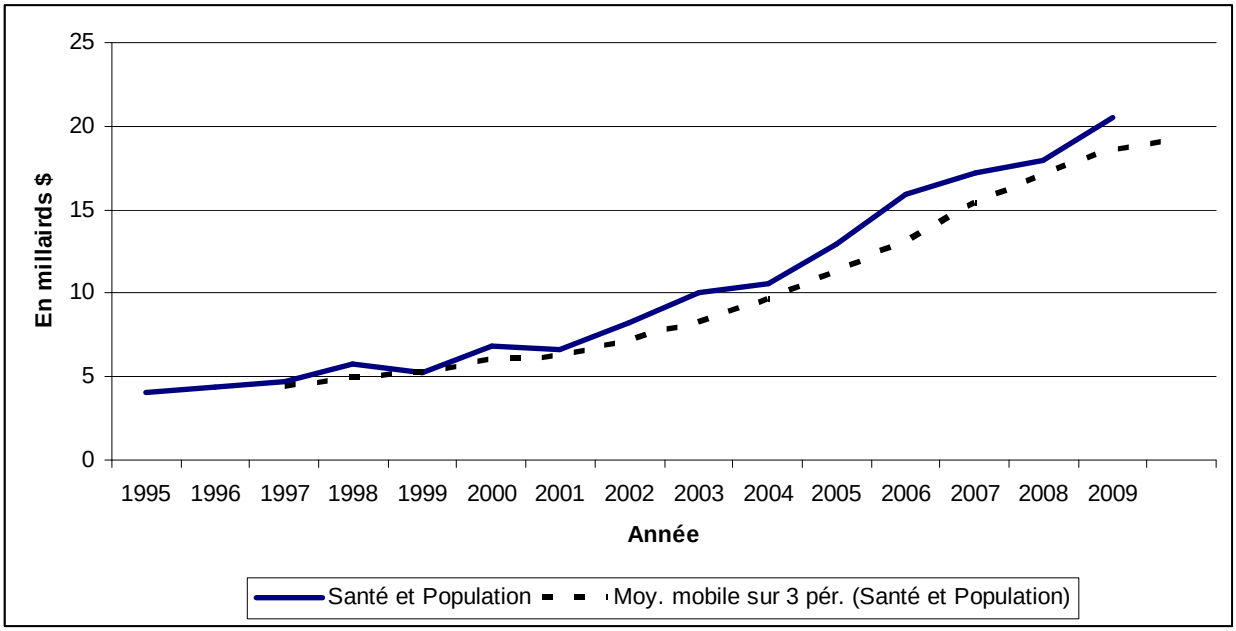
Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.2.2. …dont profite en particulier l'aide à la santé

Dans le secteur social, le sous secteur « santé et population » semble être celui qui a le plus bénéficié de la reprise de l'aide publique au développement. Le poste de dépense « Santé et Population[287] » a vu l'effort qui lui est consacré augmenter de façon continue à partir de 1998 avec une certaine accélération à partir de 2001 (graphique 12). L'aide à la santé passe de 4 à 20,5 milliards de dollars (dollars constants, 2008) entre 1995 et 2009. La croissance sur la période 1995-2006 va s'élever à 410,33%, ce qui démontre que l'aide a quintuplé en termes réels. Cette croissance est caractérisée par une accélération à partir de 2001 comme le montre la moyenne des engagements pour l'aide à la santé. Les fortes augmentations survenues à partir de 2001 et 2002 illustrent l'importance acquise par la santé dans les actions pour le développement.

Graphique 12 : Évolution de l'aide publique à la santé entre 1995 et 2009 (dollar constant, 2008)

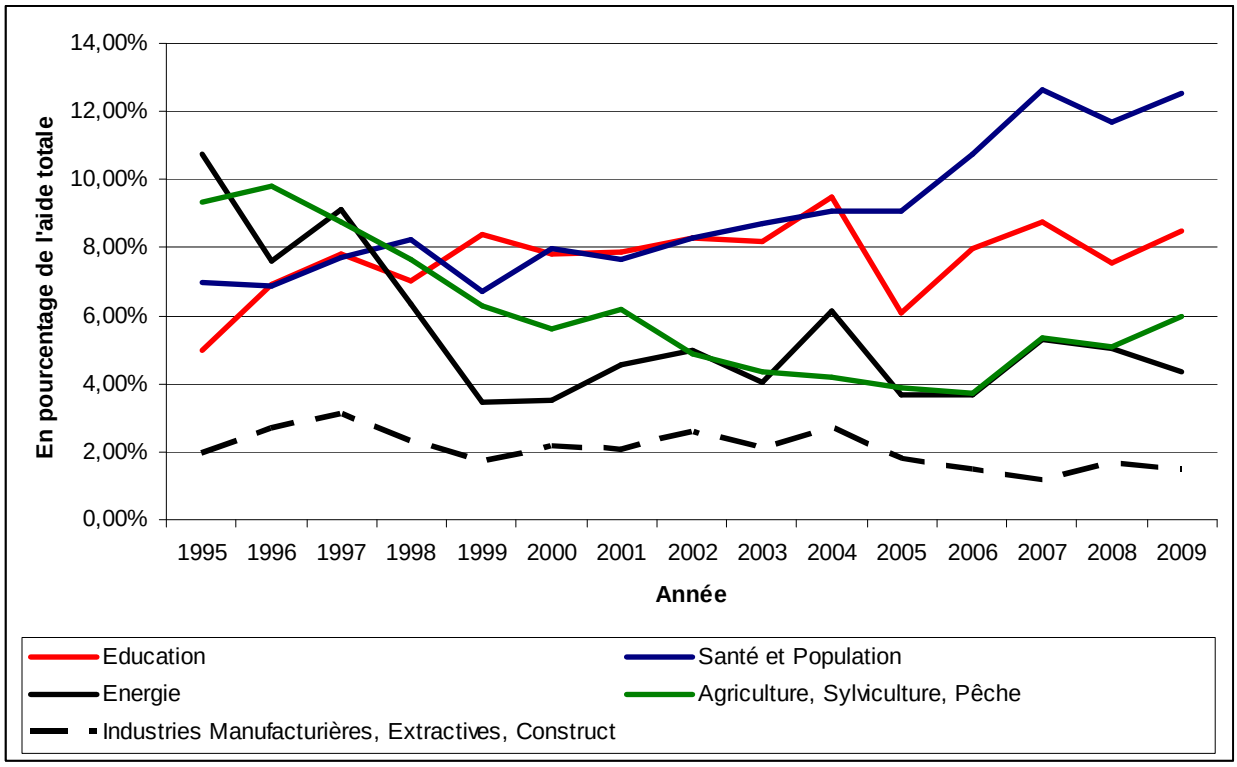


Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD.

[287] Ce poste correspond aux catégories : 120 (santé) et 130 (population/santé et Fertilité.) sur le système de notification des pays créanciers.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 13 : La part de l'aide à la santé et à la population dans l'APD totale comparée à celle des autres secteurs



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD

Quand on compare le sous secteur « Santé et Population » et d'autres sous secteurs du secteur social et économique, on peut tirer un certain nombre d'enseignements quant à l'importance acquise par la santé (graphique 13):

- Entre 1995 et 2009, la part de l'APD pour la santé et la population est passée de 7% à 12,55%, alors que celle de l'éducation est passée seulement de 5% à 8,47% et celles de l'énergie et de l'agriculture ont baissé respectivement de 10,73% à 4,34% et de 9,31% à 5,98%.
- En 1995, la part de la santé dépassait l'éducation et recevait à peu près le même volume d'aide que l'agriculture avant de voir le volume d'aide qui lui est consacré s'accroître. L'augmentation de l'aide à la santé dans la deuxième moitié des années 90 traduirait donc le renforcement d'une certaine orientation plutôt qu'une logique de rattrapage dans la mesure où une telle logique suppose que la santé occupe la place la plus petite au départ. En réalité le rattrapage a prévalu seulement vers la fin des années 80 et au début des années 90 pour corriger le fait qu'au début des années 80, les préoccupations

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

macroéconomiques et financières (à travers les plans d'ajustement structurel) ont éclipsé la santé.

1.3. Les principaux donateurs

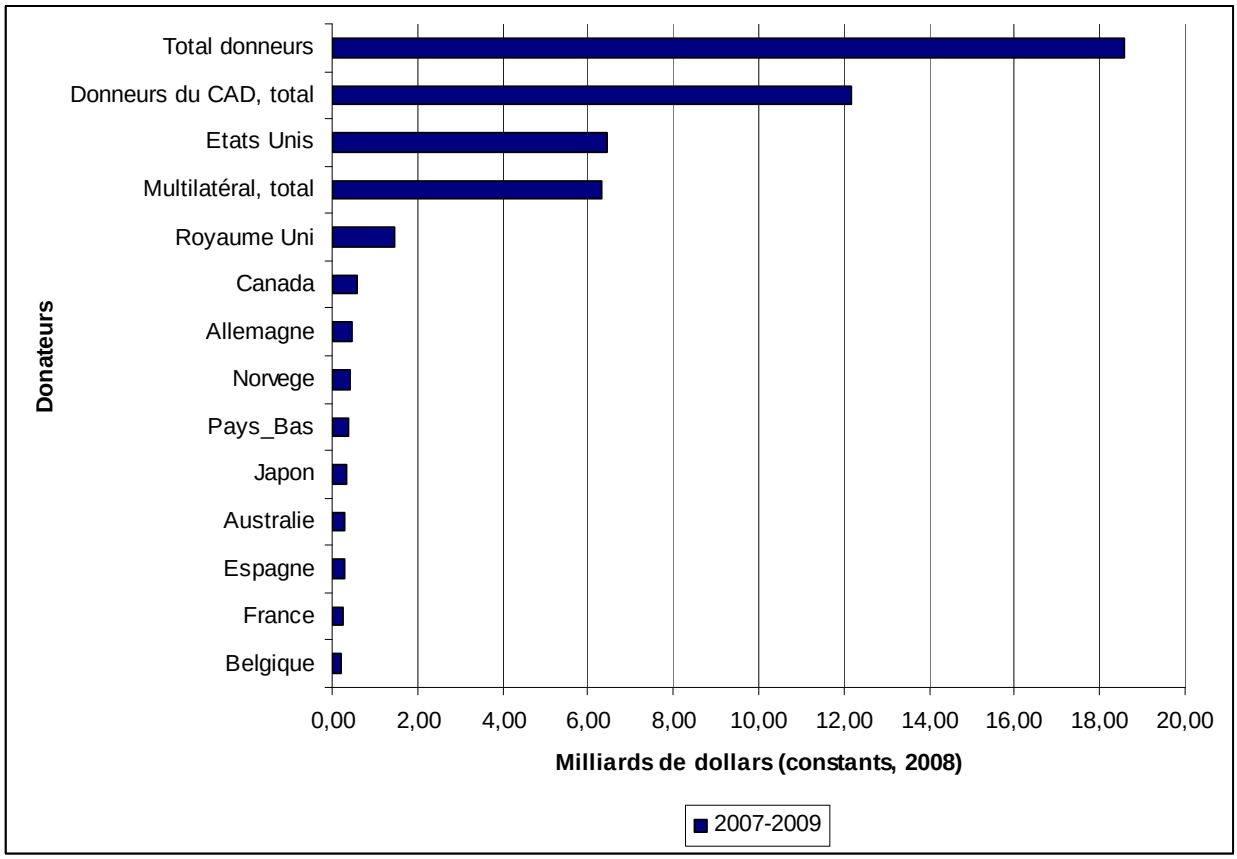
L'objectif de cette section est de présenter les principaux donateurs en termes d'engagements financiers. Nous allons donc présenter les grands donateurs bilatéraux ainsi que leurs engagements et ensuite les donateurs multilatéraux et leurs engagements.

1.3.1. Les pays

Comme l'indique le graphique 14, si des nouveaux pays industrialisés (NPI) ou encore en développement (comme la Chine, le Brésil, l'Inde et Cuba -durant les années 60 et 70-) financent des programmes de développement dans d'autres pays et se retrouvent donc en position simultanée de donateur et de bénéficiaire, la majorité des pays donateurs sont des pays riches et occidentaux. Mais la tendance actuelle est à la diversification. Les pays arabes exportateurs de pétrole, avec leurs excédents de capitaux, font figure de nouveaux arrivants. Ces pays riches qui financent plus de 2/3 de l'aide publique au développement sont constitués essentiellement des 22 pays membres du comité d'aide au développement (CAD). Le CAD regroupe, en effet, l'Amérique du Nord (Canada et États-Unis), l'Europe des 15, la Norvège, la Suisse, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. C'est pourquoi cette organisation s'identifie aux pays industrialisés du Nord. Toutefois, quelques pays de l'OCDE ne font pas partie du CAD bien qu'ils aient des programmes d'aide (Corée du Sud, Mexique, Turquie…). Aux pays précédemment cités, s'ajoutent maintenant les pays émergents et les pays exportateurs de pétrole. Cependant les parts qu'occupent ces pays restent encore marginales lorsqu'on les compare aux parts des pays du CAD. En effet, les États-Unis, le Royaume-Uni et le Pays-Bas sont de loin les principaux donateurs en termes de volume comme le montre le graphique ci-dessous. Viennent ensuite le Canada, l'Allemagne, le Norvège, le Suède, le Japon et la France qui ont des montants d'aide assez proches.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 14 : Engagements annuels moyens des pays du CAD et des institutions multilatérales en matière d'aide à la santé entre 2007 et 2009



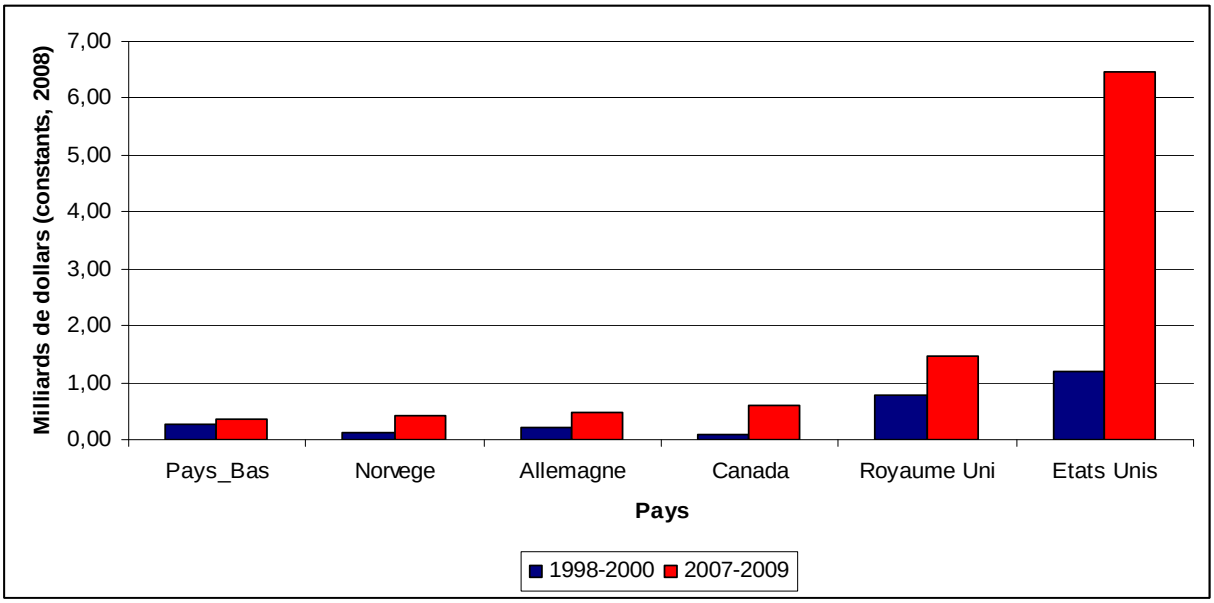
Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD

- **Évolution des engagements des principaux donateurs**

En volume, tous les grands donateurs ont accru l'aide qu'ils consacrent à la santé et à la population dans les pays en développement (graphique 15). Mais les progressions les plus fortes sont le fait du Canada, des États-Unis et de la Norvège. Pour la période allant de 1998-2000 à 2007-2009, l'aide du Canada a plus que quintuplé passant de 0,09 milliards de dollars en moyenne à 0,60 milliards pour la période, celle des États-Unis a plus que quintuplé passant de 1,20 milliards à 6,46 milliards et enfin celle de la Norvège a plus que triplé passant de 0,13 à 0,43 milliards.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 15 : Évolution des engagements en matière d'aide publique à la santé pour les grands donateurs



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD

- **Évolution des parts des grands donateurs dans l'aide à la santé**

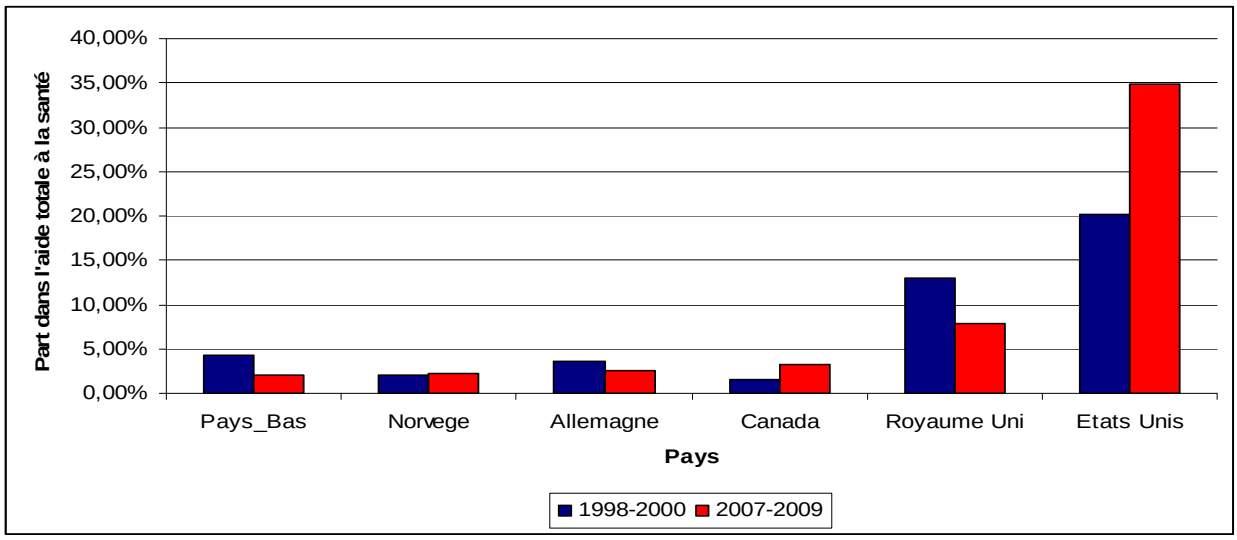
Au cours du temps la part des principaux donateurs a baissé (graphique 16) excepté les États-Unis (qui semblent jouer le rôle de tête de file dans ce domaine), le Canada et la Norvège. Entre la période 1998-2000 et la période 2007-2009, la part de l'aide des États-Unis passe de 20,20% à 34,80%, celle du Canada de 1,52% à 3,24% ; alors que les parts des autres pays ont baissé. Dans ce groupe de pays étudiés le Royaume-Uni est un pays qui se distingue car bien que sa part ait baissé, passant de 13% à 7,83% entre les périodes, il reste le deuxième plus grand donateur après les États-Unis dans le domaine de la santé et de la population. Ces trajectoires différentes appellent deux commentaires :

- la volonté de ces deux nations (États-Unis et Royaume-Uni) de rester prépondérantes dans un domaine pourtant marqué par l'arrivée de nouveaux donateurs.

- la baisse des parts des autres pays ne vient pas d'une baisse de leur aide en volume, mais de l'arrivée de nouveaux donateurs comme l'Irlande, la Grèce, la Nouvelle-Zélande…

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 16 : Évolution des parts de l'aide publique à la santé dans l'APD totale pour les grands donateurs (dollar constant, 2008)



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD

Nous pouvons approfondir l'analyse en essayant de voir si ces pays de taille différente accordent à l'aide à la santé la même place, la même importance. Quand on regarde la part de la santé et la population dans l'aide de chaque donateur, on se rend compte que les pays donateurs ne donnent pas à la santé dans les pays en développement la même importance. Ainsi, pour la période 2007-2009 (voir le tableau 5 ci-dessous), les États-Unis, le Luxembourg, l'Irlande le Royaume Uni et le Canada sont les pays qui consacrent à la santé les parts les plus importantes de leur APD à savoir respectivement 22,57% ; 19,83% ; 18,62% ; 17,45% et 16,04%. Le groupe de donateurs qui suit est composé des pays et de groupes de donateurs qui se caractérisent par une part de la santé dans l'aide totale variant entre 10% et 15%. On peut citer par exemple la Corée (13,37%), la Belgique (11,20%), la Norvège (11,05%) (*cf.* tableau 5).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 5 : La part de la santé dans l'aide totale de chaque donateur (dollar constant, 2008)

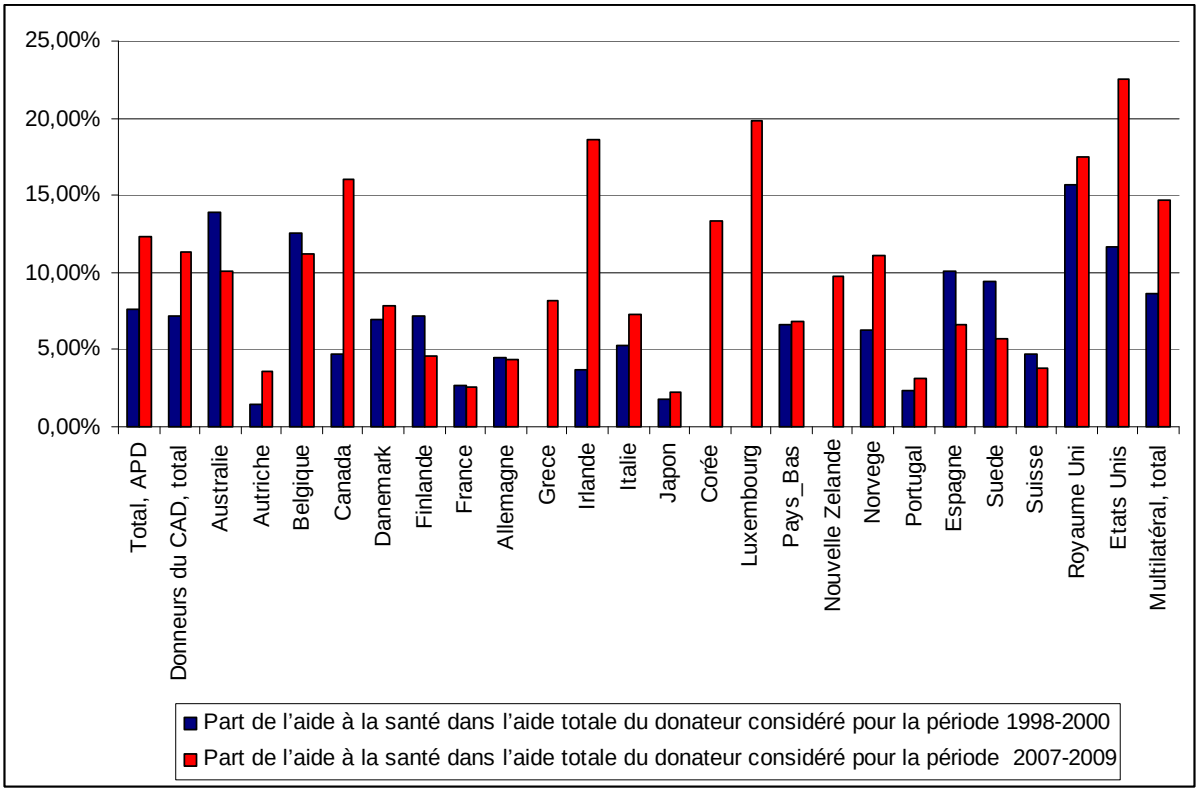
Pays	Part de l'aide à la santé dans l'aide totale du donateur considéré
Donateurs dont la part de la santé se situe entre 0% et 5% de l'aide totale	
Japon	2,25%
France	2,60%
Portugal	3,16%
Autriche	3,60%
Suisse	3,84%
Allemagne	4,35%
Finlande	4,64%
Donateurs dont la part de la santé se situe entre 5% et 10% de l'aide totale	
	5,68%
Suède	6,66%
Espagne	6,85%
Pays-Bas	7,28%
Italie	7,83%
Danemark	8,19%
Grèce	9,77%
Nouvelle Zélande	
Donateurs dont la part de la santé se situe entre 10% et 15% de l'aide totale	
Australie	10,07%
Norvège	11,05%
Belgique	11,20%
Donneurs du CAD, total	11,37%
Total donateurs	12,30%
Corée	13,37%
Multilatéral, total	14,71%
Donateurs dont la part de la santé se situe au dessus de 15% de l'aide totale	
Canada	16,04%
Royaume-Uni	17,45%
Irlande	18,62%
Luxembourg	19,83%
États-Unis	22,57%

Source : Présentation de l'auteur d'après des données de l'OCDE.

Le graphique 17 représente l'évolution, au tournant des années 2000, des parts de la santé dans l'aide totale. Ce graphique montre que la part de l'aide à la santé dans l'aide totale bilatérale des pays membres du CAD a augmenté, passant de 7,18% pour la période 1998-2000 à 11,37% pour la période 2007-2009. La part de l'aide à la santé dans l'aide totale multilatérale a, elle aussi, augmenté, passant de 8,64% pour la période 1998-2000 à 14,71% pour la période 2007-2009.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 17 : Évolution des parts de la santé au tournant des années 2000



1.3.2. Les donateurs multilatéraux

L'aide multilatérale mobilise près d'un tiers de l'aide à la santé.[288] Nous présentons d'abord les principaux donateurs actuels, puis étudions les évolutions au tournant des années 2000.

- **Les principaux donateurs actuels en volume**

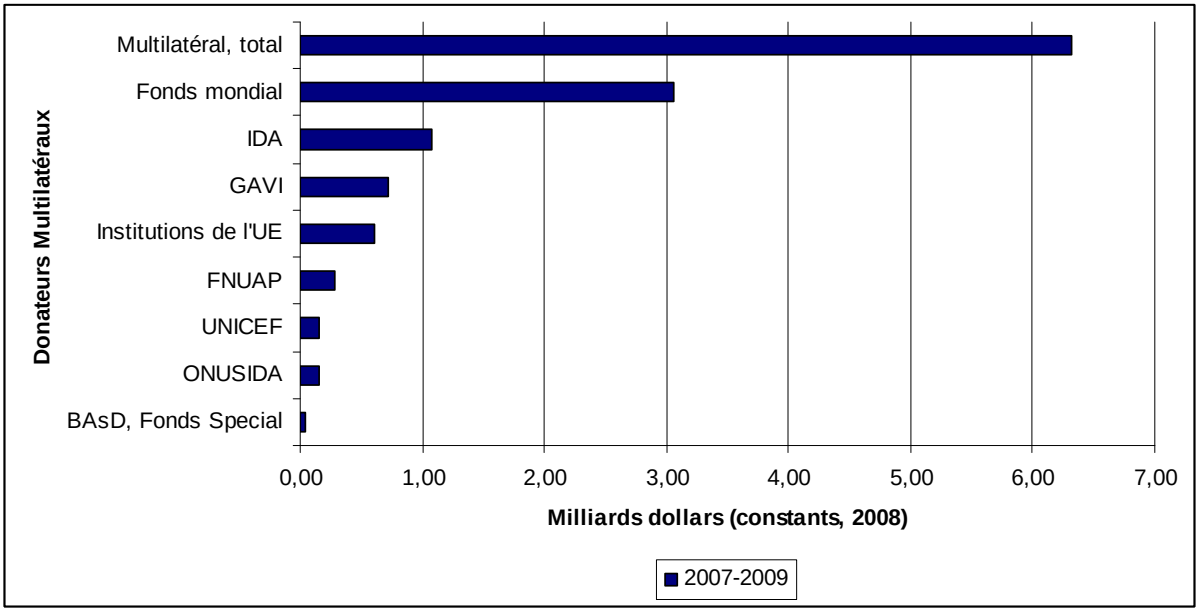
Au sein des bailleurs de fonds multilatéraux, on voit (graphique 18) que le premier donateur pour la période 2007-2009 est le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) avec 3,06 milliards USD, ensuite vient l'IDA (*International Development Association*) avec 1,07 milliards USD. L'alliance GAVI (*the Global Alliance for Vaccines and Immunisation)* qui vient en troisième position se situe au dessus d'un demi-milliard de dollar

[288] Cette proportion est équivalente à celle observée dans l'aide totale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

USD (soit 0,73 milliards). Enfin vient la Commission Européenne dont l'engagement moyen sur la période s'élève à 0,63 milliards USD.

Graphique 18 : Les engagements annuels moyens pour la santé sur la période 2007-2009 des institutions internationales[289]



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD

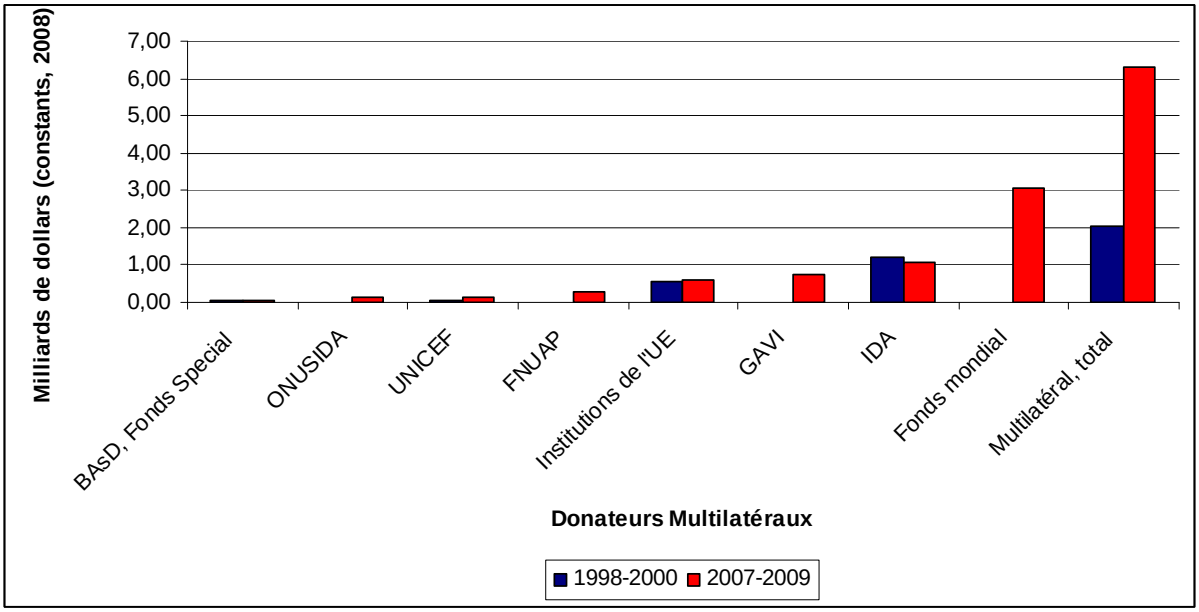
- **Évolution des engagements des donateurs multilatéraux**

L'aide consacrée à la santé des différents donateurs multilatéraux a augmenté entre 1998-2000 et 2007-2009 passant de 2,06 à 6,32 milliards (USD), mais quand on observe les évolutions depuis 1998, on voit que l'arrivée effective à partir de 2002 du fonds mondial de lutte contre sida, la tuberculose et le paludisme (FMSPT) a conduit à une modification du classement des donateurs multilatéraux (graphique 19). En effet, pour la période 1998-2000 l'IDA (Banque mondiale) était en tête des donateurs, suivie par la commission européenne (avec respectivement 1,20 et 0,55 milliards USD). Pour la période 2007-2009, le FMSTP, avec 3,06 milliards USD, s'est hissé en tête de liste et est suivi par l'IDA avec 1,07 milliards USD. **Ainsi, la hausse récente de l'aide multilatérale vient en grande partie de la création du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.**

[289] « BAsD, Fonds Special » désigne la Banque Asiatique de Développement.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 19 : Évolution des engagements des donateurs multilatéraux au tournant des années 2000



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD

Mais l'évaluation de l'effort axé sur la santé ne se limite pas à l'examen du volume. Il convient également d'examiner les évolutions en termes de proportion.

- **Les parts des principaux donateurs multilatéraux**

Durant la période 2007-2009, les trois institutions que sont le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et la malaria, la Banque mondiale avec l'IDA, l'alliance GAVI et la Commission européenne ont concentré l'essentiel de l'aide multilatérale à savoir respectivement en moyenne 48,36% ; 16,93% ; 11,53% et 9,73%. Leurs parts durant la même période dans l'aide totale orientée vers la santé étaient respectivement de 16,46% ; 5,76% ; 3,93% et 3,31%.

Au total, l'aide à la santé a effectivement augmenté avec la mobilisation accrue d'acteurs variés. Nous allons chercher, dans la section suivante, à vérifier la thèse selon laquelle c'est l'acceptation de la pluralité des images politiques qui a conduit à une mobilisation importante en allant plus loin que la coïncidence temporelle entre la mobilisation et la pluralité des images politiques. Nous allons notamment tenter d'évaluer « statistiquement » le poids de ces différentes images politiques dans la mobilisation pour la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2. Le poids des différentes images politiques de l'aide à la santé

L'objet de cette deuxième section est d'illustrer, à partir des flux d'aide à la santé, le lien entre la mobilisation (hausse récente de l'aide) et l'ambiguïté (combinaison de plusieurs images politiques). Il s'agit de montrer que les flux d'aide, par leur composition ou la façon dont ils sont alloués, reposent sur une plus grande pluralité d'images politiques à partir des années 2000.

Bien entendu, il est difficile dans un domaine aussi complexe que l'aide au développement, caractérisée par une multitude de déterminants et un manque de données détaillées sur une longue période, d'établir de parfaites relations de causalité ou des liens précis entre discours (images politiques) et pratiques (répartition de l'aide, notamment le choix des priorités). Dès lors, l'ambition de cette section est d'évaluer l'influence des images politiques (ou de leur combinaison) sur l'évolution récente de l'aide à la santé en termes de mobilisation que nous mesurerons par le volume d'aide. C'est donc l'efficacité des stratégies de mobilisation qui est questionnée ici. Une stratégie de mobilisation doit être comprise comme l'utilisation d'une ou plusieurs images politiques pour sensibiliser autour d'un problème ou pour soutenir un projet.

Nous revenons d'abord (2.1) sur l'analyse de l'évolution des flux d'aide publique à la santé, notamment de sa composition, pour compléter les analyses effectuées dans la section 1. Rappelons que cette section a permis de montrer que l'aide a effectivement augmenté à partir des années 2000. **Ensuite (2.2), nous tentons d'évaluer, à travers une analyse économétrique, l'influence de certaines images politiques, repérées par un certain nombre de variables, dans la mobilisation actuelle qui donne à la santé une place de choix dans les politiques de développement.**

Cette analyse cherche donc à montrer que nous avons assisté à l'émergence d'un nouveau régime porté par la combinaison de plusieurs images politiques (notamment la sécurité, les droits humains, le développement), combinaison illustrant l'ambiguïté de la stratégie de mobilisation de l'aide ou des donateurs dans leurs motivations.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.1. L'évolution de la composition des flux d'aide à la santé : un changement de priorité

Dans cette sous-section nous analysons la répartition sectorielle de l'aide à la santé.[290]

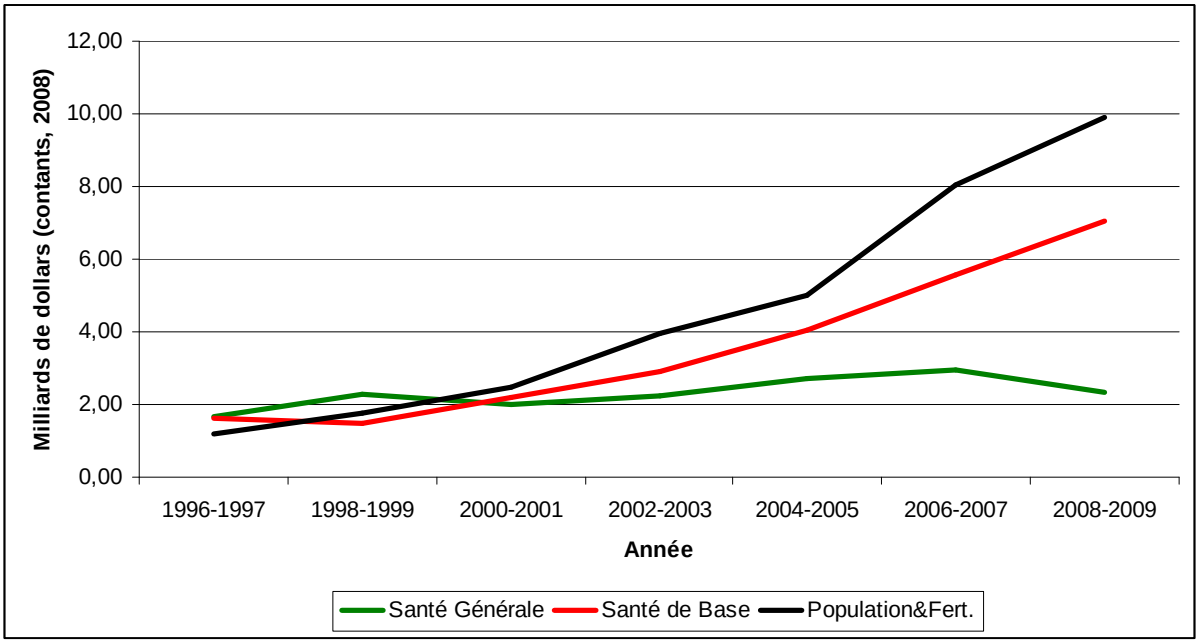
Le secteur « Santé et population » est composé de trois sous secteurs selon la définition du CAD : santé générale, santé de base, population et fertilité.[291] Certes, tous les sous-secteurs de l'aide à la santé ont vu le volume d'aide qui leur est consacré augmenter depuis la fin de la décennie 1990 et ceci de façon continue, mais un examen plus détaillé montre que cette augmentation est plus ou moins forte selon les sous-secteurs, modifiant ainsi largement les proportions, donc les priorités ressortant de l'analyse des flux d'aide (graphiques 20 et 21). À **partir de 1998-1999 et de façon plus prononcée en 2000-2001, la composition de l'aide à la santé a fortement changé en faveur du sous secteur « Population et Fertilité ».** Les fonds pour ce secteur qui représentaient 31,74% (1,75 milliards EU) de l'aide à la santé pour la période 1998-1999, ont atteint 51,36% (9,88 milliards EU) pour la période 2008-2009. **À l'inverse, pour la même période, la part des programmes généraux de santé a diminué, passant de 41,21% à 12,12%. Enfin, le sous-secteur « santé de base » est passé de 27,04% à 36,52%. La forte progression de l'aide à la santé est donc largement due à la croissance du sous secteur « Population et Fertilité ».** Il convient de noter que ce sous-secteur inclut la lutte contre le Sida. Or cette maladie a la particularité d'être la seule à avoir mobilisé la communauté internationale au niveau le plus important : le Conseil de sécurité des Nations Unies. Le débat au Conseil de sécurité sur le Sida en 2000 et l'insistance de la CIA l'importance de la menace (Gordon, 2000, 2002) semble avoir modifié largement les pratiques. Bien que le débat ait été spécifique au Sida, cette approche tend à devenir dominante et illustre une prise en compte croissante des risques liés à la santé publique internationale dans les réflexions géopolitiques contemporaines (Dixneuf, 2003a).

[290] Pour une analyse de l'évolution des flux d'aide à la santé et de l'importance qu'elle a acquise, voir la section 1.

[291] Les sous secteurs se composent comme suit : SANTE GENERALE (Politique de santé et gestion administrative, éducation et formation médicales, recherche médicale, services médicaux) ; SANTE DE BASE (Soins et services de santé de base, Infrastructure pour la santé de base, nutrition de base, lutte contre les maladies infectieuses, éducations sanitaires, formation de personnel de santé.) ; POPULATION SANTE ET FERTILITE (Politique/programmes en matière de santé et gestion administrative, soins en matière de fertilité, planification familiale, lutte contre les MST et VIH/Sida, formation de personnel en matière de population santé et fertilité.).

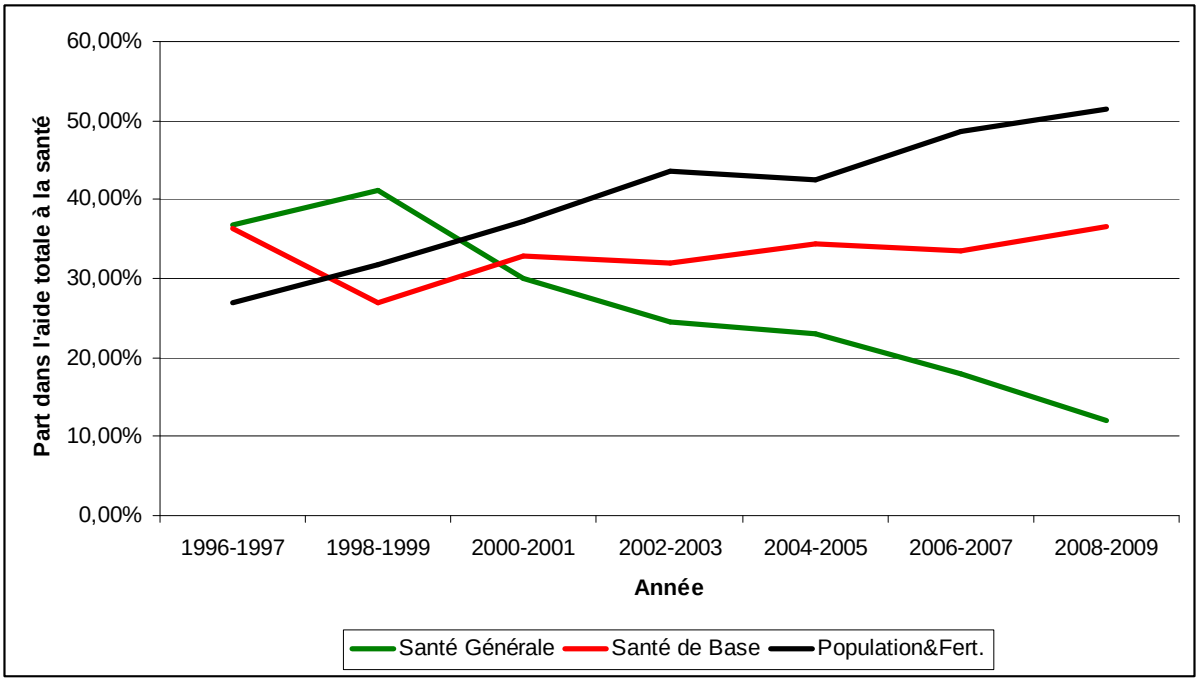
© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 20 : Evolution des sous secteurs de l'aide à la santé entre 1996 et 2009



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD.

Graphique 21 : Part de chaque sous-secteur dans l'aide totale du secteur de la santé



Source : Présentation de l'auteur d'après des données du CAD.

L'analyse de la répartition de l'aide à la santé montre que le sous-secteur « Population et Fertilité », cristallisant la question de la sécurité sanitaire, a gagné en importance au tournant des années 2000, conformément à notre analyse théorique (*cf.* chap. 5), sans marginaliser totalement

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

les deux autres sous secteurs. Le soutien à la santé générale et à la santé de base illustre, quant à lui, la place accordée aux autres images politiques que sont l'approche par le développement[292] et l'approche par les droits humains. On notera l'existence d'une certaine dualité en termes d'objectifs puisque ces deux sous secteurs « santé de base » et « santé générale », concentrant les préoccupations les plus nombreuses en termes de développement socialement durable, occupent à eux deux une part comparable à celle du sous secteur « Population et Fertilité ». Nous retrouvons des postes d'aide (santé de base, santé générale et population et fertilité) qui renvoient donc à plusieurs images politiques, notamment celle de la sécurité qui semble être un important levier de mobilisation. Cependant, en disant que la façon dont le Sida mobilise renvoie à une approche sécuritaire, nous ne suggérons pas que le Sida ne concerne pas les pauvres ou qu'il ne peut pas y avoir des considérations éthiques derrière la mobilisation qu'il suscite. Nous voulons plutôt souligner les points suivants :

- premièrement, les dimensions « sécuritaires » furent utilisées par beaucoup d'acteurs afin d'obtenir une plus grande mobilisation des pays riches. Parmi ces acteurs, nous avons l'ONU, l'OMS et diverses ONG (*cf.* chap. 5, section 1). Ce constat est partagé par plusieurs auteurs (Dixneuf, 2003a ; Shiffman, 2005 ; Mackellar, 2005 ; Bagayoko-Penone et Hours, 2006).
- deuxièmement, une mobilisation basée sur des arguments sécuritaires peut se traduire par des politiques d'aide nuisibles à la viabilité des systèmes de santé dans les pays du Sud et qui s'opposent à l'équité chère à l'approche en termes de droits humains.

Une telle analyse n'est pas une spéculation théorique, mais un problème réel également décrit par un rapport récent d'évaluation du Fonds mondial (Kérouedan, 2010) dont voici quelques éléments :

- L'évaluation indépendante à cinq ans du Fonds mondial, réalisée par un bureau d'expertise américain, dans 25 pays en 2009, indique que « *les évaluateurs constatent que les services de santé de base manquent de tout... sauf de tests, de formation, de directives et de médicaments pour le Sida. Si l'élémentaire, comme le test de l'hémoglobine, ou le test urinaire, n'est pas disponible là où le plus coûteux l'est, ne peut-on pas parler d'effets systèmes en faveur du Sida, aux dépens des maladies les plus courantes ?* » (Kerouedan, 2010, p.23).

[292] Notamment avec le souci d'un développement réducteur de la pauvreté.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- Ce même rapport relève que les études réalisées au niveau des districts de santé *(districts health assessments*) dans des pays aidés montrent que les centres de santé manquent de fournitures ou d'équipement de base (eau, soignants, protocoles et directives, médicaments, réactifs de laboratoire, moyens matériels et logistiques) et que, dans certains pays par exemple, là où le test HIV est disponible, les tests de mesure de l'hémoglobine, de la glycémie ou le test urinaire, par exemple, ne le sont pas (idem).
- Dans le même rapport, les évaluateurs observent enfin une substitution de donateurs en faveur de la lutte contre la tuberculose, les bilatéraux s'étant retirés au moment où les initiatives mondiales en faveur de la tuberculose ont vu le jour et pris le relais (Kerouedan, 2010, p. 22).

Les chiffres de l'évolution de l'aide à la santé (*cf.* Graphique 12, *supra*) montrent aussi que nous pouvons émettre légitimement l'idée d'un changement de régime dans les actions sanitaires internationales au tournant des années 2000 et plus exactement à partir de 2001. Nous allons ainsi, au moyen de l'analyse économétrique, tester la réalité d'un nouveau régime[293] à partir de 2001 et évaluer l'influence de différentes images politiques dans l'accroissement qu'a connue l'aide à partir de 2001.

2.2. Un nouveau régime ? Une étude économétrique

L'objectif de cette sous-section est de tester la réalité d'un nouveau régime qui serait porté par plusieurs images politiques, notamment la sécurité et le développement socialement durable (qui combine l'approche par le développement et l'approche par les droits humains). Une première section porte sur une identification théorique des critères d'attribution de l'aide (2.2.1.), une deuxième précise nos hypothèses (2.2.2.), une troisième aborde la construction de notre modèle économétrique d'allocation (2.2.3.), une quatrième présente les données utilisées (2.2.4.) et une cinquième donne les résultats de l'estimation (2.2.5.).

2.2.1. Identification théorique des critères d'attribution de l'aide à la santé

Des auteurs comme Mackellar (2005) et Shiffman (2005) ont essayé de comprendre les évolutions récentes de l'aide à la santé et à la population. Dans ce projet d'identification des

[293] Un régime qui serait différent de celui qui a prévalu dans les années 1990.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

critères, nous nous référerons aux explications de Shiffman (2005) que des études comme celles de Mackellar semblent corroborer. En cherchant à identifier les priorités qui se dégagent de l'aide destinée aux maladies infectieuses, Shiffman (2005) parvient à la conclusion que les différents facteurs suivants jouent un rôle dans les choix d'attribution :

- la charge de la maladie (souvent mesurée en AVCI à l'heure actuelle)
- le taux de mortalité infantile
- la rapidité d'expansion
- la capacité des pays pauvres à prendre en charge eux-mêmes la maladie
- l'existence d'interventions coût-efficaces
- les caractéristiques des victimes
- la prévalence et risque d'infection dans les pays donateurs
- et les autres facteurs politiques et économiques.

Mackellar (2005) est parvenu à la conclusion que le Sida est en soi une priorité des donateurs même si la pandémie est loin d'être la première en termes de charges de morbidité[294] ou en termes de choix opérés par les populations des pays du Sud à travers les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP).

Au-delà des maladies infectieuses, nous considérons que les critères de Shiffman sont largement généralisables à l'aide publique à la santé dans sa globalité. En effet, on peut faire l'hypothèse que **l'aide publique à la santé dépend des besoins du pays aidé approchés par les AVCI, de la capacité du pays à prendre en charge ses problèmes de santé que l'on peut approcher par le revenu national par tête (RNB/tête), de la qualité de la gouvernance et enfin du risque pour les donateurs.** Par ailleurs, on va illustrer l'importance du risque pour les donateurs à travers la capacité d'explication du taux de prévalence du Sida de la variation de l'aide par tête reçue par un pays.[295] Comme nous l'avons indiqué, cette maladie est considérée comme une menace pour la santé publique internationale. Ainsi à partir de 2001, la lutte contre le Sida est devenue une priorité internationale et semble déboucher sur un changement majeur dans les politiques de santé. Elle est considérée par certaines analyses comme répondant à une logique qui serait relativement plus « sécuritaire ».

[294] En 2001, selon le rapport de l'OMS (2002) les parts de chaque maladie en charge de morbidité mesurées en années de vie corrigées d'invalidité (AVCI) sont : maladies infectieuses, santé maternelle, conditions périnatales et déficiences nutritives (39.8%), maladies infectieuses hors MST/SIDA (23.6%), santé maternelle et conditions périnatales (8.3%), MST/SIDA (5.6%), maladies non transmissibles (48.9%).

[295] Dit autrement, l'influence de l'aspect sécuritaire de l'aide à la santé sur la mobilisation sera mesurée par le poids que prendra le taux de prévalence du sida dans la répartition de l'aide.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais dans la mesure où il n'existe pas de données sur les AVCI sur plusieurs années (seulement pour 2001), nous allons utiliser la mortalité infantile comme indicateur des besoins. Nous avançons deux arguments pour cela :

- la baisse de la mortalité infantile est une priorité pour les donateurs et pour les bénéficiaires si l'on en juge par la place qui lui donnée par les OMD.
- le taux de mortalité infantile est un bon indicateur des besoins sanitaires d'un pays. En l'absence de données sur les AVCI, comme c'est le cas ici, la mortalité infantile est l'un des plus sûrs échos des besoins sanitaires d'un pays. En effet, l'extrême fragilité du nourrisson le rend entièrement dépendant de la qualité de son environnement immédiat en matière d'infrastructures d'hygiène, de santé, de développement socio-économique, d'éducation, de gestion mais aussi de la situation politique de leur pays.[296]

Nous aurions pu recourir à l'espérance de vie à la naissance qui est un des indicateurs les plus utilisés pour apprécier les différences internationales de situations sanitaires. Cependant, en plus des arguments théoriques en faveur d'une utilisation du taux de mortalité infantile comme indicateur des besoins sanitaires des PED, il faut noter que, sur le plan économétrique, le recours à l'espérance de vie ne donnera pas des résultats différents. La raison tient au fait que les deux variables données dans le tableau sont fortement corrélées. Le tableau 6 ci-dessous donne le coefficient de corrélation et indique en dessous le seuil de significativité. Dès que cette valeur est inférieure au seuil de significativité (5%), on accepte l'hypothèse d'une auto-corrélation entre les variables étudiées. Ce résultat en termes de corrélation n'est aucunement surprenant, la mortalité infantile intervient dans le calcul de l'espérance de vie.

Tableau 6 : Coefficient de corrélation de Pearson

	Variable n°2 : Taux de mortalité infantile
Variable n°1 : Espérance de vie	Coefficient de corrélation de Pearson = -0,88793 Prob > |r| sous H0: Rho=0 : 0,0001 Nombre d'observations = 158

Source : Présentation de l'auteur

[296] C'est-à-dire que le classement des pays peut varier selon que l'on prend tel ou tel indicateur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Quant à la qualité de la gouvernance, institutionnellement désignée ces dernières années par la « bonne gouvernance », elle est présentée comme un critère (effectif ou souhaité)[297] central d'allocation de l'aide internationale, que ce soit sous forme de prêts, de dons ou d'allègements de dette. Pour mesurer la « bonne gouvernance », les institutions internationales, notamment la banque mondiale, utilisent le *country policy and institutional assessment* (CPIA). Or, la construction et l'utilisation du CPIA, l'indicateur développé par la Banque mondiale pour évaluer la « performance politique et institutionnelle » des pays, soulèvent de nombreuses questions techniques et, surtout, politiques. Au-delà, le principe même d'un indicateur de « bonne politique » est considéré par certains spécialistes du développement comme profondément antidémocratique : il participe en réalité d'une lourde tendance à la confiscation du débat sur le développement par des spécialistes (Merckaert, 2004).[298] Dans l'encadré 16 ci-dessous, nous présentons quelques limites du CPIA.

Encadré 16 : Le CPIA et les problèmes qu'il pose

La construction du CPIA pose un certain nombre de problèmes :
Un indicateur encore largement confidentiel. L'argument est commode : les pays emprunteurs ne souhaitent pas que l'indicateur soit rendu public. C'est donc avec la bénédiction des pays pauvres que la Banque mondiale maintient secrète la valeur nominale de ses évaluations. Elle publie, cependant, le classement relatif (qui situe les performances des uns par rapport aux autres).
D'un point de vue technique, les indicateurs choisis sont sujets à caution. Comme le remarque Barry (2004), la qualité des institutions d'une part et des politiques de l'autre est souvent évaluée dans un même critère, ce qui ôte toute clarté à l'exercice.
D'un point de vue politique que la construction du CPIA est douteuse. Selon la Banque mondiale, l'objectif de cet indicateur est d'évaluer la pertinence du cadre politique et institutionnel pour la lutte contre la pauvreté, la croissance durable et un usage optimal de l'aide au développement. En réalité, comme le souligne Alexander (2004, p. 17), « *le CPIA évalue dans quelle mesure un gouvernement a adopté des politiques économiques néolibérales et mis en place un environnement institutionnel propice au développement du secteur privé* ».
Les indicateurs qui composent le CPIA en sont une démonstration éclatante.[299] Si les critères de gestion économique traduisent l'orthodoxie de rigueur (austérité budgétaire, inflation au plus bas), les critères de bonnes politiques structurelles sont particulièrement éloquents : la dérégulation de tous les marchés, des prix et des salaires, de même que l'ouverture de tous les secteurs à la concurrence valent à coup sûr une bonne notation.

Source : Présentation de l'auteur

Malgré ces faiblesses, les institutions internationales continuent d'utiliser le CPIA comme critère d'attribution de l'aide. C'est pourquoi il serait logique de tenir compte de ce critère pour analyser la répartition internationale de l'aide à la santé. Mais, faute de données pour les périodes

[297] A la suite du travail de Collier et de Dollar (2001), « la bonne gouvernance » a été considérée par certains donateurs (la Banque mondiale notamment) comme un critère essentiel de maximisation de l'efficacité de l'aide. D'autres auteurs comme Cogneau et Naudet (2004) nuancent cela. Ce débat sera développé dans le chapitre 9.
[298] Jean Merckaert est chargé du programme de financement du développement au CCFD (Comité catholique contre la faim et pour le développement) et coordinateur de la Plate-forme Dette Développement.
[299] Voir en annexe une présentation détaillée de ces indicateurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

avant et après 2001, nous n'avons pu introduire la variable « gouvernance » dans le modèle. Les données que nous disposons sur le CPIA ne concernent que quelques pays et ne portent que sur l'année 2006. Nous pouvons cependant essayer de saisir l'influence du CPIA sur l'allocation de l'aide à la santé à partir de 2001 (moyenne de l'aide sur la période 2001-2006) dans les pays pour lesquels nous disposons des données. Cela permettra d'avoir une idée du lien entre les deux variables et donc potentiellement de la capacité d'explication que nous perdons. Ceci est possible par un simple calcul du coefficient de corrélation entre la variable « aide par tête » et la variable « CPIA ». Le tableau 7 ci-dessous donne le coefficient de corrélation et indique en dessous le seuil de significativité. Dès que cette valeur est supérieure au seuil de significativité (5%), on accepte l'hypothèse nulle d'absence d'auto-corrélation entre les variables étudiées. Ce calcul donne le résultat suivant :

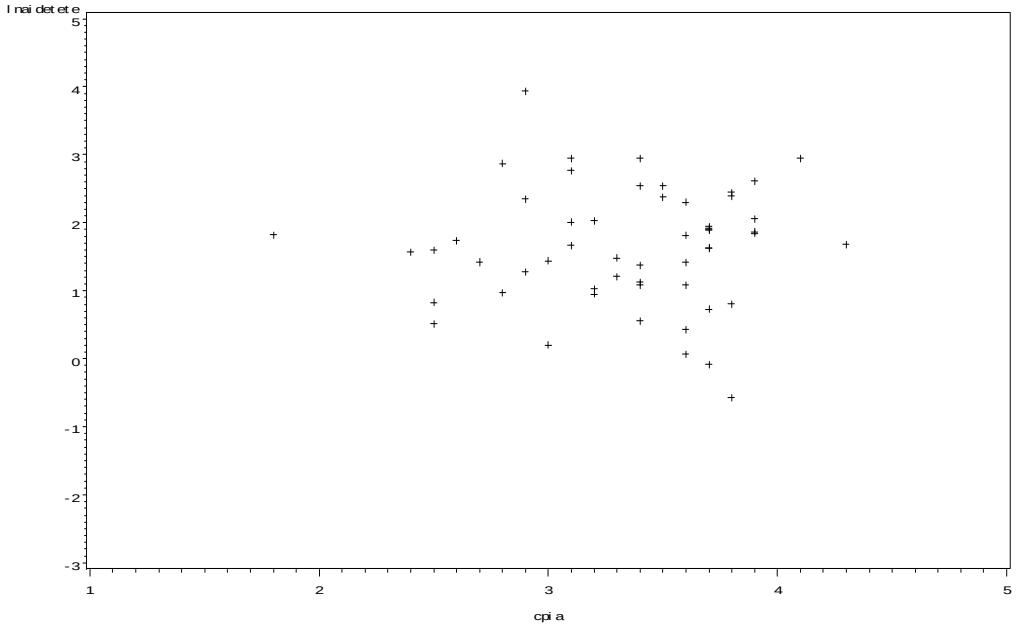
Tableau 7 : Le coefficient de corrélation linéaire de Pearson

	Variable n°2 : CPIA
Variable n°1 : ln (aide par tête)	Coefficient de corrélation de Pearson = 0,01854 Prob > |r| sous H0: Rho=0 : 0,8931 Nombre d'observations = 55

Source : Présentation de l'auteur

Graphiquement, cela donne :

Graphique 22 : Ln (aide par tête) en fonction du CPIA sur la période 2001-2006



Source : Présentation de l'auteur

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Nous voyons donc, comme le montrent le tableau 7 et le graphique 22 ci-dessus, que la CPIA ne semble pas influencer, sur la période 2001-2006, la répartition internationale de l'aide.[300] Il convient cependant de retenir ce résultat avec prudence. Car il peut provenir de la taille de l'échantillon (nous n'avons que 55 observations et le CPIA ne porte que sur l'année 2006). Il se pourrait également que le CPIA soit une variable instable. C'est pourquoi nous devons considérer ce faible coefficient de corrélation comme une première indication.[301] L'analyse du rôle du CPIA dans l'allocation sera donc affinée plus loin, à travers notamment l'étude du résidu, c'est-à-dire la part d'aide que notre modèle n'arrive pas à expliquer.

Au final, nous sommes conscients du fait qu'il peut y avoir un biais lié au choix des indicateurs, mais, ici, il est difficile de procéder autrement. Nous en tiendrons cependant compte dans les analyses que nous ferons.

2.2.2. Hypothèses

Dans cette sous-section, nous voulons reprendre les critères de Shiffman et Mackellar (voir 2.2. *supra)* pour préciser la nature de la relation de chaque critère avec l'aide reçue. **L'aide publique à la santé par tête reçue par un pays semble dépendre au regard des développements précédents (sous-section, 2.2.1):**

- **négativement des capacités du pays aidé que l'on peut approcher par le revenu par tête,**
- **positivement des besoins sanitaires que nous allons mesurer par la mortalité infantile,**
- **positivement des crises sanitaires majeures, en l'occurrence le Sida (prévalence Sida).**

On s'attend aussi à ce qu'il y ait, à partir de 2001 :

- une augmentation de l'aide dans le domaine de la santé, illustrant la primauté qui est maintenant la sienne avec le consensus sur la pertinence d'un développement socialement durable,

[300] Pour la corrélation entre l'aide par tête et les autres variables explicateurs, voir l'annexe n°10.
[301] Nous y reviendrons pour compléter cette analyse (voir plus loin, Tableau 9).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- une augmentation du poids accordé à la lutte contre le sida qui témoigne de la prise en compte de la santé dans les risques géopolitiques,
- et une évolution de l'importance accordée aux besoins sanitaires de base ou plus exactement une évolution de la prise en compte des différences en termes de mortalité infantile suite à la sensibilité accrue des bailleurs aux crises sanitaires internationales. (*cf.* Chap. 5).

Il est vrai que d'autres facteurs comme le calcul stratégique des donateurs et le passé colonial peuvent affecter la répartition de l'aide.[302] Néanmoins, nous considérons que les critères avancés ci-dessus sont les plus structurants de l'attribution internationale de l'aide. Ces critères renvoient aux images politiques dominantes de l'aide.

L'un des objectifs du chapitre est de savoir si nous avons assisté à un changement significatif dans la façon d'allouer l'aide à la santé. Avec un modèle économétrique, il est possible de tester la robustesse de nos hypothèses. En divisant notre période d'étude (1996 - 2006) en deux sous périodes « avant 2001 » et « après 2001 », on peut vérifier aisément si le « poids » accordé à chacun des critères annoncés ci-dessus s'est modifié à partir de 2001[303] dans le sens de nos attentes ou non. Une modification illustrerait ainsi un changement de régime.

2.2.3. Le modèle

L'idée est de disposer d'une spécification qui reflète le plus possible la réalité de l'allocation de l'aide à la santé. Mais les donateurs ne disposent pas de modèles mathématiques d'allocation.[304] Par contre, une piste intéressante est la mise en balance entre besoins sanitaires, capacité et intérêts stratégiques réels des donateurs ou considérés comme tels (les critères avancés au niveau des hypothèses ne sont que le détail de ce cadre général). La volonté d'être le plus fidèle possible à la réalité complexe de l'attribution de l'aide nous amènera à intégrer d'autres critères comme la taille du pays. À l'image de la formule utilisée par la Banque Mondiale (voir Kanbur 2005, p.83), on peut écrire :

$$Aide_i = f\left(R_i^{\alpha} P_i^{\beta} E^{\gamma SIDA_i + \chi Inf_i}\right) \quad (1)$$

[302] Précisons que l'omission d'une variable peut réduire la capacité d'explication du modèle dans sa globalité, mais n'invalide pas l'explication apportée par celles qui ont été retenues.
[303] Le choix de 2001 comme année charnière vient du changement de tendance observé sur le graphique 10.
[304] Il n'y a que la Banque mondiale qui dispose d'un modèle élaboré par l'Association Internationale de Développement (AID ou *IDA*) pour allouer l'aide dans sa globalité.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

$$AideH_i = f(r_i^{\alpha} P_i^{\beta-1} E^{\gamma SIDA_i + \chi Inf_i}) \quad (2)$$

Où les variables sont définies comme suit :

Aide : Aide publique à la santé reçue par le pays (dollar constant 2006)

P_i : Population du pays i

R_i : Revenu national brut du pays i

Inf_i : Taux de mortalité infantile du pays bénéficiaire de l'aide i

r_i : Revenu national par tête du pays i

$SIDA_i$: Prévalence Sida du pays i

E : Fonction exponentielle

$AideH_i$: Aide par tête (rapport du volume de l'aide et de la population) du pays i

Cette formule ne doit pas être envisagée dans une logique d'application mécanique, mais plutôt comme la construction d'un point de référence pour ensuite analyser l'évolution de la répartition de l'aide.

La formulation générale suggérée ci-dessus peut s'écrire comme suit pour une période:

$$AideH_i = A_0 * r_i^{\alpha} * P_i^{\beta-1} * E^{\gamma SIDA_i + \chi Inf_i} \quad (3)$$

Pour obtenir une constante qui s'interprétera comme le niveau d'aide pour un pays ayant les caractéristiques moyennes de notre échantillon (population et revenu par tête), on peut réécrire le modèle comme suit :

$$AideH_i = A_0 * \bar{r}_i^{\alpha} * \overline{P_i}^{(\beta-1)} * (r_i / \bar{r})^{\alpha} * (P_i / \overline{P})^{\beta-1} * E^{\gamma SIDA_i + \chi Inf_i} \quad (4) \text{ avec}$$

$\bar{r} = moyenne\ \ de\ r\ et \quad \overline{P} = \quad moyenne\ \ de\ P$

Si on applique la fonction logarithmique à cette équation on obtient :

$$LnAideH_i = LnA_0 + \alpha * Ln\bar{r} + (\beta-1) Ln\overline{P} + \alpha * (Lnr_i - Ln\bar{r}) + (\beta-1) * (LnP_i - Ln\overline{P}) + \chi * Inf_i + \gamma * SIDA_i \quad (5)$$

On va ajouter ε à cette équation linéarisée pour prendre en compte toutes les variables qui pourraient contribuer à l'explication de l'attribution de l'aide et qui ne sont pas explicitement

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

prises en compte dans le modèle. Cet élément aléatoire prend également en compte les problèmes de mesure des variables et de spécification du modèle. Ainsi :

$$LnAideH_i = LnA_0 + \alpha * Ln\bar{r} + (\beta - 1)Ln\bar{P} + \alpha * (Lnr_i - Ln\bar{r}) + (\beta - 1) * (LnP_i - Ln\bar{P}) + \chi * Inf_i + \gamma * SIDA_i + \varepsilon \quad (6)$$

Mais puisqu'on s'interroge sur la réalité d'un changement de régime à partir de 2001 donc d'une modification du poids accordé aux différents critères de l'allocation, on va réécrire le modèle afin de voir si les évolutions décrites théoriquement sont suffisamment significatives pour que l'on puisse conclure à un nouveau régime dans la façon d'allouer l'aide à la santé[305]. Mais avant posons $B = LnA_0 + \alpha * Ln\bar{r} + (\beta - 1)Ln\bar{P}$

$$LnAideH = B + \alpha * (Lnr_i - Ln\bar{r}) + (\beta - 1) * (LnP_i - \bar{P}) + \chi * Inf_i + \gamma * SIDA_i + \theta * D + \alpha_1 * D(Lnr_i - Ln\bar{r}) + \beta_1 * D(LnP_i - Ln\bar{P}) + \chi_1 * DInf_i + \gamma_1 * DSIDA_i + \varepsilon \quad (7)$$

Où *D* est une variable dummy qui est égale à 0 pour la période 1996-2000 et égale à 1 pour la période 2001-2006. La significativité de D indique un changement de régime à partir de 2001. Elle s'interprète comme un taux de croissance. Les coefficients de $(Lnr_i - Ln\bar{r})$ et $(LnP_i - Ln\bar{P})$ s'interprètent comme des élasticités. L'exponentiel de *B* s'interprète comme le niveau de *AideH* (aide par tête) pour un pays dont le taux de prévalence Sida est nul et ayant les caractéristiques moyennes en terme de population et de revenu par tête et avant changement de régime (donc pour la période 1996-2001). Le passage à 2001 conduit ce référentiel à un niveau égal à $B+\theta$ que l'on peut réécrire sous la forme $LnA_0 + \alpha * Ln\bar{r} + (\beta - 1)Ln\bar{P} + \theta$ ou encore $Ln(A_0 * \bar{r}^{\alpha} \bar{P}^{(\beta-1)} E^{\theta})$. Et enfin les coefficients des variables *SIDA*, *Inf* s'interprètent comme des taux de croissance.

[305] Au lieu d'introduire une variable dummy, on peut penser qu'un modèle de panel est mieux adapté. Mais, ce n'est qu'en apparence. Le modèle de panel est trop sensible aux variations des engagements (ou versements) d'une année sur l'autre et au manque de données. Cette sensibilité est problématique pour notre objet : étudier la réalité d'un changement de régime en 2000 (distinction de l'avant 2000 -1996 à 2000- et de l'après 2000 -2001 à 2006-). Par ailleurs, l'atout de la méthode de panel réside dans la prise en compté de l'hétérogénéité des pays. Elle permet en effet, de savoir si l'on est en droit de supposer que le modèle théorique étudié est parfaitement identique pour tous les pays, ou au contraire s'il existe des spécificités propres à chaque pays. Notre modèle n'ignore pas cette dimension et pend en compte l'hétérogénéité des pays par l'introduction de la variable taille (population).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Thèse de Mamadou I Barry, Lille 1, 2012

2.2.4. Les données

Les données utilisées dans cette estimation viennent de différentes bases de données[306] : les chiffres sur la population et le revenu par tête sont tirés de la base de données de la Banque Mondiale *World Development Indicators.* Il s'agit des moyennes annuelles sur la période considérée. La prévalence du Sida pour la période 2001-2006 porte sur l'année 2001 et est fournie par la base de données de la Banque Mondiale *World Development Indicators*. Les données relatives à la mortalité infantile et la prévalence du Sida[307] pour la période 1996-2000 sont issues des rapports du Programme des Nations Unies pour le Développement. L'aide exprimée en dollars constants 2006 pour les deux périodes a été tirée de la base de données de l'OCDE (Système de Notification des Pays Créanciers). Ici aussi, il s'agit des moyennes annuelles des engagements des donateurs sur la période considérée. Les données portent sur 82 pays issus des trois premières catégories de la liste des PED établie par l'OCDE.

2.2.5. Estimation et résultats

Une estimation à partir de l'équation (7) par la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) et après un *stepwise* descendant[308] donne les résultats présentés dans le tableau 8 suivant :

Tableau 8 : Résultats de l'estimation

Variable dépendante	Logarithme de l'aide à la santé par tête (*LnAideH)*		
	Coefficients	Ecart-type	Valeur du test T
Constante	-0.29314*	0.74892	-2.30
Variation du logarithme du r^{309} et de sa moyenne (*varLnr)*	-	0.06	-5.84
Variation du logarithme de la P^{310} et de sa moyenne (*varLnP)*	0.38116*	531	-14.86
Changement de régime *(D)*	-	0.03	2.54
Sida à partir de 2001 *(DSIDA)*	0.47798*	217	3.88
	0.3339	0.13	
	5**	140	
	0.0579	0.01	
	0*	491	
R-Carré = 0.6178 Adj Carré Ajusté= 0.6079 N=82 pays et 164 observations			

[306] L'idéal aurait été de tirer toutes ces données à partir d'une même base de données, car les méthodes de collectes ou de traitement peuvent varier d'une institution à une autre. Mais une telle base de données n'existe pas actuellement.
[307] Les deux institutions calculent la prévalence Sida de la même manière et cette prévalence porte sur les 15-49 ans. La prévalence Sida de la période 1996-2000 est celle de l'année 1997 (rapport 2000). La mortalité infantile porte sur les mêmes années que la prévalence Sida.
[308] Il faut rappeler qu'un *stepwise* est une procédure de sélection des variables explicatives. Le *stepwise* descendant permet de partir du maximum de variables et d'éliminer progressivement toutes les variables non significatives.
[309] Rappelons que ***r*** représente le revenu par tête du pays aidé et p la population.
[310] Rappelons que ***P*** représente la population du pays bénéficiaire.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Source : Présentation de l'auteur

Méthode de régression : Moindres carrés ordinaires
* significatif au seuil de 1‰
** significatif au seuil de 2%

Les quatre variables restantes du modèle (le revenu par tête, la population, le taux de prévalence du sida et les changements apparus à partir des années 2000) expliquent environ 62% de la variation de l'attribution internationale de l'aide à la santé.[311] Ces quatre variables ont une action significative sur la répartition de l'aide sur la période 1996-2006**.** Si l'on revient à notre interrogation sur le poids de nos différentes images politiques, ces résultats (tableau 8) nous permettent de tirer un certain nombre d'enseignements.

1er enseignement : une certaine continuité pour le poids donné à certains critères. En effet, la population et le revenu semblent être des critères qui affectent réellement la répartition de l'aide à la santé et qui gardent la même importance sur les deux périodes. Une hausse du revenu par tête de 1% semble se traduire par une baisse de l'aide par tête de 0,38% et une augmentation de la population de 1% relèverait l'aide à la santé par tête reçue par le pays de 0,52%[312]. Ainsi, même lorsque le volume de l'aide augmente en valeur absolue, la part allouée par tête pourrait se réduire d'année en année pour notre échantillon de pays. La hausse de l'aide (0,52%) est moins que proportionnelle à la hausse de la population (1%). Cela pourrait indiquer une certaine préférence pour les petits pays. De plus, si on considère que le revenu par tête indique la capacité des pays à se prendre en charge, à faire face à leurs besoins, on peut dire que le consensus sur un développement socialement durable à partir des années 2000 n'a pas accru le poids de l'équité (tenir compte de façon accrue des différences de capacité). La combinaison de la préférence pour les petits pays et de la prise en compte des différences de capacité dans un contexte d'augmentation de l'aide à la santé peut être interprétée comme une prise en compte de la fragilité, de la faible capacité de certains États. Ce sont donc là des critères qui renvoient à des préoccupations de justice et de développement socialement durable. Mais ce qu'il faut retenir est que le poids de ces critères n'a pas augmenté au tournant des années 2000.

2ème enseignement : malgré la continuité pour certains critères, on observe un changement de régime au tournant des années 2000 ayant une double caractéristique. La première caractéristique est une augmentation en moyenne de l'aide à la santé par tête et la

[311] ε captant le reste.
[312] *β-1=-0,48 donc β=1-0,48=0.52.*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

deuxième est une attention accrue pour le Sida. Le passage à la période 2001-2006 semble amener les donateurs à plus d'efforts pour la santé dans les pays en développement. On peut légitimement y voir le rôle de la mobilisation, portée par le développement socialement durable et institutionnalisée par les OMD, pour la santé des pauvres vers la fin des années 1990, mais aussi le rôle du Sida que l'approche sécuritaire n'a cessé de mettre en avant. À partir de 2001, l'aide par tête reçue en moyenne par chaque pays semble s'être accompagnée d'une majoration de 0,33 dollars[313] (EU) – on est passé de 0,75$ par tête à 1, 03$-. À partir de 2001, le Sida est devenu un critère à part entière de la répartition de l'aide, conformément aux analyses d'auteurs comme Mckellar (2005), Bagayoko-Penone et Hours (2006). En effet, une hausse de la prévalence d'un point de pourcentage semble se traduire en moyenne par un supplément d'aide de 6 points de pourcentage. Au regard du poids du Sida, nous pouvons dire que l'approche sécuritaire (qui est une image politique) a été déterminante dans l'accroissement récent de l'aide.

3ème enseignement : on constate que les besoins de base, représentés par la mortalité infantile, ne constituent pas un critère d'allocation significatif. En effet, les besoins sanitaires exprimés en termes de mortalité infantile n'ont pas eu un impact significatif sur l'allocation internationale de l'aide à la santé pour les deux périodes malgré l'hétérogénéité des PED (taux de mortalité infantile variant entre 30 et 180 ‰). Ce résultat n'est surprenant que si on se met dans une perspective « objectiviste » (*cf.* chap. 1), c'est-à-dire dans un cadre où les décisions sont prises sur la base de critères « objectifs » tels que la morbidité et la mortalité ou par l'existence de moyens d'action efficients. Or si l'on se place au contraire dans une perspective constructiviste (*cf.* chap. 1), on peut dire que la faible importance accordée à la mortalité infantile n'est pas surprenante. À ce jour, parmi les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) définis par les Nations unies en 2000, les objectifs relatifs à la santé infantile (OMD 4) et la mortalité maternelle (OMD 5) n'ont jamais occupé le 1er rang de l'agenda international. Cela a conduit le Canada, lors du G 8 de juin 2010, à proposer la mise en place d'un plan d'action basé sur le consensus global en santé maternelle, infantile et néonatale. L'absence d'influence de la mortalité infantile dans l'allocation de l'aide à la santé montre que le discours de l'OMS, comme celui des autres institutions multilatérales comme le PNUD ou l'UNICEF, qui défend depuis longtemps des programmes de santé communautaire et un alignement sur les besoins de base,

[313] Avec l'hypothèse toute chose égale par ailleurs à partir de 2001, on peut écrire : *LnAideH = B+θ= Exp(-0,29314)+0.33395= 1,08$, soit une majoration de 0,33$ en moyenne.* L'hypothèse « toutes choses égales par ailleurs » vise ici à écarter l'explication du niveau de l'aide par d'autres critères afin de supposer l'existence d'un effet propre lié au passage aux années 2000.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

n'est pas suffisant pour mobiliser. La raison probable est que la mortalité infantile n'est pas une épidémie.[314]

Au total, on retrouve la combinaison de diverses images politiques, notamment celle du développement socialement durable et celle de la sécurité. Cette réalité mixte ressort dans des discours mettant en garde contre l'inaction dans le domaine de la santé en indiquant que «*le prix à payer sera lourd pour l'économie mondiale, l'ordre social et la justice, mais aussi pour toute la civilisation* » (Feachem, 2000). Cette combinaison de plusieurs images politiques ressort aussi dans les analyses de Woodwart et Kawachi (2000). Ces auteurs avancent quatre arguments pour expliquer la nécessité de réduire les inégalités en matière de santé ou les efforts pour améliorer globalement la santé dans le monde:

- ces inégalités représentent une injustice. La situation n'est pas attribuable entièrement aux comportements des pays et personnes concernées.
- elles finissent par avoir des répercussions négatives pour l'ensemble de la société ; (les maladies infectieuses sont souvent citées en exemple).
- les disparités en matière de santé sont évitables dans la mesure où elles proviennent de politiques identifiables mises en œuvre par les gouvernements, comme la politique fiscale, la réglementation des affaires et du travail, les prestations sociales et le financement des soins de santé. Il s'ensuit que les inégalités de santé sont, en principe, se prêtent à des interventions politiques.
- les réduire est rentable ; il peut être économiquement avantageux de réduire les inégalités (plutôt que d'avoir à supporter le coût des conséquences des inégalités) et/ou de réduire ces inégalités pour une santé publique plus sûre dans le monde.[315]

De tels arguments peuvent donc être classés en deux catégories. La première regroupant des préoccupations d'ordre socio-économique (avec un souci important pour le développement, la justice et l'équité conformément aux principes du développement durable) et la deuxième

[314] Cette explication est partagée par Teresa Chiesa, spécialiste Santé au sein de CARE, pour qui « *la mortalité maternelle n'a rien d'une épidémie. Chaque année dans le monde entier, des centaines de milliers de femmes meurent de complications pendant leur grossesse ou leur accouchement, ce qui signifie qu'une femme meurt chaque minute* ». Et elle ajoute que « *ces femmes ne meurent pas par ignorance des moyens de prévention, mais parce que le reste du monde néglige de leur porter assistance* ». On peut donc penser que si ces questions de mortalité infantile avaient des implications sécuritaires, la mobilisation aurait pu être plus importante.
http://www.carefrance.org/?page=presse&id=20915 (visité le 27/09/10)

[315] Il faut dire que les maladies reconnaissent de moins en moins les frontières.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réunissant les préoccupations relatives aux externalités (avec une attention particulière pour les BPM et la sécurité sanitaire internationale).

Avant de terminer ce chapitre revenons sur le rôle de la « bonne gouvernance » que nous avions laissé en suspens. Nous avions obtenu dans une première approximation que la gouvernance n'influençait pas réellement la répartition internationale de l'aide à la santé (*cf.* section 2.2.1). Dans ce qui suit, nous approfondissons l'analyse du poids de la gouvernance à partir de l'analyse du résidu.

Au regard du coefficient de corrélation obtenu plus haut (*cf.* section 2.2.1.), la qualité de la gouvernance ne jouerait pas un rôle important dans l'allocation de l'aide à la santé. Mais la méthode utilisée (compte tenu des problèmes de données) est insuffisante pour affirmer que la différence de qualité de gouvernance n'est pas prise en compte par les donateurs, et ce d'autant que notre modèle (sans la variable gouvernance) n'expliquait que 62% de la répartition de l'aide. On peut donc penser que résidu du modèle aurait pu capter en partie l'effet de la gouvernance. Pour vérifier cette intuition, nous allons voir si la gouvernance, évaluée par l'indicateur CPIA, explique le résidu pour la période 2001-2006, la période pour laquelle nous disposons des données sur la gouvernance. Mathématiquement, cela revient à écrire : $\mathrm{Re}\,sid = A_0 + \eta * CPIA$ (8). Une capacité d'explication du modèle *(R^2)* signifierait que la qualité de la gouvernance est importante dans l'analyse de l'allocation de l'aide. L'estimation de ce modèle par la méthode des moindres carrées donne le résultat suivant :

Tableau 9 : Résultats de l'estimation

Variable dépendante :	Logarithme de l'aide à la santé par tête (*LnAideH)*		
	Coefficients	Ec art-type	Valeur du test T
Constante	-1.75035**	0.47581	-3.68
CPIA	0.566 84*	0.14096	4.02
R-Carré = 0.2338 Adj Carré Ajusté= 0.2193 N= 55 observations			

** significatif au seuil de 5‰
* significatif au seuil de 2‰

L'information principale de cette estimation est que la gouvernance explique plus de 20% du résidu. La relative importance de la capacité d'explication nous amène à considérer que la

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

gouvernance aurait une certaine influence sur la répartition de l'aide[316]. En somme la variable gouvernance n'a pas été retenue dans ce modèle par manque de données plutôt que par manque de pertinence ou d'influence.

******

L'objectif de ce chapitre était de montrer que l'ambiguïté, en facilitant les délibérations, aide fortement à la mobilisation des donateurs, notamment lors de la construction des partenariats public-privés. Ce chapitre permet de tirer un certain nombre d'enseignements.

Ni la vision technico-médicale des années 1960, ni le concept des droits humains, ni la notion de bien public des années 1980-1990 n'ont permis une mobilisation importante. Une seule image politique, aussi attrayante soit-elle, ne semble pas permettre à elle seule une mobilisation importante. La conjugaison de plusieurs images politiques semble au contraire être déterminante en matière de mobilisation des acteurs autour de l'aide au regard du niveau actuel de mobilisation.

Par ailleurs, l'aide a effectivement augmenté à partir des années 2000, c'est-à-dire dès que l'ambiguïté a commencé à être la règle. Pour les grands donateurs, on voit que la part de l'aide à la santé dans l'aide totale bilatérale des pays membres du CAD a augmenté, passant de 7,18% pour la période 1998-2000 à 11,37% pour la période 2007-2009. La part de l'aide à la santé dans l'aide totale multilatérale s'est aussi accrue, passant de 8,64% pour la période 1998-2000 à 14,71% pour la période 2007-2009.

Enfin, concernant les images politiques contribuant à cette évolution, nous avons montré empiriquement que c'est le consensus sur le lien entre santé et développement durable, combiné à une préoccupation sécuritaire en matière de santé publique internationale, qui semble être à l'origine de la hausse récente de l'aide publique à la santé. **Cette stratégie ambigüe de mobilisation a conduit à un nouveau régime dont le défi est de concilier, dans la mise œuvre des politiques d'aide, des préoccupations de sécurité et de satisfaction des besoins sanitaires de base.** Ce défi est d'autant plus important que le nouveau régime, certes caractérisé par plus

[316] Nous avons procédé à cette régression pour 55 pays dont nous disposons les données sur la gouvernance.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'aide à la différence de celui des années 1990, semble se focaliser sur des maladies infectieuses, en particulier le Sida.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Conclusion de la 3ème Partie

L'analyse conduite dans cette troisième partie tend à aboutir aux conclusions suivantes :

1ère conclusion : un argument fondé sur une seule image politique, aussi attractive soit-elle, ne semble pas conduire à des fortes mobilisations.

2ème conclusion : c'est la combinaison de plusieurs images politiques, donc d'acteurs variés, qui a conduit à la récente mobilisation autour de l'aide à la santé. Précisons toutefois que l'ambiguïté, bien que formulée et construite, ne résulte pas nécessairement d'une intentionnalité stratégique. En réalité, les acteurs débouchent, après des négociations, sur ces décisions ambigües. En guise d'illustration, nous avons souligné que c'est la combinaison de plusieurs images politiques qui a permis l'accroissement de l'aide à la santé à partir des années 2000. Plus exactement, nous avons mis en exergue, par une analyse théorique et empirique, que c'est le consensus sur le lien entre santé et développement durable, combiné à une préoccupation sécuritaire en matière de santé publique internationale, qui est à l'origine de la hausse récente de l'aide publique à la santé.

3ème conclusion : institutionnellement, cette mobilisation a été donc obtenue par la sensibilisation d'une pluralité d'acteurs (représentant des valeurs et des orientations différentes) sur l'importance des actions sanitaires et leur réunion dans des partenariats public-privés (Roll Back Malaria, Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, Alliance GAVI…).

Dans la quatrième et dernière partie, nous examinons les problèmes de coordination des donateurs et leurs liens avec la pluralité des images politiques. Rappelons que la mobilisation et la coordination sont les deux objectifs intermédiaires mis en avant par les bailleurs pour améliorer l'efficacité de l'aide à la santé. Ce sont donc les deux piliers de l'agenda de l'efficacité qui s'est imposé à partir des années 2000.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

4ème Partie : Une meilleure coordination est-elle possible ?

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 7 : Une coordination insatisfaisante

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'un des objectifs de cette dernière partie de la thèse est de montrer les difficultés de coordination dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés. Nous avons déjà mis en évidence dans le chapitre 6 que la mobilisation a augmenté à partir des années 2000 (accroissement du volume d'aide et diversification des acteurs). Nous avons souligné que cette mobilisation a été obtenue au moyen d'une stratégie ambigüe, c'est-à-dire la combinaison d'images politiques de différents acteurs. **Il nous reste à établir que l'objectif d'une coordination efficace (réductrice de la dispersion et des coûts de l'aide), parallèle à l'objectif de mobilisation, n'a pas été atteint et que les difficultés d'aboutir à une coordination efficace sont une conséquence de la mobilisation d'acteurs variés au moyen de l'ambiguïté**. C'est pourquoi dans ce chapitre la question qui est posée est la suivante : la mobilisation accrue obtenue au moyen de l'ambiguïté rend-t-elle difficile, voire impossible une coordination efficace? Nous cherchons dans ce chapitre à démontrer que malgré des engagements répétés des donateurs en matière de coordination, les résultats au regard de cet objectif sont décevants et que les raisons de ce manque de résultat sont à chercher du côté de la diversité des acteurs et de l'ambiguïté.

Nous subdivisons ce chapitre en deux sections. Dans la première, nous procédons à une présentation de l'agenda actuel de coordination et à une analyse de l'évolution de la coordination au moyen d'organisations multilatérales depuis le début de l'aide. Dans la deuxième section, nous évaluons les progrès en matière de coordination au regard de la dispersion des activités d'aide et de leur cohérence sur la dernière décennie. Les objectifs mis en avant par la Déclaration de Paris en 2005 serviront de critères d'évaluation.

En raison d'une insuffisance de données sur la coordination dans le domaine de la santé, nous allons analyser l'évolution de la coordination pour l'aide au développement dans sa globalité. Nous considérons cependant que les enseignements tirés à partir de l'analyse de l'aide dans sa globalité valent pour l'aide à la santé. En effet, les « bonnes pratiques constatées », notamment celles promues par les institutions de Bretton Woods, se diffusent aisément d'un secteur à l'autre. On peut donc s'attendre à une certaine homogénéité des situations d'un secteur à l'autre. Cependant, à chaque fois que les indicateurs analysés le permettent nous étudions l'aide à la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1. L'état de la coordination entre les organisations intergouvernementales

1.1. L'agenda de la coordination

Le débat sur l'efficacité de l'aide occupe depuis plus d'une décennie le devant de la scène du développement et a projeté la coordination au rang des maillons majeurs pour renforcer l'efficacité de l'aide. Ce débat tente d'apporter une réponse à ce qu'il est convenu d'appeler « la fatigue de l'aide ». Cette dernière aurait envahi les donateurs avec les échecs successifs des différents paradigmes de développement et notamment l'ajustement structurel. Il fait aussi écho aux discours sur le « gaspillage de l'aide » en raison de la « mal gouvernance » dans les pays bénéficiaires et de la dispersion de l'aide dont la responsabilité est attribuée aux donateurs. Pour corriger la dispersion nuisible à l'efficacité de l'aide, l'idée est de fournir aux donateurs une base pour harmoniser leurs stratégies et procédures et de sélectionner les meilleurs instruments de mise en œuvre.

Selon Bigsten (2006), la coordination des donateurs signifie une coordination horizontale entre les donateurs, également appelée l'harmonisation[317] des donateurs, que Balogun (2005) classe en trois rubriques : a) le développement d'accords communs pour la planification, la gestion et la provision de l'aide ; b) la simplification graduelle des procédures et des requêtes spécifiques afin de réduire leur poids pour les gouvernements partenaires ; c) le partage d'informations afin de promouvoir la transparence et d'améliorer la coordination.

Les accords communs peuvent être des accords sur les objectifs[318], sur les priorités et sur le rôle de chacun des acteurs membres du lieu politique. Dans cette rubrique, Balogun (2005) précise qu'il s'agit de l'utilisation accrue de revues de diagnostic conjointes, la collaboration et des stratégies, opérations, des accords financiers conjoints, et des procédures communes pour l'aide projet. Par simplification des procédures, il faut entendre la réduction du nombre de missions de terrain et du nombre de rapports requis par les donateurs, la coordination de la gestion financière et des procédures de décaissement, et une coopération déléguée (Balogun, 2005).[319]

[317] Les praticiens du développement utilisent le terme d'« harmonisation » de préférence à celui de « coordination », plutôt utilisé par les économistes. Dans ce chapitre, nous adoptons la seconde terminologie
[318] Très souvent, on semble souhaiter des accords sur un objectif, comme la lutte contre la pauvreté par exemple.
[319] Cité par Bigsten (2006, p.79).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La coordination consiste donc à construire, avec les partenaires, un plan d'action concerté pour éviter les doublons dans les projets mais aussi pour choisir le meilleur moyen pour atteindre un objectif commun.

L'action menée aujourd'hui en matière de coordination et d'alignement constitue le résultat cumulé de plusieurs années d'efforts internationaux en vue de renforcer l'efficacité de l'aide. Dans la littérature, la déclaration de Paris[320], bâtie autour de quelques principes et adoptée en 2005, constitue l'aboutissement institutionnel de cette volonté de « rationaliser » les activités en vue d'en améliorer l'efficacité. Le forum de Rome de 2003 est, quant à lui, considéré comme le point de départ du paradigme sur l'efficacité, le forum d'Accra de 2008 comme celui de l'approfondissement et de l'évaluation des progrès accomplis et le forum de Busan de 2011 comme celui du bilan d'une décennie d'actions en faveur de l'efficacité. Pourtant d'autres rencontres internationales ont porté et favorisé cet agenda. À côté de ces forums, on peut citer le sommet du millénaire de l'an 2000 qui avait pour but de préciser les objectifs prioritaires de l'aide, celui de Monterrey en 2002 qui traitait la question du financement et la rencontre de Marrakech en 2004 qui avait porté spécifiquement sur l'efficacité en ce sens qu'elle traite d'une gestion de l'aide axée sur les résultats (voir l'encadré 17 ci-dessous). Ces différentes rencontres vont déboucher sur une série de lignes directrices et de mécanismes mondiaux pour améliorer l'efficacité de l'aide.

Encadré 17 : La coordination : de New York à Accra

Nous présentons dans cet encadré un bref résumé des engagements pris par la communauté des bailleurs lors des rencontres visant une plus grande coordination.

Objectifs du Millénaire pour le développement

L'événement le plus important de ces dix dernières années pour l'amélioration de l'efficacité de l'aide s'est produit en septembre 2000, lorsque les dirigeants mondiaux ont adopté la Déclaration du Millénaire.[321] Par cette déclaration, les pays riches et le monde en développement s'engageaient à mettre en place un partenariat mondial pour réduire l'extrême pauvreté dans le cadre des huit objectifs du Millénaire pour le développement : 1) Réduire l'extrême pauvreté et la faim ; 2) Assurer l'éducation primaire pour tous, 3) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; 4)Réduire la mortalité infantile ; 5) Améliorer la santé maternelle ; 6) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; 7) Assurer un environnement durable ; 8) Mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Il s'agissait donc aussi bien de réduire de moitié l'extrême pauvreté que de stopper la propagation du VIH/sida ou d'assurer une éducation primaire pour tous d'ici à la date limite de 2015 :

[320] Organisé par l'OCDE et la Banque mondiale, le forum sur l'aide qui s'est tenu le 2 mars 2005 à Paris réunissait les ministres de pays développés et de pays en développement chargés de la promotion du développement et les responsables d'organismes bilatéraux et multilatéraux d'aide au développement.

[321]Pour plus de détails, voir sur le site du Programme des Nations-Unies pour le Développement : http://www.undp.org/french/mdg/basics.shtml (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Consensus de Monterrey

Après la Déclaration du Millénaire, le premier des grands partenariats mondiaux pour le développement (huitième des objectifs du Millénaire pour le développement) a été le Consensus de Monterrey[322], approuvé lors de la Conférence internationale sur le financement du développement, qui s'est tenue à Monterrey (Mexique) en mars 2002. Le consensus demandait à la communauté internationale de tenir compte des questions de cohérence, de coordination et de coopération lorsqu'elle exécuterait ses engagements en matière de financement du développement.

Déclaration de Rome

L'initiative suivante de la plus grande importance a été la Déclaration de Rome[323] sur la coordination, adoptée à l'issue du « Forum de haut niveau » qui s'est tenu à Rome en 2003. Cette Déclaration définit un programme d'activités en vue de coordonner les politiques, procédures et pratiques opérationnelles des organismes de développement multilatéraux et bilatéraux avec ceux des systèmes des pays partenaires, de façon à renforcer l'efficacité de l'aide au développement et contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Table ronde de Marrakech

Dans le prolongement de la Table ronde sur la gestion axée sur les résultats tenue en 2002, le Mémorandum conjoint de Marrakech a été adopté lors de la Table ronde de Marrakech sur la gestion axée sur les résultats en matière de développement, qui a eu lieu en 2004. Ce Mémorandum préconise un renforcement des capacités dans le domaine de la planification stratégique, de la gestion responsable, des statistiques, du suivi et de l'évaluation. Cette rencontre est la manifestation de l'idéal « objectiviste », selon lequel c'est l'importance rigoureusement mesurable d'un problème (gravité, fréquence, etc.) ainsi qu'une neutralité gestionnaire (calcul coût/bénéfice) qui devraient prévaloir dans les décisions en matière d'aide, notamment d'aide à la santé publique.

Déclaration de Paris

Le moment le plus fort en matière de consensus international a eu lieu lorsque les ministres de pays développés et de pays en développement, ainsi que des organismes d'aide, ont adopté la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide[324], en mars 2005. Dans cette Déclaration, les pays et les partenaires du développement s'engagent à mettre en œuvre un programme d'action en vue d'accroître les efforts dans le domaine de la coordination, de l'alignement et de la gestion de l'aide axée sur les résultats, associé à des indicateurs, un calendrier et des objectifs-cibles à atteindre avant 2010. L'harmonisation, principe majeur de la déclaration de Paris, consiste à accroître la coordination et la rationalisation des activités des différents partenaires du développement pour qu'ils soient collectivement plus efficaces en élaborant des arrangements communs, en simplifiant les procédures et en échangeant les informations. Autrement dit, les partenaires de développement doivent collaborer de manière plus étroite, éliminer les chevauchements et la fragmentation, et rationaliser leurs activités afin d'en optimiser l'efficacité.

Programme d'action d'Accra

En 2008, trois conférences internationales ont été organisées pour contribuer à accélérer la mise en œuvre de l'agenda de l'efficacité, notamment la problématique de coordination : le « Forum de haut niveau

[322] Pour plus de détails, voir sur le site des Nations-Unies *:* www.un.org/french/esa/ffd2002/docs/aac257l13f.pdf (visité le 16 décembre 2010).
[323]Pour plus de détails, voir sur le site de l'OCDE : www.oecd.org/dataoecd/54/50/31451637.pdf (visité le 16 décembre 2010).
[324] Pour plus de développement, voir sur le site de l'OCDE : www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'Accra »[325] sur l'efficacité de l'aide, la « réunion de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement » qui s'est tenue aux Nations Unies, à New York, et la réunion de suivi sur le financement du développement qui a eu lieu à Doha. À partir des résultats[326] de base de l'enquête de 2006 sur le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris (34 pays) et de l'enquête de 2008 (54 pays) destinées à examiner les progrès réalisés, le Programme d'action d'Accra a été élaboré et adopté par le « Forum de haut niveau » d'Accra. L'objectif de ce programme d'action est de faire de la Déclaration de Paris une réalité.

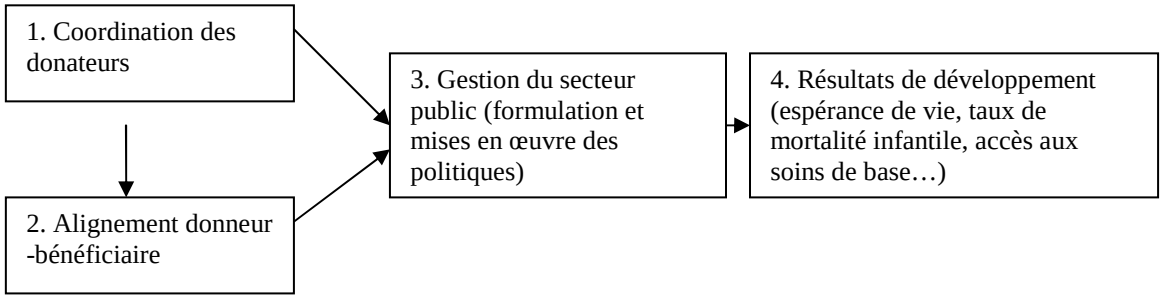
Ces sommets et rencontres n'ont cessé d'insister sur l'importance de la coordination dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide. C'est pourquoi, dans ce qui suit, nous présentons l'intérêt d'une meilleure coordination.

Source : Présentation de l'auteur

1.2. Les conséquences de l'absence de coordination sur l'efficacité de l'aide

L'objectif ici est de présenter les liens entre l'absence de coordination et l'efficacité de l'aide. Ces liens sont complexes peuvent être analysés à partir de la figure 10 ci-dessous.

Figure 10 : Liens entre coordination[327] des donateurs et efficacité de l'aide



Source : Bigsten (2006)

La figure 10 relie le type de coordination des donneurs (1. et 2. dans la figure 10) aux résultats de développement (4. dans figure 10). La question ultime à laquelle nous souhaiterions répondre est celle de l'impact que la coordination des donneurs peut avoir sur l'efficacité de l'aide en termes de résultats de développement (4. dans la Figure 10). Puisque ce lien est difficile à identifier et à analyser, **nous limitons notre discussion à l'impact de la coordination sur la formulation et la mise en œuvre des politiques publiques (3. dans la Figure 10).** Les

[325] Pour plus développement, voir sur le site de l'OCDE : http://www.oecd.org/dataoecd/58/17/41202027.pdf (visité le 16 décembre 2010).
[326] Les résultats de ces enquêtes seront présentés dans la section 4 portant sur l'évaluation des progrès accomplis.
[327] Il y a deux modalités de coordination : la coordination proprement dite des donateurs et l'alignement. **La coordination en amont des donateurs** implique que ces derniers se concertent pour éviter les doubles emplois, simplifient les procédures et acceptent une meilleure répartition du travail avec les pays partenaires. **L'alignement suppose**, lui, que les donateurs alignent leur aide sur les priorités, définies sur la base d'une approche participative, des pays en développement et font un meilleur usage des plans, des politiques et des systèmes de ceux-ci.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

problèmes que pose l'absence de coordination se situent au niveau des coûts de transactions auprès des administrations des pays bénéficiaires et des mauvaises incitations qu'elle génère en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de développement (3. dans la Figure 10).

- **Absence de coordination et coût de transaction**

Quand un gouvernement bénéficiaire tente de conclure des accords avec les donateurs, cela crée des problèmes lorsqu'il faut faire face à une variété de conditionnalités conflictuelles. La réalisation des politiques et les choix politiques seront compliqués. L'aide « mine » la qualité bureaucratique du gouvernement de manière plus marquée dans les pays bénéficiaires où l'aide est fragmentée entre de nombreux donateurs (Knack et Rahman, 2004). Faire passer l'aide par des projets plutôt que par du soutien budgétaire aurait contribué à « miner » les institutions du gouvernement.[328] Mais il n'existe pas à ce jour une évaluation de ces coûts qui permettrait de faire une analyse générale.[329]

- **Absence de coordination et « gaspillage » de l'aide**

Les doubles emplois et le chevauchement des programmes sont légion, le manque de complémentarité entre les initiatives évident (Delcourt, 2008). Dépendante d'un nombre croissant d'opérateurs (donateurs bilatéraux, multilatéraux, ONG, fondations, etc.) ayant chacun leurs priorités, leurs canaux d'acheminement et leur méthodologie propre (modes de planification, procédures de suivi et de contrôle, etc.) qui poursuivent parfois des objectifs contradictoires en opérant de *« manière irréductiblement parallèle »*, l'aide est la cause d'une surcharge administrative excessive pour les États bénéficiaires et d'une hausse considérable des coûts de transaction (Tidjani,1996). C'est pourquoi, prenant le relais de B.Clinton (voir p. 2), B. Gates insistera sur la nécessité d'une « optimisation » des fonds existants en soulignant que « *si*

[328] Entre 1985 et 1995, la majorité des donateurs au Mali ont utilisé les unités de mise en place des projets plutôt que de travailler à travers la bureaucratie officielle (Bräutigam et Knack, 2004 : 261) cité aussi par Bigsten 2006.

[329] Il s'agit d'un domaine où des travaux empiriques utiles pourraient être menés. L'évaluation des coûts de transaction s'est avérée compliquée. Brown et al. (2000) ont tenté de mesurer les coûts de transaction au Vietnam. Ils ont noté l'absence d'une méthode acceptée, le manque de bonnes données sous-jacentes, et le montant inacceptable des coûts de transaction pour collecter réellement les données. Balogun (2005) discute des difficultés à mesurer les économies de coût administratif issues de la coordination des donateurs, par exemple en réduisant le nombre d'unités de mise en place des projets.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

nous continuons à dépenser nos ressources exactement comme aujourd'hui, notre capacité à traiter tous les malades va diminuer[330] ».

- **Absence de coordination et incitations**

Plus clairement la dispersion des donateurs peut créer des incitations qui contribuent à l'affaiblissement des institutions du pays bénéficiaire. Les donateurs qui sont en concurrence fournissent souvent des suppléments salariaux pour garder ou attirer le personnel local le plus talentueux. Et pourtant, « *le salaire dual et la structure des incitations minent la morale et l'engagement parmi les employés du secteur public qui sont ignorés par les missions distribuées par les donneurs. […] Cette négligence de la subversion de structures existantes crée une confusion organisationnelle et contribue au dépérissement de la capacité du gouvernemen*t » (Berg, 1997, p. 82)

- **Absence de coordination et viabilité des projets**

Les pays bénéficiaires pourraient être incapables de maintenir des projets de plus en plus nombreux une fois qu'ils leurs sont finalement cédés par les donateurs (Adam *et al.*, 1994). Aussi réussi qu'apparaisse un projet, il aura également très peu d'impact soutenu dans un environnement où la politique sectorielle est pauvre (Easterly, 2002). Le risque d'échec est quasi certain si le projet n'est pas intégré dans d'autres projets financés par les donateurs ou par le gouvernement (Kanbur et *al*., 1999).

- **Absence de coordination et prédominance de motivations stratégiques**

Lorsqu'il existe de nombreux donateurs, indépendants et non coordonnés, la responsabilité du succès ou de l'échec est diffuse, et aucun donneur individuel n'a beaucoup d'enjeux à défendre dans le pays bénéficiaire. De nombreux donateurs différents, chacun n'étant concerné que par ses propres objectifs, génèrent également un ensemble complexe de problèmes d'actions collectives. Les agences d'aide cherchent très souvent à maximiser leurs budgets d'aide, ce qui leur demande de satisfaire leurs parlements et différents groupes de pression (Bigsten, 2006). Elles ont donc besoin de résultats visibles qui soient clairement attribuables aux

[330] Ces extraits ont été tirés du site du journal l'Express : http://www.lexpress.fr/actualites/1/sida-bill-clinton-et-bill-gates-entrent-dans-le-debat-sur-les-fonds_907067.html (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

activités du donneur, même si l'impact sur le développement du budget alloué s'en trouve réduit. Finalement, toutes ces incitations confondues détournent les donateurs de la maximisation du développement en général (Knack et Rahman, 2004, p.3). La coordination des donateurs, si elle se réalise, réduirait ces problèmes et augmenterait l'impact global de l'aide sur le développement.

Le manque de coordination génère un fardeau administratif supplémentaire important sur des capacités nationales déjà limitées des pays aidés, des incitations négatives pour une action collective optimale et est une source de « gaspillage » de ressources. Les avantages de la coordination se déduisent de ce constat (voir l'encadré 18 ci-dessous).

Encadré 18 : Les avantages attendus de la coordination

D'une manière générale, les avantages attendus de la coordination sont les suivants (Cling, 2006, p. 107) :

Coût de transaction transféré des PED aux bailleurs

En effet, l'aide dispersée pèse lourdement sur les administrations des pays pauvres, celles-ci souffrant déjà de dures contraintes de capacités et confrontées à une multiplicité d'interlocuteurs, de procédures, etc.[331] La coordination permettrait que ces contraintes soient transférées aux donateurs qui auraient alors la charge de négocier entre eux pour mettre en œuvre des actions collectives optimales.

Transparence accrue et démocratie participative

La nouvelle démarche préconisée par les bailleurs de fonds s'inscrit dans une volonté de transparence à l'inverse des programmes d'ajustement structurel dont le contenu n'était pas public et de dialogue entre les partenaires (celui-ci est nécessaire à l'appropriation des politiques et à la qualité des processus participatifs) ;

Rationalisation des objectifs et procédures

Plutôt que de multiplier les procédures parallèles au budget de l'État, l'accent mis sur l'aide budgétaire dans le cadre du processus de coordination accroît la rationalisation des procédures dans le but d'établir des objectifs harmonisés entre les donateurs ;

Rentabilisation des avantages comparatifs

Le dialogue et l'échange entre différentes agences de coopération possédant chacune des compétences inégales dans les différents secteurs d'activité peuvent être une source de gains d'efficacité. On peut supposer que les actions collectives résultant de ce dialogue sont des actions « optimales ».

C'est pour toutes ces raisons soulignées ci-dessus que la coordination va être considérée comme l'un des maillons majeurs dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide. La coordination des donateurs facilitera aussi l'alignement des donateurs sur les priorités des bénéficiaires à travers la construction de buts partagés.

Source : Présentation de l'auteur

[331] Les cas du Cambodge et du Vietnam recevant plus d'une mission de bailleurs de fonds par jour sont souvent cités comme exemples de ces excès (OCDE, 2005).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais les donateurs guidés par des images politiques différentes peuvent-ils avoir les mêmes buts ? Une manière de répondre à cette question est d'analyser l'évolution de la coordination entre institutions multilatérales pour voir si nous avons assisté à l'élaboration de programmes d'action complémentaires ou si au contraire nous avons assisté à une concurrence entre acteurs, à des doubles emplois.

1.3. Evolution de la coordination institutionnelle

La coordination des donateurs, telle qu'elle est définie précédemment, semble avoir existé depuis le début de l'aide publique au développement, notamment au travers des institutions multilatérales. Par coordination institutionnelle, nous entendons la coordination entre institutions multilatérales traditionnelles.

1.3.1. L'évolution de la coordination institutionnelle de l'aide dans son ensemble

Dans cette sous-section, nous voulons montrer que, depuis le début de l'aide, l'existence d'organisations multilatérales n'a pas permis de conduire à une coordination satisfaisante des activités d'aide. Au contraire, on semble assister à une certaine concurrence entre ces institutions.

A la fin de la seconde guerre mondiale, la conférence de Bretton Woods a créé la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI). Le PNUD fut mis en place en 1965 par l'ONU et on lui donna le mandat de coordonner l'aide (Disch, 1999). Mais, le PNUD n'exercera pas vraiment ce mandat. Visiblement, les pays donateurs ont été réticents à abandonner le contrôle de l'aide à ces institutions multilatérales. Les autres institutions multilatérales que sont le FMI et la Banque mondiale ont exercé une certaine coordination des donateurs à partir des années 1980 à travers les rôles qui étaient les leurs dans l'ajustement structurel.

La Banque Mondiale et le FMI, en plus d'être financés par les pays donateurs, occupent une position de tête de file chez les donateurs dans leur ensemble, ce qui permet de parler d'une certaine forme de coordination. Ces deux institutions, notamment le FMI, définissent quel pays est éligible ou non à l'aide. Mais une telle forme de coordination n'empêche pas la dispersion des activités chez les pays aidés (acheminement de l'aide par des canaux multiples, dilution de l'aide dans de nombreuses activités et sur une aire géographique étendue, doublons au niveau des

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

projets…). Aujourd'hui, l'instauration d'une aide européenne, passant par l'UE, ne s'est pas traduite par une réduction des agences bilatérales européennes[332]. Il n'est pas du tout certain que l'introduction d'un agent supplémentaire dans le processus d'aide réduise réellement les coûts de transaction.

La coordination internationale des donateurs se fait parfois à son niveau le plus général et peut prendre la forme de grandes réunions internationales, débouchant sur des accords sur des buts et des principes généraux par lesquels les gouvernements des donateurs peuvent être évalués et desquels ils peuvent être tenus responsables. Le Sommet du Millénaire de septembre 2000[333] est un exemple récent de conférence générale dans laquelle les leaders mondiaux s'accordent sur certaines cibles communes, les Objectifs du Millénaire, pour les efforts de développement jusqu'en 2015. Une telle forme de coordination ne conduit pas, non plus, à une réduction de la dispersion des activités, puisque ces forums débouchent sur une multitude d'actions à entreprendre[334], chacune correspondant à une priorité d'un des acteurs participants au programme. Il faut noter que cette pluralité des objectifs au plus haut niveau vient, selon notre analyse, de la pluralité des images politiques des donateurs et de l'absence d'un objectif homogénéisant. Pour illustrer cela, nous abordons maintenant la coordination entre différentes institutions multilatérales.

Si nous pouvons analyser les institutions multilatérales comme des espaces de coordination, il serait intéressant de voir comment ces différents espaces de coordination dialoguent. Récemment, l'ONU, à travers le PNUD, a lancé les Objectifs du Millénaire (OMD)

[332] Il y a eu d'autres formes de coordination comme le club de Paris.

[333] D'abord, dans une optique d'alignement des actions des donateurs sur les besoins des bénéficiaires, il est demandé aux PED d'élaborer des documents de stratégie de réduction de la pauvreté dès 1996. Le rapport du Comité d'aide au développement (CAD) publié en 1996, *Le rôle de la coopération pour le développement à l'aube du XXI^e siècle*, consacre l'émergence d'un nouveau consensus concernant les objectifs des stratégies de développement et le rôle de l'aide internationale. Il plaide pour la mise en place d'un nouveau partenariat entre les pays du Sud et du Nord, visant à la réalisation d'objectifs précis et chiffrés centrés sur l'être humain. En 2000, le sommet de l'ONU va couronner cette évolution par l'adoption des objectifs du millénaire (OMD) par toute la communauté internationale.[333] En faisant de la réduction de moitié de la pauvreté entre 1990 et 2015 le premier objectif, les pays riches et pauvres s'engageaient dans un nouveau régime qui fait de la réduction de la pauvreté l'objectif principal, voire l'unique objectif de l'aide. S'ensuivront un nombre important de rendez-vous internationaux majeurs destinés à traduire ces promesses en actes et les bonnes intentions en politiques concrètes : Conférence des Nations unies de Monterrey sur le financement du développement (2002), Premier Forum de haut niveau de Rome sur l'harmonisation et l'alignement des aides co-organisé par l'OCDE et la Banque mondiale (2003), Sommet mondial des Nations unies sur le développement durable de Johannesburg (2004), Sommet du G8 de Gleneagles (2005) sur la pauvreté en Afrique, et surtout le deuxième Forum de haut niveau de Paris sur l'harmonisation et le renforcement de l'efficacité de l'aide (2005). Ces différents sommets n'ont cessé, nous l'avons montré dans les chapitres précédents, de souligner la nécessité d'une meilleure coordination et d'une aide accrue.

[334] Pour les OMD, nous avons 8 objectifs décomposés en plus d'une vingtaine de cibles.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

et la Banque Mondiale a lancé sa Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), tous deux étant tournés vers la réduction de la pauvreté. Ces deux initiatives majeures n'ont pas été considérablement coordonnées, et il existe même parfois de la concurrence entre les institutions au niveau des pays (Bigsten, 2006). Cette faiblesse de la coordination vient du fait que les deux initiatives ont des implications différentes pour les stratégies de développement et les choix politiques. Aussi bien au sein d'une institution multilatérale (*cf.* section précédente) qu'entre institutions multilatérales, la coordination bute sur les conflits de préférences qui proviennent de la pluralité des images politiques. Cette difficulté se manifeste lors de l'élaboration des stratégies de développement et des choix des priorités. Par ailleurs, cela rend plus difficile l'alignement entre les donateurs et les gouvernements bénéficiaires. Au lieu de favoriser la coordination, les organisations intergouvernementales, en permettant le développement de traditions et de valeurs fortes en leur sein, tendent à devenir des freins.

Mais qu'en est-il pour l'aide à la santé dont le caractère sectoriel peut laisser penser qu'une coordination serait relativement facile ?

1.3.2. L'évolution de la coordination institutionnelle de l'aide à la santé

Dans cette sous-section, nous présentons les mécanismes institutionnels mis en place pour une plus grande coordination des donateurs de l'aide à la santé. **Nous verrons globalement que nous ne pouvons pas parler d'une évolution vers une plus grande coordination des institutions internationales.**

a) L'OMS : les évolutions engendrées par la Déclaration de Paris

Au lendemain de la déclaration de Paris, l'OMS va s'engager à évoluer vers une plus grande coordination et à participer activement à la réforme des Nations Unies. L'OMS va mener différentes actions qui vont conduire à une évolution de son rôle, notamment son implication dans les stratégies de développement.

- **Les actions de l'OMS en faveur d'une meilleure coordination**

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En vertu de la résolution du 25 mai 2005 (WHA58.25)[335], l'OMS s'engagera à prendre pleinement part à l'action menée dans le domaine de la coordination et de l'alignement. Les progrès généraux réalisés sont présentés dans le rapport établi par le Secrétariat à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé en avril 2008 (document A61/32).[336] Dans ce document (p.1) l'OMS souligne que sa « stratégie de coopération avec les pays » est un « *pilier de la contribution de l'OMS à la réforme des Nations Unies et à l'harmonisation des activités opérationnelles de développement au niveau des pays* ». Parmi les actions présentées par l'OMS comme le signe d'une évolution vers une plus grande coordination, on peut citer :

- les publications de documents relatifs à la coordination comprenant les documents *WHO harmonization and alignment: key resources* (2005) et *A guide to WHO's role in sector-wide approaches to health development* (2006). Ces documents aident à développer les capacités et renforcer les mesures en matière de coordination et d'alignement dans les pays.
- dans les services logistiques, un accord signé entre l'OMS et le programme alimentaire mondial (PAM) permettra à l'OMS d'utiliser les plates-formes de soutien logistique existantes du PAM et les services y relatifs.
- le recrutement du personnel de l'OMS au titre du plan-cadre associés/jeunes cadres, qui est géré par le PNUD. Cela crée des économies et permet au personnel de bénéficier d'une approche et des réseaux correspondants du système des Nations Unies.
- la participation de la plupart des bureaux de pays de l'OMS (120, soit 86 %) au bilan commun de pays et au Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide.
- presque tous les bureaux de pays de l'OMS (90 %) contribuent à la mise au point de documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté dans les pays où ces documents sont formulés. De même, dans les pays où il existe des approches sectorielles, 85 % des bureaux de pays de l'OMS prennent part à ces approches, contre 73 % en 2005.
- l'OMS est aussi un membre actif du Groupe des Nations Unies pour le développement[337], qui aide à mettre au point et fournir un soutien plus cohérent, efficace et efficient aux pays cherchant à atteindre les objectifs de développement

[335] La résolution est disponible sur le site de l'OMS : http://www.who.int/countryfocus/resources/wha58_25_resolution_fr.pdf (visité le 16 décembre 2010).
[336] Pour plus de détails, voir le site de l'OMS : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_32-fr.pdf (visité le 16 décembre 2010).
[337] Le Groupe de développement des Nations Unies (UNDG) est un instrument de la réforme des Nations Unies, créé par le Secrétaire général en 1997 pour améliorer l'efficacité du développement des Nations Unies au niveau des pays.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

convenus sur le plan international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement.

- l'OMS prend part à l'ensemble des huit initiatives pilotes de l'ONU « Unis dans l'action[338] ». Cette initiative, lancée en 2006, repose sur quatre principes: un responsable unique; un programme unique; un cadre budgétaire unique; et, le cas échéant, un bureau unique.

On a donc assisté à une certaine évolution des pratiques de l'OMS. Elle travaille de plus en plus avec les agences de l'ONU agissant dans le développement, notamment la santé.

- **Implications de l'adoption de la déclaration de Paris : un nouveau rôle et des nouvelles tâches pour l'OMS**

Le rôle de l'OMS dans la perspective de mise en œuvre de la déclaration de Paris est présentée dans le document de l'OMS intitulé « *harmonisation et alignement : données de référence*[339] » que nous reprenons dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : L'appropriation par l'OMS des principes de la déclaration de Paris

Appropriation
1. Soutenir et faciliter le rôle directeur « stratégique » joué par les pays dans la coordination de l'aide dans le domaine de la santé.
2. Aider les gouvernements à définir des priorités, stratégies et plans nationaux et sectoriels satisfaisants en matière de santé.
3. Soutenir l'élaboration et la définition de politiques en vue de la réalisation des plans nationaux de développement.
Alignement
1. Aligner les activités de coopération technique de l'OMS sur les priorités des pays et les plans nationaux de développement dans le domaine de la santé.
2. Aligner les stratégies de coopération avec les pays sur les cycles nationaux de planification.
3. Participer et renforcer les capacités des gouvernements à établir, mettre au point et réviser les plans, les stratégies, le budget et les plates-formes d'aide dans le domaine du développement (par exemple stratégies de réduction de la pauvreté, approches sectorielles et stratégies d'aide conjointe).
Harmonisation
1. Encourager les arrangements conjoints avec d'autres partenaires (par exemple évaluation, notification et suivi conjoints).

[338] Il s'agit de projets pilotes de coordination du système des Nations Unies « Unis dans l'action » qui sont en cours dans huit pays (Albanie, Cap-Vert, Mozambique, Pakistan, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Uruguay et Viet Nam). Un document détaillé est disponible sur le site de l'ONU : http://www.un.org/News/fr-press/docs/2010/DSGSM510.doc.htm

[339] Pour plus de développement, voir sur le site de l'OMS : www.who.int/entity/countryfocus/resources/hakeyresourcesfr.pdf (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2. Aider à définir les responsabilités et rôles respectifs des organismes dans le cadre des équipes de pays des Nations Unies, de l'UNDAF et des stratégies de coopération avec les pays.
3. Participer à la coordination des mécanismes sectoriels et autres grands mécanismes d'appui aux pays (par exemple les approches sectorielles, les stratégies d'aide conjointe).
Gestion axée sur les résultats et responsabilité mutuelle
1. Appuyer et encourager les examens axés sur les résultats dans le cadre du cycle de planification ordinaire des gouvernements.
2. Encourager la fourniture, dans des délais appropriés, d'informations transparentes et exhaustives sur les apports d'aide et les interventions prévues et y participer.
3. Participer à l'évaluation des progrès, liée aux résultats dans le domaine de la santé.

Source : OMS[340] (2009).

Cette présentation du rôle de l'OMS dans la mise en œuvre de la déclaration de Paris, notamment la coordination, montre le positionnement de l'OMS dans la mise en œuvre de la coordination. Mais voyons maintenant comment elle travaille avec les autres acteurs agissant dans le domaine de la santé.

b) La Banque mondiale et le G8 : quelle coordination avec l'OMS ?

Le rôle originel de l'OMS, en tant qu'agence des Nations-Unies, est de porter, de coordonner les actions internationales dans le domaine de la santé. En replaçant les actions sanitaires dans une perspective de développement économique et social, l'OMS tend aujourd'hui à se positionner comme l'expert de la santé du réseau des organisations intergouvernementales engagées contre la pauvreté. Les travaux de la Commission Macroéconomie et Santé de 2001 (OMS, 2001) en sont une illustration.

Cette perspective, qui peut se traduire par une approche sectorielle, accroit les possibilités de coordination entre l'OMS et les autres institutions internationales à travers l'intégration des questions de santé dans les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP). Une stratégie de réduction de la pauvreté est une stratégie qui se veut cohérente et vise à aider les pays pauvres à définir des priorités pratiques en matière de croissance et de réduction de la pauvreté. Cette inscription de la santé dans une perspective de développement de la part de l'OMS ne s'est pas traduite par une modification des priorités de cette organisation dans les pays en développement. Il s'agit toujours des soins de santé primaire et du soutien aux systèmes de santé comme en témoignent les rapports sur la santé dans le monde de 2008 et de 2000.

[340] Pour plus de détails, voir sur le site de l'OMS : www.who.int/entity/countryfocus/resources/hakeyresourcesfr.pdf (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette évolution de l'OMS aurait du, si on respecte l'esprit de l'agenda de la coordination, conduire la Banque mondiale à se positionner seulement comme un financeur dans le domaine de la santé.[341] Or, en 2007, la Banque mondiale va élaborer un programme d'action de lutte contre le sida en Afrique pour la période 2007-2011.[342] Pourtant, une coordination par le Fonds mondial de lutte contre le Sida (qui existe depuis 2001) correspondrait plus à l'agenda de la coordination. Ensuite, dans la foulée, la Banque mondiale présentera le projet de stratégie de la Division Santé, Nutrition et Population de la Banque mondiale pour les 10 prochaines années. L'objectif est d'élargir ses actions dans la gestion des systèmes de santé dans les pays en développement. Le Mouvement Mondial pour la Santé des Peuples[343] soulignera les inquiétudes de la communauté d'aide en indiquant que la Banque devrait prendre en compte les problèmes occasionnés par des programmes de santé non coordonnés, multiples et totalement verticaux.[344] Cette démarche de la Banque mondiale ne semble pas prendre en compte de façon ferme la nécessité de réduire la dispersion des activités d'aide dont on sait qu'elle génère des coûts de transaction importants.

Un dernier acteur de la santé, non moins important, est le G8. Le G8 assure un pilotage plus politique dans la santé et constitue un soutien majeur du fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Or la mission de ce fonds n'est pas de renforcer les systèmes de santé, mais de lutter contre un certain nombre de maladies bien ciblées. Le G8, à travers le fonds mondial, a donc une stratégie d'action qui se distingue de celle de l'OMS. Si lors de son dernier sommet (mai 2011), le G8 soulignait qu'« *une approche plus globale et mieux coordonnée de l'efficacité de l'aide est nécessaire entre tous les donateurs et tous les acteurs, y compris les nouveaux donateurs, sous la direction des autorités nationales et locales, et en étroit partenariat avec la société civile et sur la base de la volonté politique, d'une évaluation objective et de la transparence* », il affirmait en même temps qu'il continuera « *de soutenir le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme* ».[345]

---

[341] L'accroissement de l'aide à la santé provenant de la Banque mondiale montre qu'elle est consciente de son rôle de financeur (Cf. Chapitre 7).
[342] En novembre 2007, la Banque avait fourni 1,5 milliard de dollars pour financer des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans plus de 30 pays, dont 29 projets au titre du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) intéressant des pays africains et cinq projets régionaux pour traiter des problèmes transnationaux.
[343] Le Mouvement Mondial pour la Santé des Peuples (MMSP) est une coalition d'organisations de la société civile, d'organisations non gouvernementales, d'acteurs sociaux, de professionnels de la santé, de chercheurs qui rédigèrent la Déclaration pour la Santé des Peuples. Ce mouvement a été créé en 2000.
[344] Pour plus détails, voir sur le site du Mouvement populaire pour la santé : http://www.phmovement.org/fr/node/320 (visité le 16 décembre 2010).
[345] Pour plus de détails, voire le site du G8 : http://www.g20-g8.com/g8-g20/g8/francais/en-direct/actualites/un-nouvel-elan-pour-la-liberte-et-la-democratie.1313.html (visité le 14/12/2011).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Au final, l'évolution de la coopération entre les organisations intergouvernementales ne semble pas s'orienter vers une plus grande coordination des institutions internationales. Chaque institution semble, bien que le discours ait évolué, garder son agenda. D'autres problèmes participent à cette difficulté de coordination. On peut douter de la crédibilité d'un pilotage politique des actions sanitaires internationales exercé par le G8 en raison des conflits d'intérêts persistants entre les pays industrialisés et les PED. Le G8 développe souvent une approche intégrée de l'accès aux médicaments relativement protectrice des intérêts des industries pharmaceutiques des pays industrialisés.[346] Ceci va à l'encontre de l'agenda de l'OMS.

Nous avons donc constaté que, dans les programmes d'action des organisations internationales, il existe des doubles emplois qui témoignent d'une faible coordination. Dans ce qui suit nous présentons les mécanismes de coordination élaborés au niveau des pays.

c) Quelques mécanismes de coordination au niveau des pays

Dans ce paragraphe, nous présentons les mécanismes mis en place pour rendre la coordination concrète au plan national. Nous présentons ces mécanismes sans toutefois pouvoir préciser toujours leur degré d'utilisation. En effet, à ce jour il n'existe pas de données permettant d'estimer le degré d'utilisation de ces mécanismes par l'ensemble des donateurs. À chaque fois que c'est possible nous préciserons le degré d'utilisation de ces mécanismes.

- Stratégie d'aide conjointe[347] (SAC)

Une stratégie d'aide conjointe est un « code de conduite » concernant la façon dont les partenaires du développement collaboreront avec le gouvernement, les autres partenaires internationaux du développement, le secteur privé et la société civile pour aider collectivement le pays à réaliser ses objectifs nationaux de développement et de réduction de la pauvreté. La (SAC) peut être plus ou moins détaillée, selon le pays considéré. À ce jour, les stratégies d'aide conjointes ont été mises en place dans peu de pays. Parmi les pays pilotes, nous avons la

[346] Comme l'illustre la déclaration finale du G8 d'Evian de 2003. Pour plus de détails, voir le site du G8 : http://www.g8.fr/evian/francais/navigation/le_sommet_2003/documents_du_sommet/sante_-_plan_d_action_du_g8.html (visité le 12/10/2010).
[347] Ou en anglais *Joint assistance strategy* (JAS).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

République-Unie de Tanzanie[348] et le Ghana[349]. Cette stratégie, bien que suivie par d'autres pays, n'est pas encore dominante. Notons par ailleurs que huit pays ont confirmé leur intention d'organiser des évaluations conjointes en 2010/11 : l'Ethiopie, le Népal, le Rwanda, l'Ouganda, la Zambie, le Vietnam le Ghana et le Tadjikistan.[350]

- **Approches sectorielles[351]**

Ces dix dernières années, l'approche sectorielle est devenue un mode de collaboration entre gouvernements et donateurs. Aujourd'hui, 20 pays à faible revenu environ ont mis en place des accords de gestion de ce type dans le secteur de la santé, dans le cadre desquels tous les fonds importants alloués par le gouvernement et les donateurs sont affectés à une politique et un programme de dépenses sectoriel unique et le gouvernement est responsable du processus et de sa mise en œuvre.

- **Approche par groupes de l'IASC[352] et groupe santé humanitaire**

L'approche par groupe a été instituée en 2005 par le Comité permanent inter-organisations (IASC) pour renforcer la coordination entre les organismes qui traitent les situations d'urgence humanitaire. En tant que mécanisme lié à l'aide, elle permet de faire en sorte qu'une direction, une responsabilité et des moyens techniques clairs soient assurés dans tous les domaines pour la préparation aux situations d'urgence, les mesures d'intervention et le redressement. La santé est le thème de l'un des neuf groupes mondiaux, qui est placé sous la direction de l'OMS. Le groupe mondial santé rassemble plus de 30 organismes internationaux se consacrant à la santé humanitaire, qui collaborent à l'élaboration de stratégies et de plans d'action et à l'intervention lors de situations de crise sanitaire. L'IASC a établi une note d'orientation sur l'utilisation de l'approche par groupe pour renforcer la réponse humanitaire.[353]

- **Procédure d'appel global (CAP)**

---

[348] http://www.tzdpg.or.tz/uploads/media/Signed_MoU_JAST.pdf. Cette stratégie d'assistance conjointe pour la Tanzanie est une coordination le gouvernement et l45 donateurs multilatéraux et bilatéraux.

[349] Pour plus de développement, voir sur le site de l'OMS : www.who.int/entity/countryfocus/resources/hakeyresourcesfr.pdf (visité le 16 décembre 2010).

[350] Pour plus d'information, voir sur le site *d'International health partnership :* www.**international**healthpartnership.net/CMS.../ihp_p_FR.pdf (visité le 16 décembre, 2010).

[351] Ou en anglais le *Sector Wide Approach* (SWAp).

[352] Pour *Inter-Agency Standing Committee*.

[353] Pour une présentation détaillée du CAP, voir sur le site de l'OMS : http://www.who.int/hac/donorinfo/cap/cap2009_fr.pdf (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La procédure d'appel global est un instrument utilisé par les partenaires de l'aide humanitaire pour planifier, mettre en œuvre et suivre ensemble leurs activités. L'OMS, qui est responsable du groupe santé, est chargée d'utiliser la procédure d'appel global pour évaluer les besoins humanitaires, mobiliser les ressources et lancer des appels annuels à l'intention de la communauté internationale en vue d'obtenir l'aide de donateurs dans des situations d'urgence humanitaire. La CAP comprend le Plan d'action humanitaire commun (CHAP) – plan d'action stratégique assorti d'un délai d'exécution – et les appels éclairs. Les activités du groupe santé sont présentées de façon détaillée dans le Procédure d'appel global et autres appels: Santé 2009.[354]

- **Conventions nationales *International Health Partnership* (IHP)+**

Une convention nationale est un accord négocié et signé, limité dans le temps, par lequel tous les partenaires s'engagent à mettre en œuvre et soutenir les priorités sanitaires du pays définies dans la stratégie nationale en matière de santé. Elle s'appuie sur les procédures et mécanismes liés à l'aide qui sont déjà en place dans le pays au niveau macroéconomique et sectoriel. Elle tient compte des enseignements tirés des mémorandums d'accord relatifs aux approches sectorielles et des principes d'efficacité de l'aide, et prévoit un degré important de responsabilité. Les partenaires du développement s'engagent à :

- s'aligner sur le processus national de planification et de budgétisation du pays ;
- mettre en place un processus conjoint d'évaluation dans le pays des stratégies et plans nationaux de santé et des stratégies et plans de lutte contre le VIH/sida ;
- approuver le calendrier de versements lié au cadre de dépenses à moyen terme et au plan national.

Le Partenariat international pour la santé (IHP), lancé en septembre 2007, vise à harmoniser les engagements des donateurs et à améliorer la manière par laquelle les institutions internationales, les donateurs et les pays en voie de développement œuvrent ensemble pour le développement et la mise en place de plans de santé nationaux. Il met particulièrement l'accent sur les résultats concernant les OMD liés à la santé. Il s'agit d'accroître

[354] http://www.who.int/hac/donorinfo/cap/cap2009_fr.pdf (site de l'OMS, visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'efficacité de l'aide, d'améliorer les politiques et stratégies et les performances des systèmes de santé et de mobiliser tous les acteurs – y compris les acteurs non étatiques – au service d'un seul et même but. L'IHP+ devient de plus en plus global comme le montre le tableau 11 ci-dessous. Avec 12 nouveaux signataires depuis avril 2009, ce partenariat a atteint en 2010 un total de 47 signataires.

Tableau 11 : Les partenaires au sein d'IHP+, 2007 - 2010

	Septembre 2007	Mai 2010
Pays à faible revenu	8	22
Bailleurs de fonds bilatéraux	8	13
Organisations internationales et fondations	11	12
Total	27	47

Source : IHP (2010)[355]

Pour conclure cette section, nous pouvons dire que, dans la pratique, il n'est pas rare de trouver, dans un pays donné, plusieurs organes de coordination ou mécanismes répondant chacun à des objectifs différents. Il peut y avoir par exemple, en plus d'une entité générale de coordination pour le secteur de la santé, un comité de coordination inter-agences (ICC) pour GAVI et une instance de coordination nationale pour le Fonds mondial (CCM). Cela reflète à notre sens la différence de priorités et d'images politiques des acteurs de l'aide.

Dans cette section 1, nous avons analysé l'évolution institutionnelle des acteurs internationaux qui a accompagné l'agenda de la coordination. Dans ce qui suit, nous allons évaluer les progrès enregistrés en matière de coordination à l'aune de la dispersion des activités d'aide et à travers les indicateurs de mise en œuvre de la Déclaration de Paris.

2. L'évaluation de la coordination sur la base des critères de la Déclaration de Paris

Cette évaluation de la coordination des donateurs portera sur l'aide dans sa globalité faute de ressources documentaires et statistiques pour l'appliquer à l'aide à la santé. Mais nous pensons que les enseignements tirés de cette évaluation permettent d'appréhender la qualité et le niveau de la coordination dans le secteur de l'aide à la santé pour des raisons que nous avons déjà soulignées dans l'introduction de ce chapitre.

[355] Pour des commentaires plus détaillés, voir sur le site d'*International Health Partnership*: www.internationalhealthpartnership.net/.../ihp_core_team_report_april_2009m_FR.pdf (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Compte tenu de la volonté affichée par la communauté internationale de parvenir à une meilleure coordination de l'aide (déclaration de Rome 2003, déclaration de Paris 2005, programme d'action d'Accra 2008), on pourrait s'attendre à observer une tendance effective à une plus grande coordination de l'APD au cours des dernières années, que ce soit entre pays donateurs, entre donateurs bilatéraux et multilatéraux ou entre agences multilatérales. Ici, nous allons faire un état des lieux de la dispersion de l'aide au tournant des années 2000[356], avant d'étudier la progression récente de la coordination des donateurs à travers les indicateurs de mise en œuvre de la déclaration de Paris.

2.1. La dispersion de l'aide au tournant des années 2000

Avec l'augmentation du nombre d'acteurs dans les années 1990, il a été constaté des doublons et une plus grande dispersion de l'aide. Cette dispersion réduit l'efficacité de l'aide par les coûts de transaction qu'elle génère. Dans ce qui suit, nous allons montrer que la dispersion de l'aide était importante au tournant des années 2000.

2.1.1. Une évaluation au regard de la structure des flux internationaux d'aide

Comparée aux flux bilatéraux, l'aide-programme (Tableau 12 ci-après), pouvant capter une certaine coordination[357], a reculé. Il semble que les donateurs bilatéraux aient en fait retiré leur aide des programmes d'aide facilement coordonnés pour l'allouer à de l'aide projet, principalement pour les infrastructures sociales. L'attention accordée au social reflète le nouvel intérêt porté à la pauvreté dans la pensée du développement. Les donateurs semblent donc, au tournant des années 2000, évoluer vers des formes d'aide plus dispersées. La dispersion s'est accrue entre 1970 et 2003 si l'on en juge par la seule évolution de l'aide programme considérée comme un véritable canal de coordination. L'aide programme est passée de 48,7% à 6,7% de l'aide bilatérale.

[356] Le fait de recourir à l'APD dans sa globalité pour étudier la dispersion vient du fait que nous n'avons d'enquêtes et de données relatives à l'aide à la santé (part de l'aide programme, nombre de projets ou de missions, part de l'aide déléguée…) permettant d'étudier sa dispersion de façon isolée.

[357] Avec l'aide programme, les ressources des différents donateurs sont directement transférées aux gouvernements bénéficiaires pour mettre en œuvre un document de stratégie de développement déjà adopté par l'ensemble des acteurs. En rassemblant toutes les ressources l'aide programme est une forme de coordination.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 12 : Les accords d'aide bilatérale au développement par objet

	1973	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
1. Infrastructure sociale & services	10,8	12,1	8,8	14,7	16,1	32,7	35,0	31,6
2. Infrastructure économique & services	18,1	11,8	24,0	20,0	24,4	26,6	17,8	9,7
3. Secteurs de production	14,3	13,4	18,1	18,6	13,9	9,5	7,9	5,6
4. Multi secteurs	1,2	2,4	2,4	2,0	8,9	6,2	7,7	7,3
5. Aide programme	48,7	45,8	34,8	39,8	25,6	7,7	9,2	6,7
6. Actions liées à la dette	0,8	6,7	8,2	2,1	8,1	5,8	8,2	22,9
7. Aide d'urgence	0,8	0,4	0,8	1,8	2,0	7,1	7,8	9,1
8. Non allouée	5,2	7,5	2,9	0,9	1,1	4,3	6,5	7,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0
Aide bilatérale totale (US$ courants)	5120,6	6999,8	16802,5	18160,5	33202,4	47061,4	43566,1	68972,0

Source : Bigsten (2006) d'après des données de l'OCDE (2005)

2.1.2. La part de l'aide multilatérale dans l'APD

La part de l'aide multilatérale dans l'APD totale peut être interprétée comme un indicateur de l'effort de coordination mené par les pays donateurs. En effet, une aide versée à ou par une agence multilatérale (Institutions de Bretton Woods, Agences des Nations Unies, Fonds mondiaux, etc.) limite les problèmes d'harmonisation entre donateurs bilatéraux. Mais de manière surprenante, cette part est demeurée quasi-stable sur longue période et tourne autour du tiers de l'aide totale (Bigsten, 2006). Pourtant, l'association internationale pour le développement (AID)[358] a été disponible en tant que canal d'aide harmonisé depuis près de 40 ans, et offre à ses donateurs rassemblés une planification unifiée à travers la Stratégie d'Aide Pays ainsi que des critères communs pour la sélectivité ex ante et l'évaluation ex post. Elle est actuellement en train de s'orienter vers une sélectivité fondée sur les résultats. On peut noter que la part de l'aide passant par le système multilatéral reste stable depuis les années 1970 autour de 30% aussi bien pour l'aide globale que pour l'aide à la santé (*cf.* chap. 6).

[358] L'Association Internationale pour le Développement (AID) de la Banque Mondiale fut fondée en 1960 pour fournir des prêts souples aux pays les plus pauvres.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 23: Fraction (en pourcentage) de l'aide passant pas les acteurs multilatéraux



Source : Clemens (2006), d'après des données de l'OCDE

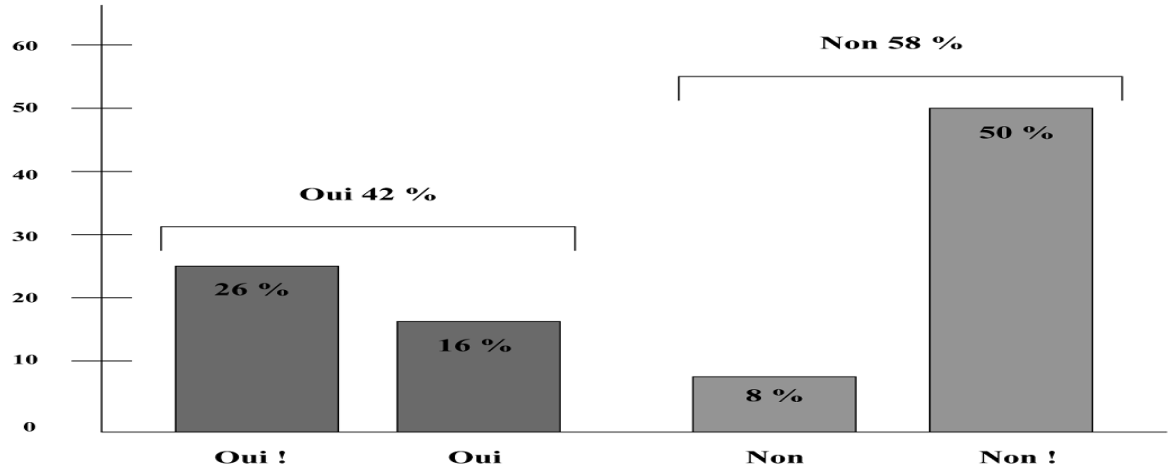
2.1.3. La part de l'aide déléguée

Un autre indicateur de coordination concerne la *part de l'aide déléguée*, procédure à travers laquelle un pays donateur rend responsable un autre pays ou une autre organisation de la gestion d'un projet qu'il a financé. Il s'agit d'une nouvelle forme de coordination de l'aide qui demeure toutefois encore relativement marginale, comme en témoigne une enquête menée auprès des donateurs pour le compte du *Department For International Development (DFID)* dans 14 pays en développement.[359] À la question de savoir si les donateurs font de la coopération déléguée, le graphique 24 répond que seulement 42% des bailleurs de fonds ont signalé avoir exécuté les actions que leurs ont confié d'autres bailleurs.

[359] Étude menée sur 14 pays (2004): Bangladesh, Bolivie, Cambodge, Ethiopie, Fidji, Kirghizistan, Maroc, Mozambique, Nicaragua, Niger, Sénégal, Tanzanie, Vietnam, Zambie.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 24 : La part de l'aide déléguée



Oui ! = « Oui sans réserves » Non ! = « Non sans réserves »

Oui = « Oui avec réserves » Non = « Non avec réserves »

Source : Cling (2006) d'après OCDE 2004

2.1.4. L'étendue du champ d'intervention des donateurs

Mentionnons un dernier indicateur, à savoir *la dispersion géographique* de l'APD. Cette dispersion apparaît considérable puisque, selon les données du PNUD (2005), seulement 5 donateurs interviennent dans moins de 100 pays.

Suite à ce constat d'une dispersion importante de l'aide, il est donc demandé aux donateurs de s'employer à mieux coordonner leurs actions afin de leur conférer une plus grande efficacité collective et de les rendre moins lourdes à gérer, notamment pour les pays dont les capacités administratives sont faibles. Les donateurs ont-ils réussi à diminuer la dispersion des activités ? Pour répondre à cette question, nous allons voir si les principes de la déclaration de Paris ont été mis en œuvre par les donateurs. Avant de passer à l'évaluation de la mise en œuvre de la déclaration de Paris, voyons quelle fut l'évolution de l'aide programme depuis l'année 2003. Nous avons assisté, comme le montre le tableau 13, à un retour de l'aide programme, mais ce retour ne corrige en rien le recul de cette modalité d'aide depuis le début des années 1980. En effet, dans les années 1980, l'aide programme tournait en moyenne autour de 35 milliards de dollars, alors qu'elle n'est que de 11,48 milliards en 2009.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 13 : Évolution de l'aide programme depuis 2004 (constant 2008, milliards de USD)

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AIDE PROGRAMME	6,75	6,74	7,23	6,04	10,84	11,48

Source : Présentation de l'auteur d'après des données de l'OCDE.

2.2. Évolution récente de la coordination au regard des indicateurs de mise œuvre de la déclaration de Paris

Dans cette sous-section, nous revenons sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de chacun des principes de la déclaration de Paris, avant de nous interroger sur la qualité des plans nationaux de développement ou documents de stratégie de développement qui sont sensés porter ces principes au niveau des pays.[360] En 2005, plus de 100 donneurs et pays en développement se sont engagés à faire en sorte que l'aide concoure plus efficacement à l'obtention de résultats en matière de développement a travers l'adoption de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Une caractéristique distinctive de cette dernière est que ses signataires s'engagent à se rendre compte mutuellement de l'application des principes qui la sous-tendent, au moyen d'un ensemble d'indicateurs précis assortis d'objectifs-cibles à atteindre en 2010. Dans quelle mesure les engagements portant sur la coordination ont-ils été tenus ? La mise en œuvre de l'aide est-elle mieux coordonnée en 2010 que cinq ans au paravant ? Trois évaluations ont été faites depuis 2005. D'abord celle de 2006 portant sur les pratiques d'aide 2005. Ont participé à cette enquête 34 pays volontaires et un grand nombre d'organismes donneurs couvrant 37 % de l'aide programmée dans le monde en 2005. Ensuite, celle de 2008, portant sur les activités d'aide de 2007. Ce second exercice d'évaluation obtiendra la participation de 54 pays, soit beaucoup plus que lors de l'enquête 2006. Grâce à cette augmentation de la participation, les résultats de l'enquête ont gagné en fiabilité et en représentativité. Les pays enquêtés représentent plus de la moitié de l'aide totale consentie aux PED en 2007, soit 45 milliards de dollars. La troisième évaluation, celle de 2011, est l'évaluation la plus complète jamais réalisée des progrès accomplis en matière de mise en œuvre des engagements relatifs à l'efficacité de l'aide. Le nombre des pays participants n'a jamais été aussi élevé (78 pays). L'Enquête 2011 fournit ainsi des informations sur des apports d'aide se chiffrant

[360] Il faut souligner que cette sous-section ne vise pas à proprement parler la comparaison de la situation en 2000 et celle postérieure à 2005. L'objectif de cette sous-section est de vérifier si les objectifs de coordination figurant dans la déclaration de Paris ont été atteints.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

a plus de 70 milliards USD – soit a peu près les trois quarts de l'aide au sens strict consentie aux pays en développement à l'échelle du monde.

Précisons que les rapports issus de ces différentes évaluations ont été rédigés sous l'égide du Groupe de travail sur l'efficacité de l'aide, qui dépend du Comité d'aide au développement (CAD), et en particulier de son pôle Evaluation des progrès. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation indépendante. Par ailleurs, chacun des indicateurs de progrès convenus à Paris est assorti d'un objectif-cible pour 2010. La valeur de ces objectifs-cibles n'est pas fonction du nombre de pays participant à l'enquête, même si, pour certains, elle est influencée par les données de référence fournies par l'Enquête 2006 (OCDE, 2006). Les 32 pays qui ont participé à l'enquête à la fois en 2006, 2008 et en 2011, forment le « groupe de référence » dont il est souvent fait mention tout au long de cette section (sous-sections 2.2.1. et 2.2.2.) pour établir des comparaisons dans le temps portant sur des éléments comparables. Les autres sous-sections portent souvent sur des échantillons de tailles plus importantes. À chaque fois que cela s'avère nécessaire, nous indiquerons le nombre de pays qui composent les échantillons analysés.

Après cette présentation du contexte, nous allons passer à l'analyse de quelques résultats de l'enquête.

2.2.1. Les progrès limités accomplis en matière de coordination

Tableau 14 : Les progrès accomplis en matière de coordination

Indicateurs de Paris	***Valeurs références 2005***[361]	***Valeurs 2007***	***Valeurs en 2010***	***Objectifs 2010***	***Chemin parcouru depuis 2005***
Les donateurs évitent les unités parallèles de mise en œuvre des projets (Nombre total d'unité parallèles de mise en œuvre de projets)	1696	1525	1158	565	-538 sur -1131
Les donateurs coordonnent leurs missions (% de missions des donneurs sur le terrain effectuées conjointement)	20%	24%	22%	40%	2 sur 20%
Les donateurs coordonnent leurs études nationales (% de travaux analytiques par pays effectués conjointement)	41%	44%	44	66%	3 sur 25%

Source : Présentation de l'auteur d'après le rapport de l'OCDE (2011a) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris

[361] Les **« valeurs références 2005 »** indiquent la valeur de chaque indicateur en 2005 pour les 32 pays qui ont participé aux différentes évaluations. Cette valeur est la « valeur référence » en ce sens qu'elle fut la première mesure de l'indicateur étudié. **« Valeurs 2007 » et « Valeurs 2010 »** indiquent la valeur atteint par l'indicateur étudié pour 2007 et 2010. **« Objectifs 2010 »** indiquent les objectifs que ce sont fixés les donateurs pour chaque indicateur pour l'année 2010.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les donneurs qui dispensent une aide au titre de projets ont souvent mis en place leurs propres structures ou imposé à leurs partenaires d'en constituer de nouvelles pour la gestion de ces projets. Dénommées « unités de mise en œuvre ou de gestion des projets », celles-ci sont en général expressément créées pour assurer l'exécution et l'administration des projets et des programmes financés par les donneurs. Elles sont établies dans bien des cas à l'extérieur des institutions et structures nationales existantes, et donc parallèlement à elles, ce qui peut compromettre les efforts déployés pour renforcer les capacités des services essentiels de l'administration, fausser le niveau des effectifs et des rémunérations dans le secteur public et réduire les possibilités qu'ont les autorités des pays partenaires d'exercer un contrôle sur l'exécution des activités financées par l'aide et d'en rendre compte.

Lors du Forum de Paris, les donneurs se sont engagés à réduire de deux tiers le nombre d'unités parallèles de mise en œuvre des projets au cours de la période 2005-10. Si des progrès substantiels ont été faits, le tableau 14 montre que l'objectif-cible global n'était pas atteint en 2010. Dans les 32 pays qui ont participé à l'enquête aussi bien en 2006 qu'en 2011, un total de 1696 unités parallèles de mise en œuvre des projets avait été recensé en 2005. Leur nombre était tombé à 1 158 en 2010 (Tableau 14). Comme raisons invoquées, les donateurs citent « *le manque de confiance des donneurs dans les systèmes nationaux comme l'une des raisons majeures des progrès limités accomplis pour restreindre le recours à des unités parallèles* » (OCDE, 2011a, p.61). Une telle assertion laisse penser que c'est la faiblesse de la qualité des systèmes nationaux des pays en développement qui est problématique. Nous verrons plus loin que cet argument n'est pas toujours fondé (sous-section 2.2.2)

Pour renforcer la complémentarité et réduire les coûts et charges associés aux doubles emplois au niveau des pays, les donneurs s'étaient engagés également à coordonner davantage leurs missions ou leurs travaux analytiques[362] sur le terrain. L'objectif cible de 2010 en matière de missions conjointes est loin d'être atteint (Tableau 14). La progression est seulement de 2% sur un objectif de progression de 20%. Contrairement aux résultats de l'enquête 2008, qui faisaient apparaître un léger accroissement de la proportion de missions conjointes par rapport à 2005, ceux de l'enquête 2011 donnent à penser que les progrès dans ce domaine ne se sont pas

[362] Par travaux effectués conjointement, il faut entendre les travaux réalisés ensemble par deux donneurs ou plus, ou menés par un donneur pour le compte d'un ou plusieurs autres, ou donnant lieu à une implication sur le fond des autorités des pays partenaires.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

poursuivis, voire, dans certains cas, que la situation s'est dégradée. L'objectif cible global, qui avait été fixé à 40 %, n'a pas été atteint. En 2010, sur le nombre total de missions, 22 % ont donné lieu à une coordination dans le groupe de référence de 32 pays, contre 20 % en 2005 (Tableau 14). Mais pour bien saisir l'étendue du problème, revenons sur l'exemple donné dans le rapport de l'OCDE (2008). Plus de 14 000 missions ont été effectuées par les donneurs dans les 54 pays qui ont participé à l'enquête (indicateur : les donateurs coordonnent leurs missions). Dans le seul Vietnam, les donneurs ont effectué 752 missions en 2007 (soit plus de trois missions par jour ouvré). Moins d'une de ces missions sur cinq a été coordonnée avec un autre donneur. Ceci n'est pas un cas isolé. De 2000 à 2002, l'administration tanzanienne a dû gérer 1.300 projets impliquant 1000 réunions par an avec les bailleurs, ainsi que la rédaction de 2400 rapports par trimestre. La lourdeur est telle que le gouvernement a fini par imposer des « vacances de missions » de quatre mois durant lesquelles aucune visite de donateurs n'a été acceptée, de manière à ce que les fonctionnaires tanzaniens puissent enfin se concentrer sur la mise en œuvre des politiques de développement (Polet et Zacharie, 2008).

En matière de travaux analytiques réalisés conjointement, les résultats se font également attendre. Sur l'ensemble des travaux d'analyse répertoriés dans l'édition 2011 de l'enquête, 43 % ont été entrepris conjointement (44 % dans le groupe de référence de 32 pays). Si cela est un peu plus important qu'en 2005, l'objectif cible global, à savoir 66 %, est loin d'être atteint (Tableau 14).

2.2.2. Les progrès limités accomplis en matière d'alignement

L'alignement est l'un des piliers d'une coordination efficace. Ce principe majeur de la déclaration de Paris souligne que la coordination des donateurs doit se faire sur les besoins exprimés par les bénéficiaires à partir de documents négociés au niveau national comme les documents de stratégie de réduction de la pauvreté ou d'autres plans nationaux. Les progrès réalisés en matière d'alignement sont récapitulés à travers plusieurs indicateurs dans le tableau 15 ci-dessous.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 15 : Les progrès accomplis en matière d'Alignement

Indicateurs de Paris	***Valeurs références 2005***	***Valeurs 2007***	***Valeurs 2010***	***Objectifs 2010***	***Chemin parcouru depuis 2005***
Les donateurs utilisent les systèmes nationaux de gestion des finances publiques –GFP-(% de l'aide destinée au secteur public qui passe par les systèmes GFP des partenaires)	40%	45%	48%	80%	8 sur 40%
Les donateurs utilisent les systèmes nationaux de passation des marchés (% de l'aide destinée au secteur public qui passe par les systèmes de passation des marchés)	39%	43%	44%	Pas de cible	na
Les donateurs utilisent des procédures ou dispositifs communs (% de l'aide fournie dans le cadre d'approches fondées sur les programmes)	42%	47%	48%	66%	6 sur 22%
L'assistance technique est alignée et coordonnée (% des apports de coopération technique mis en œuvre dans le cadre de programmes coordonnés compatibles avec les stratégies nationales)	49%	61 %	51 %	50%	Objectif dépassé
Les apports sont alignés sur les priorités nationales (% de d'aide destinée au secteur public qui est comptabilisé dans le budget national)	44%	48%	46%	85%	2 sur 41%

Source : Présentation de l'auteur d'après le rapport de l'OCDE (2011a) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris

L'objectif-cible consistant à faire en sorte que 85 % des apports d'aide au secteur public soient comptabilisés dans le budget national des pays partenaires en 2010, n'a pas été atteint. L'évolution observée offre matière à réflexion : 44 % des apports d'aide étaient comptabilisés dans le budget national des pays partenaires en 2005, alors qu'en 2010, le chiffre était de 46 % pour les pays ayant pris part aux enquêtes de 2006, 2008 et 2011. Si l'on considère l'ensemble des 78 pays qui ont participé à l'enquêté 2011, on constate qu'en 2010, seulement 41 % des apports d'aide étaient comptabilisés dans le budget national, ce qui est bien inférieur a l'objectif-cible de 85 % (OCDE, 2011a). Aussi, en 2010, nous avons en moyenne des évolutions très lentes :

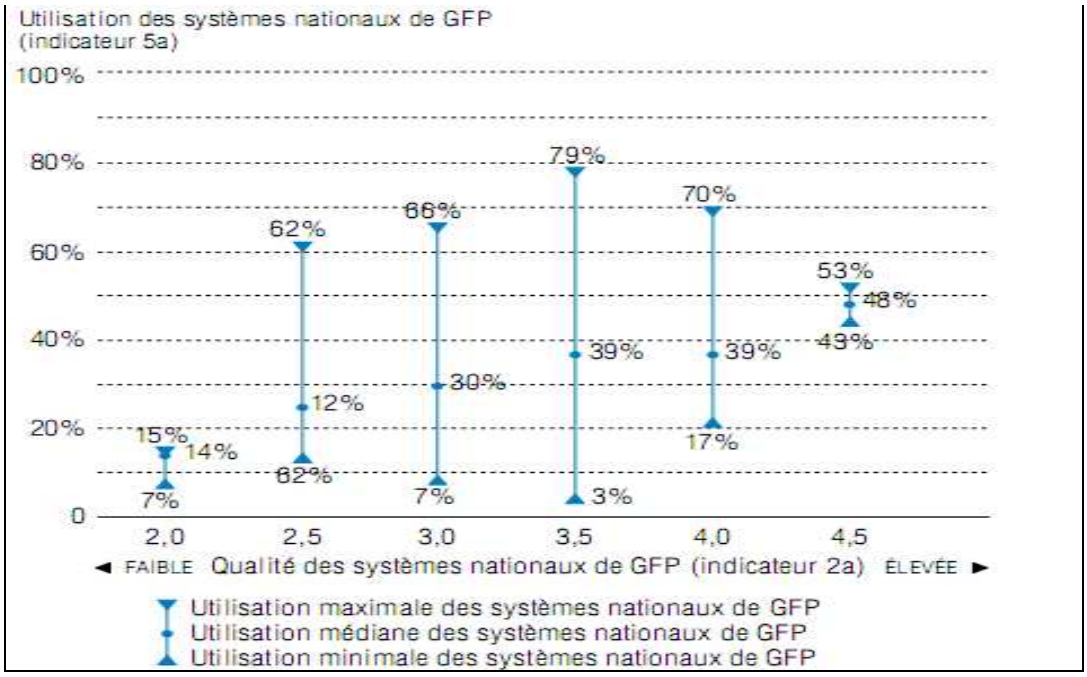
- 48% de l'aide consacrée à soutenir le secteur public utilise les systèmes nationaux de GFP contre 40 %en 2005,
- 44 % de l'aide utilise les systèmes nationaux de passation des marchés publics contre 39% en 2005,
- 48 % de l'aide est fournie dans le cadre d'approches fondées sur les programmes contre 42% en 2005.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Finalement, seuls les objectifs portant sur l'assistance technique ont été atteints et dépassés. Les moyennes évoquées ci-dessus masquent cependant des différences considérables entre les pays. En 2007, les chiffres sur l'utilisation des systèmes nationaux vont de 3 % dans la République démocratique du Congo et au Soudan à 71 % au Bengladesh et en Tanzanie (OCDE, 2008). [363]

On peut noter que l'utilisation des systèmes nationaux a relativement peu augmenté depuis 2005. On peut penser que cela est dû à la mauvaise qualité de certains systèmes nationaux. Mais, selon le rapport d'évaluation (OCDE, 2011a), au niveau mondial, la relation entre la qualité des systèmes nationaux de GFP et l'utilisation que les donneurs en font est, au mieux, peu marquée (graphique 25).

Graphique 25: Y a-t-il une relation entre la qualité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et leur utilisation par les donneurs ? (56 pays, enquête 2011)



Source : Tiré du rapport de l'OCDE (2011a) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris

Ce résultat ressortait déjà des résultats des précédentes enquêtes. En effet, selon le rapport d'évaluation (OCDE, 2008), rien n'indique clairement que les donneurs utilisent plus les systèmes nationaux dans les pays où les systèmes sont de bonne qualité. Pour le montrer les rédacteurs du rapport avaient pris les douze pays qui ont eu les scores les plus élevés pour les

[363] Ces informations sont disponibles sur le site de l'OCDE : www.oecd.org/dataoecd/58/42/41202130.pdf, (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

systèmes de GFP (y compris les pays ayant obtenu le score de 4.0 pour l'indicateur « système fiable de gestion des finances publiques »). Dans ces pays, le taux d'utilisation moyen des systèmes nationaux de GFP va de 17 % en Mongolie à 71 % en Tanzanie. Les conclusions du rapport d'évaluation de l'OCDE (2011a) vont dans le même sens. À titre d'exemple, pour les 10 pays qui se classent à un niveau élevé pour la qualité de leurs systèmes de GFP (4.0 et plus), l'emploi des systèmes nationaux de GFP par les donneurs va en moyenne de 20 % (Kosovo) à 70 % (Moldova) (graphique 25). Exprimée en pourcentage, la proportion des apports d'aide au secteur public qui transite par le système national de GFP est plus forte au Népal qu'au Burkina Faso, alors que le Burkina Faso se situe au niveau de 4.5 (élevé) sur l'échelle appliquée pour évaluer la qualité des systèmes nationaux de GFP, et que le Népal ne dépasse pas le niveau de 2.5 (relativement faible)

Ainsi, si la Déclaration de Paris repose sur le postulat selon lequel la qualité des systèmes nationaux déterminerait la volonté des donneurs d'en faire usage, il n'y a guère lieu de penser que celui-ci s'est vérifié au cours des cinq dernières années.

2.2.3. Les progrès limités accomplis en matière de gestion axée sur les résultats

Rappelons qu'une gestion axée sur les résultats est une des conditions d'une coordination efficace. Cette condition suppose que les donateurs aient tous des dispositifs de suivi et dévaluation.

Tableau 16 : les progrès accomplis en matière de gestion axée sur les résultats

Score (indicateur 11)		2005 Nombre de pays	2005 %	2007 Nombre de pays	2007 %	2010 Nombre de pays	2010 %
Élevé	A	0	0%	0	0%	0	0%
	B	2	5%	3	6%	16	21%
Moyen	C	20	45%	27	57%	41	54%
	D	22	50%	17	36%	18	24%
Bas	E	0	0%	0	0%	1	1%
Nombre de pays évalués :		*44*		*47*		*76*	

Source : Présentation de l'auteur d'après le rapport de l'OCDE (2011a) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'objectif fixé pour 2010 consistait à réduire d'un tiers la proportion de pays n'ayant pas de cadres transparents d'évaluation des performances et se prêtant à un suivi, par rapport aux valeurs de référence de 2005 établies à l'occasion de l'Enquête de 2006. La qualité de ces cadres est envisagée sous trois angles : i) la qualité de l'information générée ; ii) l'accès des parties prenantes à l'information ; et iii) l'existence de systèmes nationaux d'évaluation et de suivi coordonnés. L'indicateur ainsi constitué permet de déterminer dans quelle mesure les données collectées sont fiables et de rendre compte, sous divers aspects, de la façon dont l'information est utilisée, diffusée auprès des parties prenantes et mise à profit pour améliorer la prise de décision et la mise en œuvre. Cet indicateur est mesuré en fonction de la note attribuée sur une échelle a cinq niveaux allant de A (score le plus élevé – les progrès sont durables) à E (score le plus bas – peu de mesures sont prises). La note B décrit « un cadre oriente sur les résultats qui est, pour l'essentiel, une réalité » (OCDE, 2011a).

Les résultats de l'Enquête 2011 indiquent que les pays partenaires ont fait un certain nombre de progrès dans la mise en place de cadres orientés sur les résultats, même si l'objectif-cible fixé pour 2010 – a savoir que 36 % des pays obtiennent les notes A ou B – n'a pas été atteint comme le montre le tableau 16 ci-dessus. Le pourcentage de pays considérés comme ayant relativement de solides cadres de résultats (notes A et B) est passé de 5 % en 2005 à 21 % en 2010. Ce groupe comprend 30 pays évalués pour la première fois en 2011. Quant aux 32 pays qui constituent le groupe de référence de 2005, ils ont obtenu des résultats légèrement meilleurs, puisque 25 % d'entre eux se sont vus attribuer la note de B (OCDE, 2011a). Ces pays ont mis en place des cadres d'évaluation et de suivi pour mesurer les progrès réalisés au regard de leur stratégie nationale de développement. **Ces cadres ont en commun les caractéristiques suivantes : une claire répartition des attributions entre institutions et une bonne coordination entre ces institutions, l'exhaustivité de la couverture des données et la fréquence de leur collecte, la qualité et la fiabilité des données étant assurée par un respect rigoureux des normes prescrites**.

Pour ce qui est des pays dont la notation a changé entre 2005 et 2010, le rapport de l'OCDE (2011a) souligne que seule la Tanzanie a conservé son score B de 2005. Les scores de pays comme l'Ouganda et le Mozambique sont passés de B à C. Huit pays ont amélioré leur score, qui est passé de C à B (Cameroun, Éthiopie, Honduras, Kenya, Moldavie, Népal, Pakistan et Viet Nam). L'évolution est particulièrement remarquable dans le cas du Cameroun et de la Moldavie, car leur score a augmenté de deux crans (de D à B) sur la période 2005-2010. Pour la

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

plupart de ces pays, l'amélioration est à attribuer à l'adoption en 2010 de nouvelles stratégies nationales de développement s'appuyant sur des cadres de résultats plus solides ou l'utilisation du suivi et de l'évaluation pour éclairer le processus de décision dans le contexte de réformes plus vastes de la gestion du secteur public. Le même rapport souligne que les pays à revenu intermédiaire ont tendance à être plus performants que les autres en matière de suivi et évaluation.

2.2.4. Les progrès limités accomplis en matière d'appropriation : une analyse à partir de la qualité des stratégies de développement[364]

La coordination est optimale quand les donateurs s'alignent sur des politiques réellement « appropriées » (dans le double sens du terme)[365] par le bénéficiaire (Jacquemot, 2007). L'appropriation est donc essentielle à l'aboutissement de la coordination. La rubrique de la déclaration de Paris (2005) portant sur l'appropriation indique les pays bénéficiaires s'engagent à : « *1) s'investir du premier rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs stratégies nationales de développement*[366]*, dans le cadre d'un vaste processus de consultation ; 2) traduire ces stratégies nationales de développement en programmes opérationnels axés sur les résultats intégrant une hiérarchisation des priorités, tels qu'exprimés dans les cadres de dépenses de moyen terme et les budgets annuels ; 3) assurer la conduite de la coordination de l'aide à tous les niveaux et des autres ressources affectées au développement, en consultation avec les donneurs et en encourageant la participation de la société civile et du secteur privé* ».[367] Les conditions que les bénéficiaires doivent réunir sont donc (Jacquemot, 2007, p.180) : « *des stratégies globales et sectorielles reposant sur de bons diagnostics et une base macro-économique robuste, une traduction des stratégies dans un cadre opérationnel avec des engagements politiques clairs, des priorités et une évaluation des coûts ; un système de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation reposant sur des institutions locales solides* ».

L'appropriation semble essentiellement évaluée par les caractéristiques des politiques élaborées (opérationnalité, prise en compte des contraintes macro-économiques). Un tel choix des institutions internationales est évidement discutable, mais ici nous voulons seulement voir si

[364] Cette analyse est basée principalement sur des études de l'OCDE et de la Banque mondiale.
[365] La notion française d'appropriation se révèle plus riche que celle d'*ownership* car elle recouvre deux sens : la bonne adéquation au contexte (« approprié à ») et le meilleur contrôle du bénéficiaire (« approprié par »).
[366] Par « stratégies nationales de développement », on entend les stratégies de lutte contre la pauvreté et autres stratégies globales au même titre que les stratégies sectorielles ou thématiques
[367] Tiré du rapport de l'OCDE, disponible en ligne : www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

les donateurs atteignent les objectifs qu'eux mêmes se sont fixés, nous ne discutons donc pas de la pertinence des critères.[368] Il faut savoir cependant que les plans nationaux, les documents de stratégies de réduction de la pauvreté en particulier, qui sont des « moyens » de coordination au niveau des pays, sont le fruit d'une négociation entre acteurs variés (l'État, les administrations locales, les bailleurs étatiques, les ONG nationaux et étrangers…). Il y a une forte probabilité, conformément à notre thèse, d'avoir des plans nationaux généraux, non opérationnels et qui favoriseraient une certaine dispersion de l'aide.

Dans ce qui suit nous évaluons le caractère opérationnel des stratégies nationales de développement. Pour cela nous allons recourir aux critères élaborés par la Banque mondiale.[369]. Le caractère opérationnel d'une stratégie nationale de développement est évalué par la Banque mondiale au regard de trois critères qui sont présentés comme des composantes fondamentales à toute initiative « sérieuse » destinée à mobiliser les ressources nationales et extérieures à des fins de développement :

1) l'existence d'une politique nationale de développement qui fait autorité (un cadre stratégique unifié).
2) une stratégie de développement « réaliste » qui met clairement en lumière les priorités ;
3) une estimation « sérieuse » du coût des politiques afin de faciliter leur financement (lien entre les stratégies et le budget).

La Banque mondiale évalue séparément chacun de ces critères pour chaque pays. Sur la base de ces évaluations qualitatives, elle établit un classement de la qualité des systèmes nationaux sur une échelle à 5 degrés allant de A (note la plus élevée) à E (note la plus basse).

[368] On peut discuter de la pertinence d'avoir une définition *a priori* de l'appropriation souhaitée. Les politiques recherchées sont prédéfinies. Nous avons donc une conception de l'appropriation qui conduit à un « rétrécissement » et non un surcroît d' « appropriation » s'il prive le pays de la diversité des éclairages, des expériences et des propositions.

[369] Banque mondiale, *Results-Based National Development Strategies: Assessment and Challenges Ahead*, Washington, DC: Banque mondiale, déc. 2007, téléchargeable sur l'adresse suivante : http://www.aideffectiveness.org/Themes/Delivering-accounting-for-results/Monitoring-results/World-Bank-review-of-Results-Based-National-Development-Strategies.html

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Tableau 17 : La qualité des stratégies nationales de développement, 2005-2010

Score (indicateur 1)		2005 Nombre de pays	2005 %	2007 Nombre de pays	2007 %	2010 Nombre de pays	2010 %
Élevé	A	0	0%	0	0%	2	3%
	B	5	11%	8	17%	26	34%
Moyen	C	27	60%	31	66%	25	33%
	D	12	27%	8	17%	22	29%
Faible	E	1	2%	0	0%	1	1%
Nombre de pays évalués		*45*		*47*		*76*	

Source : Présentation de l'auteur d'après le rapport de l'OCDE (2011a) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris

Comme le montre le tableau 17, les notes varient de A (niveau élevé – les progrès sont durables) a E (niveau faible – peu de mesures ont été prises). La signification de chaque note est présentée dans l'encadré 19 ci-dessous. Cet encadré explicatif est une traduction de la note d'explication mise en ligne sur le site de l'OCDE[370]. Pour évaluer les progrès réalisés en vue de l'atteinte de l'objectif fixé pour 2010, on estime qu'un pays dispose d' « une stratégie de développement opérationnelle » lorsqu'il obtient un A ou un B pour l'indicateur 1. L'indicateur 1 évalue dans quelle mesure les pays partenaires ont adopté des stratégies nationales de développement dotées de priorités stratégiques claires, se rattachant à un cadre de dépenses à moyen terme et qui sont comptabilisées dans les budgets annuels. L'objectif était qu'au moins 75 % des pays partenaires aient des stratégies de développement opérationnelles à l'horizon 2010. Si la qualité des stratégies nationales de développement des pays s'est améliorée depuis 2005 et 2007, cette amélioration n'a pas conduit à l'atteinte de l'objectif cible. Le tableau 17 ci-dessus présente une comparaison des notes obtenues par les pays aux termes de chacune des trois enquêtes successives. **Il montre que seulement 37 % des pays participant à l'enquête 2011 ont mis en place une stratégie de développement opérationnelle.** Lorsque l'on prend en considération le groupe des 32 pays qui ont participé à l'enquête de référence et à l'enquête 2011, la proportion de pays ayant atteint l'objectif fixe passe à 52 %. La moitié des pays participant à l'enquête 2011 se trouvent en Afrique. Selon l'OCDE (2011a), 41 % des pays de cette partie du monde sont considérés comme ayant des stratégies de développement opérationnelles contre 33 % sur les autres continents.

[370] Un document de l'OCDE, disponible en ligne, développe bien cette question : http://www.oecd.org/document/33/0,3343,en_21571361_39494699_39749537_1_1_1_1,00.html (visité le 16 décembre 2010). Cet encadré est une traduction de l'auteur.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Lorsque l'on examine la façon dont les notes des pays ont évolué dans le temps, les données font apparaître que 14 pays sur les 32 ayant participé à l'enquête de référence et à l'enquête 2011 ont vu leurs performances s'améliorer en ce qui concerne l'indicateur 1 entre 2005 et 2010 (OCDE, 2011a). Trois pays appartenant à ce groupe ont obtenu un moins bon résultat au cours de la même période. Deux pays (le Rwanda et la Tanzanie) ont amélioré leur position – passant de B à A. Le Kenya a également progressé de façon significative depuis 2005, passant de la note D en 2005 a B en 2010 ; de même que le Soudan dont la note est passée de D a B entre 2007 et 2010. Un examen minutieux des trois critères qui sous-tendent l'indicateur 1 montre que pour de nombreux pays le troisième critère – **lier les stratégies aux dotations budgétaires** – est celui qui pose le plus de difficultés. En effet, 72 % des pays participant à l'enquête 2011 ont obtenu un C ou une note inférieure (contre 55 % et 58 % respectivement pour les deux premiers critères). Cet élément du processus de planification est essentiel pour garantir que des ressources sont allouées à la réalisation des objectifs prioritaires de développement au niveau des pays.

Encadré 19 : Les différentes notes des stratégies nationales de développement

Dans cette présentation des notes de la Banque mondiale sur les stratégies de développement, nous allons partir de note la plus faible à la plus élevée.

E. Cette note signifie :
- qu'il n'existe pas une politique nationale de développement qui fait autorité (un cadre stratégique unifié).
- qu'il n'existe pas de politique de développement réaliste qui met clairement en lumière les priorités ;
- qu'il n'existe pas d'estimation sérieuse du coût des politiques afin de faciliter leur financement.

D. Cette note signifie :
- qu'une stratégie à moyen terme est en préparation, mais elle ne distingue pas encore d'une vision à long terme. Des stratégies sectorielles sont peu nombreuses, et ne peuvent être reliés à une stratégie de moyen terme. L'action du gouvernement est guidée par un cadre stratégique de court terme.
- que les premiers efforts pour définir les objectifs de long, moyen et cout terme sont en cours.
- qu'une première tentative d'évaluation des coûts d'une stratégie de moyen terme est enregistrée et qu'on est au niveau des premiers efforts pour préparer un cadre budgétaire à moyen terme.

C. Cette note signifie :
- que le pays dispose d'une vision à long terme et d'une stratégie à moyen terme, mais que ces éléments ne sont pas articulés. Les stratégies dans les secteurs clés ne sont pas encore intégrées dans la stratégie nationale de développement. Le rôle des différents instruments stratégique pour guider les politiques de développement est imprécis et non mis en évidence. Là où ils existent, les efforts pour aligner le local au national sont embryonnaires.
- que la définition des objectifs de long terme et de moyen terme, et leur articulation, notamment au niveau intersectoriel sont embryonnaires
- que le coût de la stratégie de développement à moyen terme a été chiffré et intégré dans un plan budgétaire de moyen terme.

B. Cette note signifie :

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- qu'il existe une vision de long terme du développement et une stratégie de développement moyen terme qui joue le rôle de référence pour les décideurs au niveau national, local et au niveau sectoriel. Les stratégies sectorielles et les planifications locales du développement découlant de la stratégie à moyen terme et elles sont articulées entre elles.
- que les objectifs de long et moyen terme sont identifiés, reliés aux OMD et adaptés à la spécificité du pays. La stratégie à moyen terme met l'accent sur un ensemble hiérarchisé d'objectifs. Il traite de façon adéquate des questions transversales telles que le sexe, le VIH / SIDA, l'environnement et la gouvernance.
- que le gouvernement progresse vers une budgétisation axée sur la performance et une mobilisation des ressources à tous les niveaux (national et local).

A. Cette note signifie :
- que nous avons des stratégies qui respectent toutes les conditions d'efficacité. Et il n'ya pas de signes avant-coureurs d'une détérioration possible. On s'attend généralement à ce que les progrès réalisés soient durables.

Source : Présentation de l'auteur d'après OCDE

Selon la Banque mondiale[371], les raisons de cette mauvaise qualité des documents de stratégies de développement sont diverses. Il peut s'agir d'une situation politique chaotique ou d'une contrainte de capacité ou bien d'autres événements. L'intégralité des pays en développement n'ont pas réussi à élaborer des documents de stratégie de développement qui respectent les conditions d'une coordination efficace. Ces conditions sont, entre autre, une entente des acteurs du développement sur des objectifs limités, précis et articulés. C'est pourquoi dans son rapport, l'OCDE (OCDE, 2008, p.12) indique que :

- *« les pays partenaires doivent disposer de stratégies de gestion de l'aide bien définies, et d'un calendrier de planification et de budgétisation clair pour intégrer la gestion de l'aide dans les procédures de planification et de budgétisation.*
- *les administrations partenaires devraient établir des procédures précises et des mécanismes de notification et de comptabilisation des versements provenant des donneurs.*
- *les donneurs doivent être plus réalistes quant au rythme de mise en œuvre des programmes* ».

On retrouve ici le problème déjà soulevé dans le chapitre 5, c'est-à-dire la tendance des acteurs de développement, étant différents en termes d'images politiques, à élaborer des plans d'action, des mécanismes de coordination non contraignants avec des objectifs non précis, ré-interprétables, ré-appropriables par l'ensemble des acteurs formant le lieu politique.

[371] Document disponible en ligne sur le site de l'OCDE : http://www.oecd.org/document/33/0,3343,en_21571361_39494699_39749537_1_1_1_1,00.html (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.2.5. En définitive, une aggravation de la fragmentation de l'aide

Dans le Programme d'action d'Accra, donneurs et pays partenaires se sont engagés à « *réduire la fragmentation de l'aide en améliorant la complémentarité entre les efforts des donneurs ainsi que la répartition des tâches entre les donneurs, notamment par une meilleure affectation des ressources à l'intérieur de chaque secteur, de chaque pays et entre les pays* ».[372] Nous avons souligné plus haut que la fragmentation peut nuire considérablement a l'efficacité de la coopération pour le développement : à mesure que s'accroit le nombre de donneurs et d'initiatives dans un pays ou un secteur, il en va de même des risques de doubles emplois, des frais d'administration encourus par les gouvernements des pays partenaires pour la gestion des apports transitant par une multitude de canaux et de projets, et du coût du dialogue, qui doit être entretenu séparément avec de multiples donneurs. D'un autre côté, nous avons montré que travailler avec divers donneurs permet de disposer de plusieurs sources de financement du développement. Cela présente des avantages dans un contexte de rareté des ressources d'aide. Mais les institutions attendent plus de la mobilisation d'acteurs variés. Selon elles s'attendent à ce que « *la possibilité d'intégrer des points de vue hétérogènes dans le dialogue sur les mesures à prendre favorise l'innovation à travers des projets pilotes et des approches reposant sur des compétences spécifiques* » (OCDE, 2011a, p.75).

Les engagements souscrits à Paris et Accra concernant la complémentarité ne sont assortis d'aucun objectif précis ni d'aucun indicateur de progrès. Il est donc difficile de fournir une appréciation complète des avancées obtenues dans ce domaine.[373] Toutefois, de récentes analyses de l'OCDE (2011b, 2011c) montrent que, si le volume de l'aide disponible au niveau des pays s'est accru de 28 % entre 2005 et 2009, on a observé en parallèle une augmentation à la fois du nombre moyen de donneurs intervenant dans chaque pays et de la fragmentation de l'aide entre secteurs au niveau des pays. En 2005, un secteur recevait en moyenne dans un pays partenaire une aide de la part de 7,4 donneurs. En 2009, ce chiffre moyen était passé à 9,6. On constate par ailleurs de grandes différences dans le nombre de donneurs intervenant dans chaque secteur : en 2009, plus de 14 donneurs en moyenne menaient des activités, dans chaque pays

[372] Programme d'action d'Accra, http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/FINAL-AAA-in-French.pdf (visité le 30/11/11); (p.4)
[373] Par ailleurs, la clé de répartition optimale, qu'il s'agisse des donneurs comme de leurs apports, n'est probablement pas la même partout – les différents pays ont des besoins différents et sont plus ou moins aptes a gérer des portefeuilles d'aide diversifies-.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

partenaire, dans le secteur « gouvernement et société civile », contre 7,5 dans le secteur « distribution d'eau et assainissement » (OCDE, 2011a). Cette répartition sectorielle inégalitaire est cohérente avec le discours dominant actuel sur l'importance de la gouvernance.

La fragmentation au niveau pays évoquée ci-dessus se conjugue avec une fragmentation de l'aide à l'échelle internationale. Une rationalisation du nombre et de l'intensité des relations avec des pays partenaires que chaque donneur entretient à l'échelle mondiale pourrait être source de gains d'efficience. Lorsque les donneurs choisissent d'apporter une aide à un pays, ils ne cherchent généralement pas à savoir si d'autres donneurs interviennent déjà dans ce pays. De ce fait, les pays en développement (pays partenaires) doivent souvent traiter avec un grand nombre de donneurs qui apportent chacun un volume d'aide relativement faible. Cette fragmentation a l'échelle internationale induit un coût, non seulement pour les pays partenaires mais aussi pour les donneurs. Les frais de fonctionnement associés à la préparation, la négociation, l'exécution et le suivi de programmes d'aide dans de nombreux pays partenaires peuvent être importants, et absorbent une large part de la dotation allouée à chacun de ces pays.

Le tableau 18 ci-dessous fait apparaître que la fragmentation de l'aide s'est accentuée depuis 2004 dans les pays a faible revenu. En effet le taux de fragmentation est passé de 33 à 36%. Ce qui risque de poser des problèmes particulièrement graves étant donné la capacité limitée de nombre de ces derniers à gérer des relations d'aide fragmentées. La fragmentation demeure aussi particulièrement marquée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Tableau 18 : Fragmentation de l'aide à l'échelle internationale (taux de fragmentation de l'aide par groupe de revenu)

	Nombre de pays	Nombre de relations d'aide importantes a 2009	Nombre de relations d'aide non significatives b 2009	Nombre total de relations d'aide a+b 2009	Taux de fragmentation de l'aide *Pour information* 2004	*2008*	b/(a+b) 2009
Pays à faible revenu	61	985	557	1 542	*33*	*34*	36
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	48	590	531	1 121	*46*	*46*	47
Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure	43	390	204	594	*33*	*35*	34
Total	*152*	*1 965*	*1 292*	*3 257*	*38*	*38*	*40*

Source : Présentation de l'auteur d'après le rapport de l'OCDE (2011a) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En 2009, on comptait plus de 3000 relations d'aide (relations donneur-pays partenaire) à l'échelle mondiale, uniquement pour l'aide émanant des membres du CAD de l'OCDE et des 22 principales organisations multilatérales. La moitié de ces relations couvraient tout juste 5 % du volume global de l'aide (OCDE, 2011a). C'est ce qui explique l'importance des « relations non significatives ».[374] Chaque donneur apporte en moyenne une aide a 68 pays partenaires et chaque pays partenaire reçoit en moyenne une aide de pas moins de 20 donneurs, abstraction faite des donneurs non membres du CAD et des quelques 246 organisations multilatérales pour lesquelles on ne dispose pas de données (OCDE, 2011a).

Ces résultats globalement négatifs, à notre sens, ont été présentés de façon optimiste par le groupe de travail de l'OCDE, en répétant que les objectifs sont atteignables si les donateurs accroissent leurs efforts. L'enseignement global que ce groupe tirait en 2008 de l'évaluation de la mise en œuvre de la déclaration de Paris était que « *des progrès ont été enregistrés, mais leur rythme n'est pas assez soutenu »* (OCDE, 2008, p.6). Dans le rapport de 2011, le groupe de travail souligne que « *bon nombre des difficultés mises en lumière dans le présent rapport sont d'ordre purement politique – et non technique – et seule une volonté durable des dirigeants permettra d'en venir à bout* » (OCDE, 2011a, p.4). Il suffirait donc que les hommes politiques veuillent agir pour que les attentes en matière de coordination soient une réalité. Ces formulations apparaissent comme trop optimistes puisque les progrès accomplis sont insignifiants au regard du chemin qui reste à parcourir.

Pour faire oublier les échecs soulignés ci-dessus, la stratégie des grands donateurs réunis à Busan, du 29 novembre au 1er décembre 2011, semble avoir été de faire émerger un nouveau paradigme : de la coordination de l'aide, le débat a été déplacé vers la coordonation de l'aide avec les autres domaines politico-économiques. Concrètement, on est entrain de passer de la coordination à la cohérence. Comme l'a souligné Oumou Zé[375], chercheuse au CNCD, « *les donateurs traditionnels n'arrivent pas à tenir leurs promesses et semblent chercher une nouvelle configuration, dans laquelle on ne parlerait plus de l'aide et de son efficacité, mais de l'efficacité*

[374] La signification des relations dans ce tableau renvoie à la « signification » de la relation entre chaque apporteur d'aide et chaque bénéficiaire, telle qu'elle est mesurée par, à la fois, la part de l'aide a ce pays partenaire émanant de ce donneur et la part de ce pays partenaire dans l'aide totale consentie par ce donneur. Globalement, le tiers des relations d'aide sont « non significatives » en termes financiers (OCDE, 2011a).
[375] Son article intitulé « La fin de l'aide, ou la nouvelle donne des relations internationales » est disponible sur le site du Centre national de coopération au développement (CNCD) : http://www.cncd.be/La-fin-de-l-aide-ou-la-nouvelle (visité le 10/12/2011).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

du développement ». Dans cette nouvelle approche, l'aide est « *qualifiée de catalyseur pour le développement, notamment pour engager d'autres fonds d'investissement privés* ». La conséquence est que :

- l'aide publique au développement risque de ne plus être la stratégie principale pour conduire au développement.
- la coordination donateur devient un enjeu moins important.

Les quelques indicateurs présentés ici ne mettent pas en évidence une tendance à la réduction de la dispersion de l'aide. Cependant, nous avons vu émerger des mécanismes institutionnels de coordination des donateurs.

******

Dans ce chapitre, après avoir présenté l'intérêt de la coordination et l'agenda dans lequel elle s'inscrit, nous avons montré que, malgré des engagements successifs des donateurs, la coordination a faiblement progressé. Les seules évolutions notables résident dans l'élaboration de mécanicismes de coordinations (conventions internationales *Health partnership*, approches sectorielles, document de stratégie de réduction de la pauvreté…). **Nous pouvons donc dire que les moyens organisationnels d'une coordination efficace existent. Mais ces mécanismes organisationnels de coordination n'ont pas conduit à une plus grande coordination** au regard des indicateurs qui ont été présentés dans ce chapitre : utilisation de mécanismes coordonnés, coordinations des missions et des études des donateurs, utilisation des systèmes nationaux, évitement des unités parallèles etc. Précisons cependant que l'insuffisance des données sur la coordination dans le domaine de la santé, nous conduit à évaluer les progrès de la coordination des donateurs le plus souvent de façon générale.

Nous avons montré, dans ce chapitre, que les mobilisations obtenues au moyen de l'ambiguïté (combinaison de plusieurs images politiques) dans les discours et les délibérations (*cf.* chap. 6) ne se sont pas accompagnées d'une plus grande coordination. Dans le chapitre suivant, nous sortons du niveau « macro » des indicateurs de coordination, pour étudier la qualité des mécanismes de coordination au niveau micro à travers une étude de cas. Cette étude de cas nous permettra de montrer les liens qui existent entre le faible progrès en matière de coordination et la pluralité des images politiques des donateurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 8 : Une étude de cas : la coordination pour lutter contre le paludisme

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ce chapitre 8 s'inscrit dans la même perspective que le précédent, c'est-à-dire montrer les difficultés de coordination d'acteurs variés. Mais ici nous relions davantage la pluralité des images politiques et **les problèmes de coordination en étudiant ce qui se passe à l'intérieur des mécanismes de coordination, donc « en ouvrant la boite noire ».** Parmi les différents mécanismes de coordination, nous avons choisi les partenariats public-privés dans le domaine de la santé comme support de cette analyse. L'étude portera sur *Roll Back Malaria* qui est un partenariat spécialisé dans la lutte contre le paludisme. L'analyse de ce qui se passe à l'intérieur de ce partenariat permettra d'examiner les freins « politiques» [376] à la coordination constitués par la pluralité des images politiques. Il faut rappeler que la mobilisation des ressources et des acteurs, et la coordination des actions dans la lutte contre le paludisme sont les principaux objectifs qui ont présidé à la création de ce partenariat. Mais ces objectifs ont-ils été atteints dix ans après la création des partenariats public-privés ? Aujourd'hui, il est incontestable que les PPP ont amélioré fortement la mobilisation autour des problèmes de santé dans les pays en développement. On parle aujourd'hui de milliards de dollars pour la seule maladie qu'est le paludisme[377] et plus d'une dizaine de milliards pour le sida. Il est devenu rare que les acteurs internationaux se réunissent sans parler de la santé publique internationale ou des pays en développement**. Mais cette mobilisation (augmentation du nombre d'acteurs et des moyens financiers) d'acteurs variés ne rend-t-elle pas la coordination plus difficile, voire impossible?** En effet, cette mobilisation importante, qui se traduit par un accroissement du nombre d'acteurs, pourrait rendre la coordination plus difficile au regard des régimes précédents dans lesquels les acteurs étaient moins nombreux.

Nous avons choisi un partenariat spécialisé dans la lutte contre le paludisme pour trois raisons essentielles liées aux préoccupations de notre thèse :

- premièrement, le paludisme considéré comme un problème majeur de santé publique avant la deuxième Guerre mondiale (Shiffman et *al*., 2002), constitue encore l'une des préoccupations majeures de la communauté internationale.
- deuxièmement, le PPP qui porte la lutte contre le paludisme, à savoir Roll Back Malaria (RBM ou « faire reculer le paludisme »), fut inspiré par des acteurs publics

[376] Les images politiques renvoient à des positionnements « politiques ou sociopolitiques ».
[377] Le volume d'aide aurait atteint 1,5 milliard de dollars par an en 2010 selon le rapport de RBM (2011, p.13) : *Dix ans de partenariat et résultats*, Collection Progrès et Impact, N° 7 - septembre 2011

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

multilatéraux (Banque mondiale, OMS, PNUD) à la différence de bien d'autres partenariats comme GAVI.[378] Donc, à la différence de l'Alliance GAVI qui traduit une évolution de l'aide privée au développement, RBM traduit plutôt une évolution de l'aide publique à la santé.

- troisièmement, se concentrer sur une seule maladie permet de sortir du seul niveau macro et d'illustrer les difficultés de coordination tout en évitant le biais de n'attribuer ces difficultés qu'à la pluralité des maladies ou des besoins.

Nous subdivisons ce chapitre en trois sections. Dans une première section, nous abordons la genèse et les objectifs de *Roll Back Malaria* (RBM). Dans une deuxième section, nous vérifions si ces objectifs ont été atteints. Soulignant la non-atteinte de l'objectif de coordination, la troisième section tente de montrer en quoi ceci est lié à la nature contractuelle particulière des plans d'action stratégique. Nous y montrons notamment que l'élaboration d'un plan d'action stratégique dans RBM, par sa nature contractuelle particulière, est rendue difficile par la pluralité des images politiques. À travers ce chapitre, on aura étayé l'idée selon laquelle la diversité des images politiques constitue un frein majeur à la coordination.

1. Roll Back Malaria Partnership : genèse et objectifs

1.1. Genèse

Selon la Banque mondiale (2001)[379], quand on analyse la lutte contre le paludisme dans les années 1990, deux raisons déterminantes expliquent la persistance du caractère endémique du paludisme à cette époque. La première relève de la détérioration des systèmes sanitaires et de surveillance épidémiologique dans les pays en développement. Ces pays n'ont pas les moyens techniques et financiers suffisants pour faire face à ce fléau. La deuxième est l'échec des actions internationales non coordonnées, particulièrement l'absence de stratégies adaptées et l'inadéquation des dispositifs institutionnels mis en place. Les programmes conçus et mis en œuvre de façon verticale impliquaient faiblement les pays en développement eux-mêmes, autrement dit, ils faisaient peu cas de politiques de partenariat. Le constat que fait l'OMS n'est pas loin de celui de la Banque mondiale comme le montrent ses propositions pour améliorer la

[378] *The Global Alliance for Vaccine and Immunization* (GAVI) a été crée par un acteur privé Bill & Melinda Gates Foundation. *Roll back Malaria,* bien qu'ouvert aux acteurs privés, a été fondé par des OIG.
[379] 4ème Réunion du Partenariat mondial pour faire Reculer le Paludisme, Banque Mondiale, Washington, D.C., 18-19 avril 2001

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

santé dans les pays en développement. Dès 1997, l'OMS considère que des mesures d'incitation doivent être proposées afin d'influencer l'action des pouvoirs publics, des organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement et du secteur privé et accroître ainsi la mobilisation des ressources en faveur de la promotion de la santé. En 2003, dans son rapport annuel, l'OMS indique que « *la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et mondiaux nécessite de nouvelles ressources et un degré de coopération sans précédent entre les organismes multilatéraux, les autorités nationales, les communautés, le secteur privé et les autres parties prenantes* », mais elle ajoute qu'« *une telle mobilisation doit être basée sur des données scientifiques rigoureuses, mais aussi sur un sens aigu de l'éthique* ».[380] Dans sa charte de promotion des soins de santé primaire de 2005 (Charte de Bangkok), l'OMS indique que parmi les mesures requises figure l'établissement de partenariats et d'alliances entre le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et internationales et la société civile, afin de mettre en place des actions durables. Au regard des réunions internationales dont le but est de réorganiser et de relancer les politiques de lutte contre le paludisme, cette perspective de construction de partenariats public-privés commence dès 1997.

- En 1997 (Juin), lors du 33ème sommet de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA[381]) à Hararé, les chefs d'états et de Gouvernement avaient manifesté leur ferme volonté de mettre en place un plan d'action dit « déclaration de Hararé » pour combattre le paludisme.

- En 1997, des nouveaux liens de collaboration dans le domaine de la recherche sont établis, et notamment l'Initiative multilatérale sur le paludisme.[382]

- En 1998, l'Initiative Africaine sur le Paludisme (AIM) est entérinée par la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé en 1998. La Banque mondiale, la Banque africaine de développement, l'OMS, l'UNICEF et le PNUD qui ont répondu à cet appel vont être soutenus par plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ce qui va permettre d'accélérer les efforts de lutte contre le paludisme sur tout le continent.

[380] OMS (2003), *Façonner l'avenir, Rapport sur la santé dans le monde*, Genève. On peut penser que l'éthique a été rajoutée par l'OMS pour réduire le risque de dénaturation des objectifs de ces PPP.
[381] OUA, AHG/decl.3 (XXXIII), *Déclaration sur la réforme du conseil de sécurité* , 33e session ordinaire de la conférence des chefs d'Etat et de gouvernement, Hararé, Zimbabwe, 4 juin 1997.
[382] http://mim.nih.gov/

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- En 1998 toujours, une troisième Conférence africaine[383] pour lutter contre le paludisme sur le continent se tient à Nairobi. Elle a regroupé les participants de 32 pays d'Afrique. Pour la première fois, il était noté que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale et l'Organisation de l'Unité Africaine (O.U.A.) étaient représentées aux travaux de la conférence.

- En 1998 (Novembre), sous cette impulsion, le Partenariat Faire Reculer le Paludisme (*Roll Back Malaria Partnership*) est lancé et un consensus sur les principales stratégies techniques de lutte contre le paludisme se fait jour.[384]

Ce partenariat va très vite se développer et son influence sera planétaire. Il saura donner au paludisme un statut de priorité sanitaire internationale comme le montre l'encadré 20 ci-dessous.

Encadré 20 : Les dates marquantes de l'influence grandissante de RBM

Les dates marquantes de *Roll Back Malaria* sont les suivantes :

- En 2000 (Avril), un sommet historique des chefs d'États africains est organisé à Abuja, au Nigeria. Ces chefs d'États se sont engagés personnellement à combattre le paludisme et à fixer des cibles pour la mise en œuvre des stratégies techniques visant à faire reculer le paludisme. Ils vont appeler l'ONU à déclarer la décennie 2001-2010, décennie du paludisme. En outre, les chefs d'États africains promettent de réduire de moitié la mortalité due au paludisme en Afrique d'ici 2010.
- En 2000, le paludisme est inscrit en bonne place au nombre des objectifs de développement pour le Millénaire[385]. Il y est clairement dit que les OMD, sur lesquels se sont entendus tous les pays membres de l'ONU, visent à stopper et à renverser l'incidence du paludisme d'ici 2015.
- En 2000, déclaration par les Nations Unies de la décennie 2001–2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique (Assemblée générale des Nations Unies, résolution 55/284).
- En 2002, création du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose. Le résultat est l'augmentation sensible des ressources consacrées à la lutte antipaludique. Actuellement, c'est le plus important bailleur de fonds en matière de lutte contre la pauvreté et la maladie
- En 2005 (Juin), lancement du Booster Program de la Banque Mondiale (Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme en Afrique). Le financement pour 2005 à 2008 est multiplié par 9 par rapport aux 50 millions de dollars US engagés par la Banque Mondiale pour la période 2000-2005.
- En 2005 (Juin), Lancement de l'Initiative présidentielle américaine sur le paludisme (PMI), promettant d'augmenter le financement des États-Unis de plus de 1.2 milliards de dollars US
- En 2005 (Novembre), Engagement de part du RBM, déclaration de Yaoundé, pour une planification, un suivi et une coordination au niveau des pays.

[383] La première conférence africaine sur le paludisme s'est tenue en 1994 à Victoria Falls (Zimbabwe). Elle avait accueilli les représentants de 26 pays africains anglophones et francophones. La deuxième conférence qui s'est tenue en 1996, a réuni les participants de 32 nations africaines à Dakar au Sénégal.
[384] Pour plus de détails, voir sur le site de *Roll Back Malaria* : www.rbm.who.int/
[385] Actes officiels de l'Assemblée générale : 27e session extraordinaire : supplément 3. Document A/S-27/19/Rev.1

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- En 2005 (Novembre), La fondation Gates promet 258.3 millions de dollars US pour la recherche et le développement.
- En 2007 (juin), le G8 promet 60 milliards de dollars pour renforcer les systèmes de santé en Afrique et faire progresser les OMD relatifs au VIH, à la tuberculose et au paludisme.
- En 2008 (Avril), le Secrétaire Général de l'ONU demande une couverture Universelle.
- En 2008 (septembre), lancement du plan d'action mondial contre le paludisme du RBM pour établir des priorités, renforcer la coordination et obtenir des résultats rapides.

Source : Présentation de l'auteur

Ce partenariat compte plusieurs dizaines de membres publics et privés comme l'illustre l'encadré 21 ci-dessous. Cette composition se veut représentative des acteurs du champ de la santé aussi bien au Nord qu'au Sud. Nous avons tout d'abord les représentants des États des pays du Sud (**les pays endémiques**), les États du Nord (**les donateurs de l'OCDE**) et les organisations intergouvernementales (**partenaires multilatéraux**). Ensuite, on trouve les acteurs issus du monde des ONG, des industries pharmaceutiques (**secteur privé**), des fondations et des universités.

Encadré 21 : Le Conseil d'Administration du Partenariat dans la structure fonctionnelle de Roll back Malaria (RBM)

Les organismes directeur, administratif et consultatif du Partenariat RBM sont : le Forum du Partenariat RBM, le Conseil d'Administration, le Comité Exécutif, le Secrétariat, les Groupes de travail, les Groupes d'action et les Réseaux sous-régionaux. Pour des raisons de pertinence et d'apport réel d'information, nous ne présentons, dans cet encadré, que le conseil d'administration. Le conseil d'administration qui est *in fine* l'instance de délibération de Roll Back Malaria concentre toute la diversité en termes d'acteurs de ce partenariat. La composition de certaines instances est difficile à préciser puisque l'adhésion formelle n'est pas requise pour participer à certaines actions de RBM. On peut citer en particulier les groupes de travail. Pour une présentation globale, voir l'annexe (12).

Sept groupes d'intérêt sont actuellement représentés au Conseil d'Administration pour maximiser la contribution des partenaires et leur apporter un mécanisme leur permettant d'harmoniser et de coordonner leurs efforts. Afin que les pays les plus affectés aient une influence prépondérante sur la direction et les prises de décision, et pour assurer la pertinence des objectifs du Partenariat dans les pays affectés, le groupe d'intérêt des pays endémiques est celui qui possède le plus grand nombre de voix. Le Conseil d'Administration se compose actuellement de 27 membres : le président, le vice-président, 21 membres votants (représentants des groupes d'intérêt) et 4 membres non-votants qui sont :

Pays où le paludisme est endémique (8)

Ce groupe est composé des Pays de la CEDEAO (Mali et Liberia), de la CEEAC (Angola), de l'IGAD (Kenya), du SADC (Afrique du Sud), d'Asie du Sud-Est (Chine), d'Asie du Sud (Inde) et du continent américain (Brésil).

Pays donateurs de l'OCDE (3)

Le groupe des donateurs est composé de la France (son ambassadeur pour la lutte contre les maladies infectieuses), du Royaume-Uni (le directeur du DFID) et des États-Unis d'Amérique (le coordonnateur de l'Initiative du président contre le paludisme et le directeur de l'USAID).

Partenaires multilatéraux pour le développement (4)

Ici, on retrouve le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et la Banque mondiale

Recherche et universités (1)

Le monde universitaire est représenté par *Colombia University* (Département d'épidémiologie)

Organisations non-gouvernementales (2)

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les ONG sont représentées par une O.N.G. du Sud (Friends of the Global Fund Africa) et une O.N.G. du Nord
Secteur privé (2) Le monde des entreprises est représenté par Vestergaard-Frandsen et Novartis International. ***Fondations (1)*** Les fondations sont représentées par l'une des plus puissantes au monde : la fondation Bill & Melinda Gates. ***Membres de droit non votants (4)*** Les membres non votants sont le Fonds mondial, le partenariat RBM, l'UNITAID et l'envoyé spécial du Secrétaire Général des Nations Unies pour la lutte contre le paludisme. Ces membres du Conseil d'Administration effectuent des mandats de deux ans, renouvelables une fois dans le cas où ils sont réélus par leur groupe d'intérêt. Ils ne peuvent pas être réélus s'ils ont déjà effectué deux mandats consécutifs, à moins qu'une période de deux ans ne se soit écoulée entre la fin de leur dernier mandat et le début du nouveau. Au terme du premier ou du second mandat, les membres du Conseil d'Administration peuvent devenir suppléants pour leur groupe d'intérêt selon un processus géré par ce dernier. À l'exception des institutions multilatérales, tous les membres siègent par rotation en fonction du mandat qu'ils ont reçu de leurs groupes d'intérêt respectifs. Des détails supplémentaires sur les procédures de nomination et d'élection des représentants des groupes d'intérêt et de leurs suppléants sont donnés dans le Règlement Intérieur[386]. Les décisions du Conseil d'Administration du Partenariat RBM seront prises sur la base du consensus par les membres présents ou participant par conférence téléphonique lorsque le quorum est atteint[387]. « *Dans le cas où une décision claire est requise et où : (a) Il est impossible d'obtenir un consensus ; (b) dans tous les cas où il est indiqué que la décision aura des conséquences budgétaires matérielles*[388] » le Conseil d'Administration doit se prononcer sur la base d'une voix par membre présent et votant.

Source : Présentation de l'auteur

L'hétérogénéité en termes d'images politiques semble en toute logique augmenter avec cette coalition globale qu'est le RBM. Cette hétérogénéité est en grande partie la conséquence de l'agenda de la « bonne gouvernance » (*cf.* chap. 5) qui s'est imposé vers la fin des années 1990. Les États et les OIG semblent définitivement s'ouvrir aux autres acteurs (ONG et entreprises) à travers des partenariats dans le but d'atteindre des objectifs communs. C'est ce qui nous amène aux objectifs qui ont présidé à la création de RBM.

1.2. Objectifs

Le RBM a été créé pour corriger les limites des politiques de santé menées dans les années 1990 à savoir la dispersion des actions, le manque de moyens financiers et techniques, et

386 Pour plus de détails, voir sur le site de Roll Back Malaria : www.rbm.who.int/partnership/secretariat/docs/rbm_bylaws-fr.pdf

387 Pour de plus amples détails sur les conditions nécessaires pour convoquer une réunion du Conseil d'Administration et obtenir un quorum, voir le Règlement Intérieur du Partenariat au paragraphe 3.1. Réunions Ordinaires.

388 Pour plus détails, voir le site de Roll Back Malaria : www.rbm.who.int/partnership/secretariat/.../RBMoperatingFramework-fr.pdf *(p.14 du document Pdf)*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pour renforcer l'appropriation à travers le développement d'actions plus participatives, pour *in fine* améliorer les systèmes de santé. Les deux objectifs majeurs sont la mobilisation et la coordination qu'une gouvernance plus participative est censée favoriser.

- **La mobilisation des acteurs**

Dès 2001, la Banque mondiale souligne que le manque de moyens est une des raisons du manque de résultat dans les années 1990. Déjà, vers la fin des années 1990, il était de plus en plus admis que l'atteinte des objectifs en matière de santé dans les pays en développement requérait la participation de tous les acteurs. Aucune organisation, ni aucun secteur ne peut s'y atteler seul (Buse et Walt, 2000a). L'étendue des problèmes de santé exigerait un éventail de réponses qui va bien au-delà de la capacité des secteurs public ou privé pris isolément, et il faut donc établir des passerelles entre eux (Harrison et Lederberg, 1997). Certaines menaces pour la santé sont si grandes et si complexes que peu de secteurs donnés disposent des ressources nécessaires (politiques, techniques et scientifiques) pour y faire face[389] (Buse et Walt, 2000a). Ainsi, dans la lutte contre le paludisme comme pour les autres maladies, une approche globale a été promue. L'idée est de réunir tous les acteurs qui agissent dans la lutte contre le paludisme au sein d'un même partenariat (États, OIG, ONG, Associations, Fondations, Entreprises). Le mouvement *Roll Back Malaria* a été fondé par les États et les OIG dans une telle perspective. Aujourd'hui, il comprend un large éventail de partenaires (pays d'endémie, leurs partenaires bilatéraux et multilatéraux pour le développement, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et communautaires, des fondations, des instituts de recherche et des établissements universitaires) (*cf.* encadré 21) qui se présente comme un ensemble ambitieux de compétences, d'infrastructures et de ressources financières au bénéfice de la lutte contre la maladie. Le Partenariat RBM est aujourd'hui la principale tribune qui mobilise actions et ressources, forge un consensus et coordonne les efforts dans la lutte mondiale contre le paludisme.

[389] Par exemple, la mise au point de vaccins contre le paludisme ou contre le SIDA.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- **La coordination des acteurs œuvrant dans la lutte contre le paludisme**

Le deuxième objectif est la coordination des acteurs qui passe par l'adoption d'un plan d'action stratégique. L'intérêt d'un plan d'action[390] est d'expliciter une vision pour en préciser les objectifs prioritaires et les meilleurs moyens pour les atteindre. En effet, il est considéré que plus les actions des donneurs sont harmonisées et transparentes, plus grande est l'efficacité de l'action collective. C'est du moins l'esprit fondateur du RBM et des différentes déclarations sur l'efficacité (Accra en 2008, Paris en 2005, Rome en 2003). Ces différentes déclarations soulignent une réalité relativement bien documentée par les travaux académiques : l'excessive fragmentation de l'aide au niveau mondial, national ou sectoriel nuit à son efficacité. C'est pourquoi la coordination a été souhaitée. Mais la coordination n'est pas seulement souhaitée pour la réduction des coûts de transaction qu'elle permettrait. **Les institutions internationales considèrent que la coordination, obtenue après concertation des parties prenantes, permettra la sélection du meilleur mode de coordination (choix des procédures, des priorités), et par-là-même la sélection du mode de production le plus efficace**. Mais ces objectifs (mobilisation et coordination de l'aide) ont-ils été atteints par le RBM ?

2. Evaluation de l'atteinte des objectifs

L'examen des progrès accomplis depuis la création de RBM montre que si la mobilisation s'est fortement accrue, la coordination ne s'est pas améliorée. Cette situation n'a pas cependant empêché un recul du paludisme sur le terrain.

2.1. Une mobilisation réussie

La mobilisation semble avoir été une réussite. En moins d'une décennie, à l'indifférence générale a succédé une attention importante pour le paludisme qui le place en haut de l'agenda international. Cela s'est traduit par une augmentation des flux d'aide consacrés à la lutte contre le paludisme qu'il était difficile de prévoir dans les années 1990.

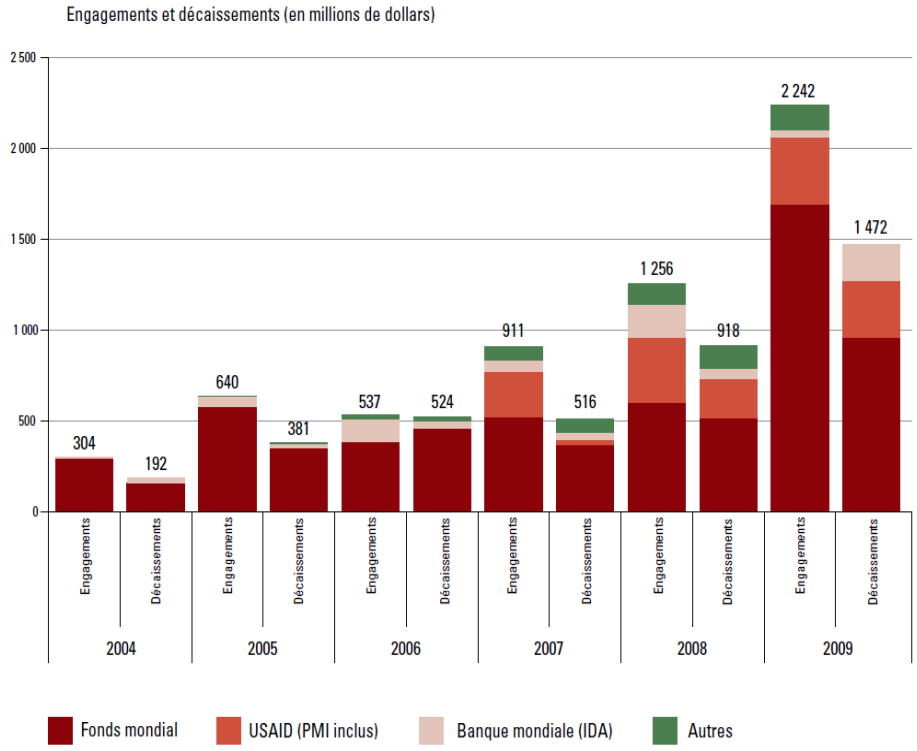
Les engagements financiers et les décaissements de la part des bailleurs de fonds internationaux en matière de lutte contre le paludisme ont augmenté de façon spectaculaire au

[390] A côté de l'adoption d'un plan d'action précis (adoption d'objectifs-cibles avec calendrier, planification des financements et modalités d'acheminement), il faut savoir que la coordination suppose aussi la mise en place des dispositifs communs et simplifiés des procédures.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

cours de la dernière décennie, en particulier ces dernières années. Cette tendance a été résumée dans le rapport de RBM de 2010[391], puis mise à jour dans le Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde publié par l'OMS[392]. Trois organisations représentent la majeure partie du financement international : la Banque mondiale via le programme d'accélération de la lutte contre le paludisme (Booster), le Fonds mondial et PMI (*cf.* graphique 26). Comparé à 2003 (environ 100 millions de dollars décaissés par les bailleurs de fonds en matière de lutte contre le paludisme), le financement à la fin de cette décennie est dix fois supérieur, avec une tendance très nettement en hausse à partir de 2005.

Graphique 26 : Engagements et décaissements annuels des bailleurs de fonds en faveur de l'APD pour la lutte contre le paludisme, en prix constants (en millions de dollars de 2008) sur la période 2004–2009



Source : Roll Back Malaria (2011, p.75)[393]

Quant aux engagements, ils sont passés de quelques centaines de millions (304 millions en 2004) à plus de deux milliards (2, 242 milliards de dollars).

[391] Partenariat RBM (2010), Lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources – Les dix premières années du Partenariat RBM, Coll. « Progrès et Impact », n° 1, Partenariat RBM, Genève.
[392] Rapport disponible en ligne sur le site de l'OMS : http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf (consulté le 26 octobre 2011).
[393] Les flux d'aide vers les différents secteurs (y compris le paludisme) sont basés sur les rapports des membres du CAD de l'OCDE, ainsi que sur les rapports d'autres partenaires transmis via le système de notification des pays créanciers du CAD de l'OCDE. Ces informations sont disponibles à partir de la base de données accessible en ligne (Assistant de requête pour les Statistiques sur le Développement International [QWIDS] disponible à l'adresse http://stats.oecd.org/qwids/ , en anglais uniquement).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, le manque de ressources pour cette maladie est une préoccupation de moins en moins criante[394]. Ce relèvement des ressources semble avoir réduit considérablement le nombre de décès depuis 2000.

Tableau 19 : Estimation du nombre de décès dus au paludisme évités chez les moins de cinq ans grâce à l'augmentation de la couverture en moustiquaire imprégnée d'insecticide et traitement préventif intermittent sur la période 2000–2009 dans les 12 pays

Pays												Total	Incertitude	
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2000-2009	Limite inférieure	Limite supérieure
République démocratique du Congo	MII	0	311	958	1 646	2 412	3 161	3 936	4 730	5 543	6 386	29 083	21 302	38 878
	TPIp	0	0	13	31	47	82	106	112	137	161	689	438	962
Ethiopie	MII	0	87	176	255	349	448	3 806	7 279	8 475	9 694	30 569	22 497	42 406
	TPIp													
Ghana	MII	0	139	269	416	1 107	1 809	2 544	3 536	4 573	5 458	19 851	14 619	26 658
	TPIp	0	0	2	3	29	60	93	126	156	184	653	384	924
Kenya	MII	0	312	629	1 005	2 344	3 787	5 304	6 885	8 587	10 340	39 193	28 746	52 598
	TPIp	0	5	11	45	79	112	173	236	301	361	1 323	785	1 909
Mauritanie	MII	0	2	6	9	33	58	84	110	137	165	604	446	814
	TPIp													
Mozambique	MII	0	1 428	2 039	2 674	3 992	5 345	6 701	8 095	9 334	10 616	50 224	37 023	67 350
	TPIp	0	0	0	0	66	140	213	288	366	441	1 514	892	2 126
Nigéria	MII	0	1 367	2 607	4 060	6 145	8 497	10 741	13 235	15 617	18 010	80 279	59 118	107 922
	TPIp	0	8	25	39	95	194	293	391	475	551	2 071	1 111	2 939
Rwanda	MII	0	21	44	68	95	121	386	667	784	903	3 089	2 262	4 174
	TPIp	0	0	0	0	0	0	10	21	34	48	113	67	161
Sénégal	MII	0	243	501	767	1 057	1 349	2 566	3 522	4 521	5 186	19 712	14 480	26 508
	TPIp	0	7	15	24	33	43	165	183	205	232	907	538	1 281
Sierra Leone	MII	0	32	67	98	137	176	747	1 345	1 993	2 303	6 898	5 072	9 245
	TPIp	0	2	4	7	9	12	32	55	86	103	310	184	436
République-Unie de Tanzanie	MII	0	1 197	2 433	3 728	5 150	6 720	8 399	10 144	11 939	13 839	63 549	46 821	85 344
	TPIp	0	33	73	117	160	203	247	290	342	398	1 863	1 099	2 646
Zambie	MII	0	523	1 055	1 685	2 326	2 995	3 681	4 519	5 814	6 646	29 244	21 541	39 245
	TPIp	0	19	41	114	194	279	374	408	415	471	2 315	1 354	3 289
12 pays	MII	0	5 662	10 784	16 411	25 147	34 466	48 895	64 067	77 317	89 546	372 295	273 927	501 142
	TPIp	0	74	184	380	712	1 125	1 706	2 110	2 517	2 950	11 758	6 852	16 673
Décès évités		0	5 736	10 968	16 791	25 859	35 591	50 601	66 177	79 834	92 496	384 053	280 779	517 815

Source : Roll Back Malaria (2010, p.73), d'après Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective eficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas. Int J Epidemiol. Publication en 2010.

Pour les 12 pays figurant dans le tableau 19 ci-dessus, on estime que l'intensification de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides et du traitement préventif intermittent depuis 2000 a permis d'éviter quelques 384 000 décès dus au paludisme, dont environ 92 000 pour la seule année 2009. Ainsi, on ne peut pas nier l'apport bénéfique de ce partenariat sur le terrain. **Néanmoins, notre propos est plutôt d'évaluer les progressions enregistrées imputables à RBM en matière de coordination[395].** Par ailleurs une question persiste : est-ce l'augmentation des moyens qui a conduit à ces résultats sanitaires salués par tous les acteurs de

[394] Les spécialistes précisent toutefois que ces moyens sont encore insuffisants pour atteindre tous les objectifs dans la lutte contre le paludisme.
[395] Rappelons que la plupart des arguments qui ont permis de mettre en avant l'agenda de la coordination n'ont pas été vérifiés empiriquement (*cf.* Chap 7). C'est le cas par exemple de la réalité d'une réduction des coûts de transaction avec une coordination accrue.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'aide ou une meilleure coordination ? Dans la section 2.2., nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponses en évaluant la coordination entre les acteurs locaux agissant dans la lutte contre le paludisme au Sénégal (**coordination locale**) et la coordination au sein de RBM (entre les membres : **coordination globale**) en revenant sur les difficultés d'élaboration d'un plan d'action stratégique. Le choix du Sénégal vient de la chute spectaculaire de la prévalence du paludisme dans ce pays suite l'établissement d'un partenariat avec RBM. Ce pays est souvent cité par les acteurs de l'aide (RBM notamment) comme la preuve que les initiatives de RBM sont généralement une réussite.

2.2. Une coordination globale qui laisse à désirer

Dans cette sous-section, nous cherchons à examiner le rôle effectif de la coordination impulsée par RBM dans le progrès accomplis par le Sénégal en matière de lutte contre le paludisme. Pour ce faire, nous pensons qu'il est pertinent de confronter les dynamiques locales de coordination (initiative des acteurs locaux) et la coordination impulsée par RBM (coordination globale). Nous parvenons à la conclusion que l'apport fondamental de RBM réside dans la mobilisation des ressources.

2.2.1. Le recul du paludisme au Sénégal : un succès du à une mobilisation accrue des ressources et à une amélioration de la coordination locale

Ces dernières années, le Sénégal a bénéficié d'un important soutien financier de RBM pour lutter contre le paludisme. Et les résultats sont spectaculaires. Selon RBM (2010),[396] le taux de couverture élevé (distribution accrue de moustiquaires imprégnées[397] et de traitements préventifs pour les femmes enceintes- près de 3 millions de traitements curatifs distribués[398]-…) a permis de réduire le fardeau de la maladie et de sauver des vies (voir paragraphe a ci-dessous). C'est pourquoi le Sénégal est présenté par le RBM comme un succès aussi bien en matière de mobilisation qu'en matière de coordination (RBM, 2010). **Dans cette sous-section, nous cherchons à montrer que le recul du paludisme au Sénégal ne vient pas principalement d'une coordination efficace accrue, qui serait associée aux interventions coordinatrices de RBM, mais d'une augmentation des ressources de l'aide et de l'existence d'une dynamique locale antérieure à**

[396] RBM (2010), *Collection Progrès et Impact du Partenariat RBM : Focus sur le Sénégal*. Pour plus de détails voir sur le site du RBM :http://www.rbm.who.int/fr/ProgressImpactSeries/report4.php
[397] Entre 2005 et 2010, 6 millions de moustiquaires imprégnés d'insecticide (MII) auront été distribuées. 82 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire imprégnée en 2010, soit un accroissement de 36 % en moins de deux ans.
[398] 86 % des patients présentant une fièvre potentiellement due au paludisme ont bénéficié d'un TDR en 2009.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

la création de *Roll Back Malaria*. Ce serait donc la capacité mobilisatrice de financements de RBM, combinée à une volonté politique locale, qui aurait permis le recul du paludisme, plutôt que sa capacité à coordonner. Pour atteindre cet objectif, nous montrons que le paludisme a effectivement reculé (a), suite à une augmentation des ressources d'aide (b) sans que la coordination, bien qu'existante, ne s'améliore de façon substantielle (c).

a) un fort recul du paludisme en l'espace d'une décennie

Le paludisme a toujours représenté un problème majeur de santé publique pour la population sénégalaise :

- en 2005, environ 2 millions de cas de paludisme étaient recensés au niveau national ainsi que plus de 2000 décès attribuables à la maladie (PNLP[399], 2006).
- le paludisme était responsable de 32 % des consultations externes et de plus de 20 % des décès des moins de 5 ans (RBM, 2010).

D'après le rapport de RBM « *focus sur le Sénégal* »[400], le taux de couverture élevé a permis d'aboutir à un impact sur la santé, de réduire le fardeau de la maladie et de sauver des vies, plus précisément :

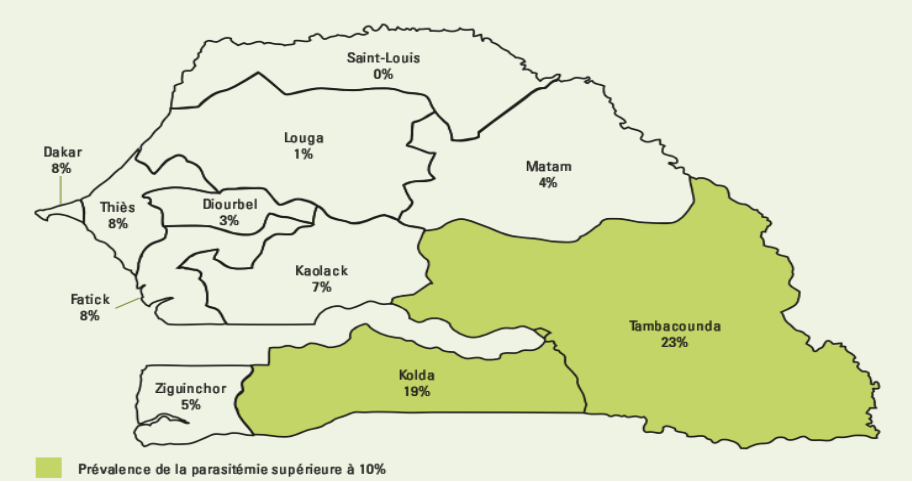
- la mortalité des enfants de moins de 5 ans a été réduite de 30 % entre 2005 et 2008/2009 ;
- l'anémie modérée (entre 7 et 10g/dl) chez l'enfant de moins de 5 ans est passée de 55 % à 48,5 % entre 2005 et 2008/2009 ;
- le nombre de cas de paludisme confirmés a été réduit de 41 % en un an ;
- 26 800 enfants de moins de 5 ans ont été sauvés, d'après le modèle d'estimation *lives saved tool* (list), depuis 2001.
- le nombre de cas confirmés de paludisme a été réduit de 41% en un an, passant de près de 300 000 en 2008 à 175 000 en 2009
- le nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 400 000 cas suspects en 2006 à 78 000 cas confirmés en 2008, puis à 30 000 cas confirmés en 2009.

[399] Plan national de lutte contre le paludisme.
[400] Rapport disponible en ligne sur le site de Roll Back Malaria : http://www.rollbackmalaria.org/fr/ProgressImpactSeries/report4.php

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Pour les zones du nord, la réussite semble particulièrement éclatante puisque l'on parle de phase de pré-élimination du paludisme (figure 11).

Figure 11 : Prévalence de la parasitémie au Sénégal



Source: Roll Back Malaria, Focus sur le Sénégal (2010, p.13)

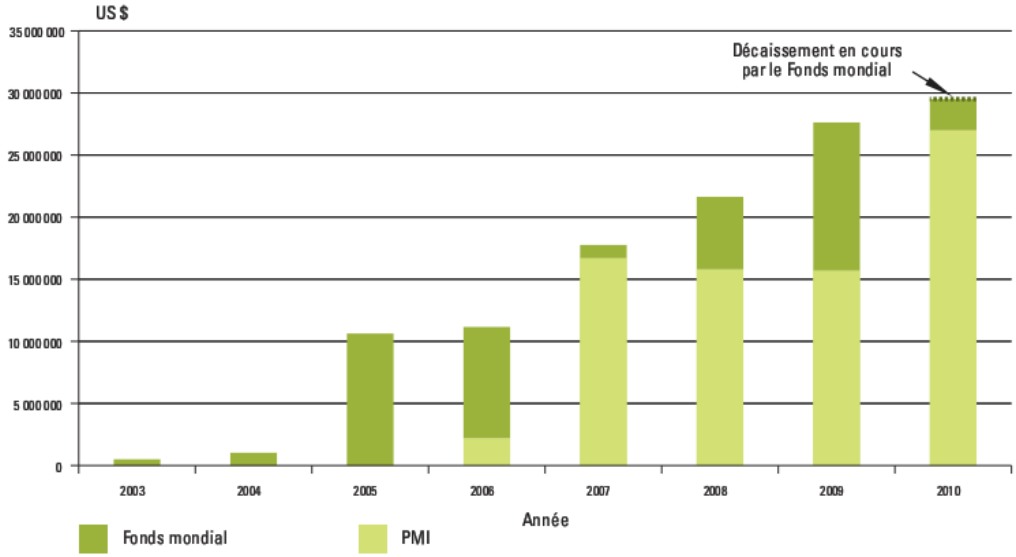
b) Un rôle majeur joué par l'effort financier des bailleurs

L'effort financier a été interne et externe. Le financement des interventions de contrôle du paludisme par le gouvernement du Sénégal s'est intensifié au tournant des années 2000. Le budget de l'État consacré à la santé passe, selon le rapport de RBM (2010, p. 26), de 40 millions en 1998 à 100 millions de dollars en 2008. La santé représente aujourd'hui environ 10 % du budget de l'état. La part de ce budget allouée au paludisme est difficile à estimer; en effet, elle comprend le financement des agents et structures de santé (hôpitaux, dispensaires, postes et cases de santé, laboratoires) assurant la majorité des soins.

Le soutien extérieur s'est également considérablement accru avec l'attribution des financements du Fonds mondial en 2005 et 2008 (Graphique 27). Il s'est accéléré avec l'inclusion du Sénégal parmi les pays soutenus par le PMI dont les premiers fonds furent disponibles en 2006 et dont le soutien devint déterminant en 2007. Ainsi d'un soutien extérieur de moins de 5 millions de dollars en 2003, l'aide étrangère a atteint près 30 millions en 2010.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 27 : Financements du Fonds mondial et du Pmi pour le contrôle du paludisme au Sénégal, estimations pour 2003−2010



Source: Roll Back Malaria, Focus sur le Sénégal (2010, p.27)

c) Une coordination locale encore défaillante, mais un engagement important des acteurs locaux qui date des années 1990

Parmi les faiblesses des actions dans la lutte contre le paludisme que souligne le rapport de *Roll Back Malaria* « *Collection Progrès et Impact du Partenariat RBM : Focus sur le Sénégal* [401]» publié en 2010, nous trouvons (p. 39) :

1. « *Les ruptures d'approvisionnement. Il existe un déficit de coordination entre le plan national de lutte contre le paludisme (PNLP) et la pharmacie centrale, ce qui affecte les communautés [….]*
2. *Un partenariat intersectoriel faible. Le partenariat intersectoriel dans le domaine du paludisme n'est pas aussi fort que dans celui du VIH/SIDA. si le secteur de l'éducation est bien impliqué, les autres le sont moins et le comité de pilotage a besoin d'être redynamisé.*

[…]

3. *L'implication insuffisante du secteur privé. Le réseau des médecins et pharmaciens du secteur privé est insuffisamment impliqué dans la lutte nationale contre le paludisme et n'adhère pas au plan national élaboré par le PNLP […] ».*

[401] Rapport disponible en ligne sur le site de Roll Back Malaria : http://www.rollbackmalaria.org/fr/ProgressImpactSeries/report4.php

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Il apparaît donc que les problèmes de coordination majeurs restent importants même chez « des bons élèves » comme le Sénégal. L'hypothèse d'une amélioration qui serait liée à l'augmentation des moyens (mobilisation accrue) semble être la plus probable. Le coordinateur du Programme national de lutte contre le paludisme est clairement affirmatif. Pour lui, ces résultats récompensent tous les efforts déployés par le Sénégal puisque « *les mesures de lutte n'ont pas changé. Mais les financements, 130 millions de dollars sur cinq ans, ont permis d'étendre la couverture des interventions* »[402]

Cependant la thèse mise en avant par RBM dans ces différents rapports est différente. Cette thèse postule que ce sont principalement les nouvelles mesures lancées par RBM (coordination accrue et gestion axée sur les résultats) qui ont permis le recul du paludisme dans les pays endémiques et au Sénégal en particulier. Le nombre de décès dus au paludisme dans le monde a diminué, en dix ans, de près de 38 % et dix pays d'Afrique (ainsi que la plupart des pays endémiques des autres régions) ont même réussi à réduire d'au moins 50 % le nombre de cas de paludisme et de décès associés (RBM, 2011).

Selon RBM (2010, p. 9), la baisse de prévalence du paludisme au Sénégal vient de « *la matérialisation des engagements venant du plus haut niveau du Sénégal dans le Partenariat RBM* (qui) *s'est traduite par la mise à l'échelle des interventions à efficacité prouvée, grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers* ». Dans son rapport de 2011, *Dix ans de partenariat et de résultats*, RBM (p. 11) souligne que « *la collaboration entre le système des Nations Unies, les dirigeants nationaux, les programmes de lutte contre le paludisme des pays endémiques, ainsi que les autres acteurs du Partenariat RBM (Roll Back Malaria) a été fondamentale pour atteindre [*les *résultats* évoqués plus haut*]*. Il ajoute même que le partenariat RBM est « *aujourd'hui un bel exemple de ce que l'application de principes, tels que la collaboration, l'efficacité de l'aide et l'initiative « Une ONU : tous unis dans l'action », peut engendrer en termes d'harmonisation et d'efforts de développement* ». **Derrière tous ces rapports apparaît donc la thèse que ce sont les nouvelles mesures (collaboration, coordination, efficacité des stratégies) lancées par RBM qui ont permis le recul du paludisme dans le monde depuis une décennie.**

[402] Extrait d'un article de Radio France internationale disponible en ligne : http://www.rfi.fr/afrique/20101104-recul-paludisme-senegal (visité le 20/04/2011).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Nous avons suggéré à partir des analyses menées plus haut (paragraphes a et b) que cette est thèse discutable. Mieux, elle est discutée sur le terrain. Interrogé sur la réussite de RBM que le rapport *point-focus* cherche à monter, le représentant de l'OMS[403] souligne que RBM ne crée pas de dynamique mais peut l'accompagner (voir encadré 22 ci-dessous).

Encadré 22 : le recul du paludisme au Sénégal : une *success story* de RBM ou un résultat des initiatives locales antérieures ?

A la question de savoir s'il est d'accord avec les conclusions du rapport *''point focus Sénégal''* de RBM, [404] le Coordinateur OMS de la lutte contre le paludisme marque son désaccord sur l'importance jouée par RBM à travers de nouvelles mesures. Selon lui, le rapport *« […] a escamoté l'histoire »*. L'apport des initiatives locales, soutenues par l'OMS, depuis deux décennies, essentielle à la compréhension de la situation du paludisme du Sénégal, ne semble pas avoir été pris compte dans le rapport de RBM. Le Coordinateur OMS souligne en effet que *« la lutte contre le paludisme n'a pas commencé avec RBM. Le Sénégal est entré dans l'initiative de Bamako en 1992 et a lancé la santé communautaire à cette époque. La lutte contre le paludisme finançait plus de 50% à 70% du fonctionnement des systèmes de santé communautaires. […]. Puis en 1995, le premier plan de lutte contre le paludisme est lancé pour la période 1996-2000. Donc il y avait une dynamique. Donc le succès de RBM est lié à tout ce qui a été fait avant. Mais à l'époque le Sénégal n'avait qu'un seul partenaire qui a financé la coordination du programme : l'OMS »*. De plus, *« en février 1997, l'OMS lance le programme accéléré de lutte contre le paludisme. Ce plan à visée expérimentale, car le budget est le limité, a été lancé sur 12 districts. Le budget du plan s'élevait à 182 000 dollars par an contre 10 000 par an pour les années précédentes. Ceci avec le recouvrement permettait de financer l'ensemble des systèmes de santé communautaires. Le recouvrement représentait donc un financement important de la santé. […]. En 1998, l'OMS lance une évaluation de cette mise en œuvre accélérée de la lutte contre le paludisme. Cette évaluation donne un résultat concluant appuyé sur les équipes cadres de chaque district qui avaient défini leur plan d'action. Ce sont ces résultats qui ont été capitalisés pour lancer RBM en 1998 […] »*. Et ce serait seulement après et *« petit à petit* [que] *les ONG ont commencé à s'intéresser à cela. Plusieurs projets de lutte contre les maladies endémiques sont alors lancés »*.
Par ailleurs, ajoute le Coordinateur OMS, *« le lancement de RBM en 1998 et l'analyse de la situation en 2000 aboutissent à un plan d'action stratégique pour la période 2001-2005 qui mobilise des multiples partenaires sont alors arrivés […]»*. Fin 2005, le premier plan est évalué et celui pour la période 2006-2010 est élaboré. L'objectif est *« d'étendre les interventions grâce aux ressources financières supplémentaires. La chance est qu'au Sénégal le système de santé était déjà décentralisé par la loi de 1972. Les actions de RBM ont été facilitées par la décentralisation préalable. […] »*. Pour illustrer davantage le lien les initiatives antérieures et la stratégie actuelle, B. Sambou souligne que *« la mise en place du projet ''15 districts'' s'inspire de l'opération '' 12 districts'' […] »*. En somme le RBM ressemble à une coquille vide qui peut ou pas donner des résultats en fonction de l'engagement du pays.

Source : Synthèse tirée des propos recueillis par B. Boidin auprès de Bakary Sambou.

Au final, nous pouvons associer la réussite enregistrée au Sénégal à la combinaison d'une amélioration, antérieure à la création de RBM, de la coordination entre acteurs locaux dans la mise en œuvre des politiques de santé et d'une mobilisation accrue de l'aide à la santé permise par RBM. À l'inverse, attribuer cette réussite à une coordination globale de RBM semble

[403] Extrait d'un entretien mené par Bruno Boidin le 24 février 2011 à Dakar avec le Docteur Bakary Sambou, (Coordinateur OMS du plan national de lutte contre le paludisme).
[404] Voir sur le site de Roll Back Malaria : http://www.rbm.who.int/fr/ProgressImpactSeries/report4.php

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

contestable. La coordination globale au sein de RBM semble en effet présenter des lacunes que nous soulignons maintenant.

2.2.2. La coordination globale au sein de Roll Back Malaria

Comme nous l'avions indiqué plus haut, *Roll back malaria* a été créé en 1998. Dans cette sous-section, nous allons donc présenter l'évolution de la problématique de la coordination au sein de RBM depuis la création du partenariat. Il semble qu'au début du Partenariat RBM, la coordination était relativement facile puisque toute l'attention était portée sur un seul objectif : les coûts des médicaments, c'est-à-dire l'accessibilité en termes de prix. La nécessité de réduire les coûts des médicaments est une préoccupation ancienne[405] que vont épouser les ONG et que les associations de malades, notamment du Sida, vont remettre à l'ordre du jour. Cette analyse est partagée par des acteurs de terrain, membres de *Roll Back Malaria*, comme le Directeur Adjoint Accès au Médicament de Sanofi-Aventis (voir encadré 23 ci-dessous).

Encadré 23 : la coordination au sein de RBM : des médicaments aux systèmes de santé

Selon le Directeur Adjoint Accès au Médicament de Sanofi-Aventis, « *beaucoup de ces initiatives ont commencé par se préoccuper simplement de l'achat des médicaments. Le problème était le manque de médicaments. Et très vite après, les gens ont commencé à réaliser qu'il faut des gens pour les distribuer, des gens pour les administrer [….] Pour le sida par exemple, il faut contrôler la charge virale, il faut les diagnostiquer* ».

Source : Présentation de l'auteur d'après l'entretien effectué le 7 avril 2010 avec François Bompart.

Effectivement, plus dix ans après le lancement de RBM, nous pouvons dire que le Sida fut un élément déclencheur qui a permis aux activistes de la lutte contre le paludisme de mobiliser autour de cette maladie. Les activistes dans la lutte contre le sida étaient essentiellement des associations de malades et de proches des malades des pays du Nord -Act-Up, AIDES- qui se battaient pour l'accès aux médicaments et pour le développement de nouvelles molécules. C'est pourquoi vers la fin des années 1990, l'intérêt porté aux pays du Sud est placé d'abord sous l'angle de l'accès aux médicaments en termes de prix. Or, si cette réduction de la problématique de santé publique à la question du coût était pertinente au Nord (la question était d'inventer des nouveaux médicaments accessibles en termes de prix), elle l'était moins dans les pays en développement. La faiblesse des systèmes de santé était à prendre en

[405] La question de l'accès aux médicaments essentiels a été particulièrement mise en avant lors de la conférence Alma Ata (1978).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

compte.[406] Dès l'an 2000, l'OMS indiquera à travers son rapport sur la santé dans le monde que le renforcement des systèmes de santé est une condition essentielle à toute amélioration de la santé dans les PED. En 2005, lors de l'élaboration du plan d'action 2005-20015, le RBM notera qu' « *un contrôle du paludisme efficace et à long terme est étroitement lié à la solidité des systèmes de santé*[407] ». Des systèmes de santé solides permettent de proposer des actions de haute qualité, sûres et efficaces, à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin. Ainsi une part substantielle sera orientée vers le soutien aux systèmes de santé. Selon le rapport de RBM de 2010, en Afrique, région connue pour la faiblesse de ses systèmes de santé, le financement a été réparti, sur la période 2003-2009, de « *manière équilibrée entre prévention et traitement (respectivement 42 et 38 %), le reste (environ 20 %) étant destiné à la gestion des programmes et au renforcement des systèmes de santé*[408]» (RBM, 2010, p.12).

La conséquence de cette évolution vers le soutien aux systèmes de santé est qu'on est passé, progressivement, d'un partenariat où le seul problème était le manque de médicaments, à un partenariat où l'accès et la disponibilité des médicaments sont une question parmi tant d'autres. Dotés de médicaments mais sans les diagnostics, le suivi et la prise en charge, les personnels de santé ne servent à rien. D'où la nécessité de s'inscrire dans une logique de prise en charge globale de la maladie. Cette évolution n'est pourtant pas totale puisque la prévention et le traitement constituent encore les parts les plus importantes de l'aide consacrée à la lutte contre le paludisme et les stratégies principales de RBM (*cf.* RBM, 2011).

Cet élargissement vers une approche globale (des médicaments aux systèmes de santé) va multiplier les possibilités de divergence entre les nombreux membres du partenariat sur ce qui constitue la priorité dans un contexte de budget limité. Dans une telle situation, à la différence de celle où les médicaments constituaient le seul objectif, **les divergences d'images politiques peuvent s'exprimer aisément. Cela rend difficile la coordination.** La difficile élaboration d'un plan d'action le montre clairement. Ajoutons que lorsqu'on a un seul objectif et peu de modalités pour l'atteindre, la pluralité des images politiques devient peu problématique pour l'action collective. Ceci est le cas de la fabrication de

[406] Ajoutons que l'importance de la disponibilité et de l'accès aux médicaments occupe une bonne part du travail de RBM comme le montrent les partenariats avec Sanofis et Novartis pour fabriquer des nouveaux médicaments à la portée des populations du Sud.
[407] Données, chiffres et stratégies clés : Plan d'action mondial contre le paludisme, *www.rollbackmalaria.org/gmap/GMAP_Advocacy-FR-web.pdf*
[408] En 2000, l'OMS était arrivée à un chiffre de US $60 par habitant pour la mise en place de systèmes de santé plus complets. Or, le chiffre moyen des dépenses de santé dans les pays les moins avancés est de US$ 11 par an.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

médicaments à un coût abordable qui est d'avantage un problème technique qu'un problème global de santé qui donne une place aux représentations sociopolitiques des acteurs (*cf.* section 3). Cependant, rattacher des images politiques à tel ou tel acteur peut être délicat comme le souligne l'encadré 24 ci-dessous.

Encadré 24 : Est-il possible de rattacher les images politiques aux acteurs ?

Les images politiques ne peuvent pas être toujours associées à un acteur. En effet, dans les années 70 ou 80 il était relativement aisé de rattacher les images politiques aux acteurs car les différences sociopolitiques étaient assumées, voir revendiquées. L'OMS s'était, par exemple, clairement positionnée en faveur d'une approche de la santé en termes de droits humains. Aujourd'hui, la situation est un peu plus complexe. L'agenda de la gouvernance, en soutenant l'idée qu'aucune approche et aucun acteur n'est *a priori* plus légitime que les autres, a conduit à la disparition des « frontières » sociopolitiques. Ainsi, nous avons actuellement des acteurs ambigus en ce sens que :

- ils cèdent aux images politiques qui sont à la mode sans forcement renoncer à leur image politique originelle[409]
- il y a un auto-ajustement des acteurs pour montrer qu'ils s'inscrivent dans une logique d'ouverture et de compromis. Cela semble être le cas lorsque le PNUD (1994) ou l'OMS (2007) met en avant le concept de sécurité humaine[410], l'idée étant de parler aussi bien de sécurité que de droits humains afin de pouvoir collaborer avec tous les acteurs.

Une telle analyse semble être partagée par Guilbaud (2007, p 64), qui considère que « *la valeur ajoutée la plus significative d'une telle approche (*sécurité humaine*) pour l'OMS réside sans doute dans les possibilités de coordination avec d'autres organismes actifs dans le domaine de la santé, autorisant ainsi un repositionnement de l'OMS sur la scène internationale* ». Ainsi, les acteurs sont aujourd'hui porteurs de plusieurs images sans que l'on puisse faire la différence entre celles qui sont endogènes aux organisations (nées des aspirations des membres) et celles qui sont « importées de l'extérieur » dans le but de permettre une action collective coordonnée.

Source : Présentation de l'auteur

Sur la période 1998-2002, c'est-à-dire durant les quatre premières années de RBM, **les membres du RBM n'ont pas pu adopter un plan d'action stratégique qui aurait été le moyen, le mécanisme pour opérationnaliser la coordination**. Entre 1998 et 2002, le RBM, avec une réelle réussite en termes de mobilisation, n'a pas réussi à atteindre l'objectif de coordination des activités de ses différents membres. C'est ce que souligne le rapport d'évaluation indépendante de 2002 en recommandant une restructuration institutionnelle et l'élaboration d'un programme d'action.[411] Cette recommandation sera plus ou moins mise en œuvre. En effet, après cette évaluation, le RBM a été restructuré institutionnellement et son

[409] Celle qui a conduit à la création de la structure. La constitution de l'OMS stipule que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* ***constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain****, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».
[410] Pour présentation détaillée de ce concept, voir Guilbaud (2007).
[411] Ce rapport est disponible en ligne sur le site de Roll Back Malaria : http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/905/ee_toc.htm (visité en octobre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

programme d'action a été partiellement réorienté.[412] **En 2005, pour la première fois, c'est-à-dire sept ans après la création du Partenariat, un plan stratégique global pour la période 2005-2015 a été adopté. Mais nous constatons que l'adoption de ce plan a sacrifié quelques exigences d'une réelle coordination**. Un exemple d'accord que comporte ce plan d'action est celui sur les objectifs de couverture universelle (distribution gratuite de moustiquaires à tout le monde plutôt qu'une distribution limitée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans). Des telles directives (niveau général) ne sont pas de nature à réduire la dispersion de l'aide ou à conduire à une meilleure coordination. **L'adoption de ce plan ne traitera aucunement des problèmes de dispersions de l'aide, de doubles emplois ou de la réticence des acteurs à se coordonner.** L'exemple tanzanien tiré du rapport d'évaluation de 2009 est illustratif à cet égard. Il aura fallu l'intervention directe des hauts responsables du Partenariat RBM pour obtenir un approvisionnement conjoint de LLIN (moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée) entre la Banque mondiale, le Fonds Mondial et la *President's Malaria Initiative* dans le cadre d'une campagne de lutte contre le paludisme.

A travers ce plan d'action stratégique de 2005, le RBM semble plus avoir répondu à une injonction qu'à une capacité à établir un vrai plan précisant des modalités. **C'est ainsi que le RBM va continuer à faire l'objet de critiques pour son manque de directives claires adaptées aux diverses situations des pays bénéficiaires malgré l'adoption d'un plan d'action stratégique en 2005. En conséquence, l'OMS va développer de son côté des directives plus adaptées et détaillées pour combattre le paludisme (un premier rapport qui met l'accent sur les stratégies de lutte contre le paludisme dans les ménages -OMS 2005b et un second intitulé - Lignes directrices générales pour le Traitement de paludisme- publié en 2006).** Quant à la réorientation du programme du RBM, elle a consisté à se concentrer sur un nombre moindre de pays[413] (Ulbert, 2008). En effet, le nombre de pays concernés est passé de 40 à 14 entre 2000 et 2008. On peut ajouter, au regard du rapport d'activité du RBM de 2010 (p. 37), que cette réorientation semble s'être faite au dépend des grands pays comme la République Démocratique de Congo ou le Nigéria pourtant très endémiques. **Toujours sur le plan d'action stratégique, l'évaluation indépendante de 2009 indique que si le plan d'action a été adopté, les objectifs et les perspectives actuels récemment convenus (fixés dans le GMAP) sont en eux-mêmes insuffisants pour guider la mise en œuvre et assurer la coordination entre les partenaires. Cette insuffisance viendrait de la difficulté d'obtenir, encore aujourd'hui, un**

[412] C'est le constat que fait le rapport d'évaluation de 2009.
[413] En réalité, on a assisté à un recentrage sur les petits pays.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

accord sur les modalités et les responsabilités dans la mise en œuvre du GMAP. Le rapport d'évaluation indépendante (2009) ajoute que le plan doit être complété par une stratégie de mise en œuvre limitée dans le temps (portant sur 3 à 5 années). [414] En essayant d'élaborer un plan à moyen terme au moyen des formulations relativement générales des objectifs, le RBM semble avoir voulu surmonter les divergences de visions entre différents acteurs.

Constatant que le problème est structurel, le Conseil d'Administration lance, en novembre 2005, le "*RBM change Initiative*" pour obtenir des meilleurs résultats en matière de coordination et pour répondre mieux aux critiques. L'objectif est de restructurer profondément RBM sur des critères explicites d'efficacité.[415] En 2006, une évaluation externe, basée sur un *benchmarking* des PPP œuvrant dans la santé, recommande au RBM la création d'un groupe de travail sur l'harmonisation (coordination) afin de renforcer l'efficacité des actions menées sur le terrain. Ce groupe sera lancé en novembre 2006. Il est intéressant de noter, à travers ce lancement, l'attachement à l'objectif de coordination de la part du RBM que ce partenariat n'arrive pas malgré tout à atteindre.

Pourquoi le RBM n'arrive-t-il pas à élaborer un plan stratégique, moyen de coordination, conformément aux recommandations des cabinets d'évaluation ? Pour répondre à cette question, il faut revenir d'abord sur ce qu'est un plan d'action stratégique, c'est-à-dire un contrat entre des acteurs variés. Dans la section qui suit (section 3), nous allons montrer que les plans d'action stratégiques comme les autres mécanismes de coordination (stratégies de développements, plan sectoriel) sont des contrats entre acteurs variés qui peuvent donc difficilement remplir les conditions d'une coordination efficace à cause de la diversité des images politiques.

3. L'origine des échecs de RBM en matière d'élaboration de plans d'action stratégique

Dans cette section, nous voulons montrer, d'une part, que le plan d'action stratégique peut être interprété comme un contrat entre des acteurs variés (3.1.), d'autre part, la diversité des images politiques complique l'élaboration d'un tel contrat (3.2.). Pour cela, nous appliquons à notre objet des éléments d'analyse tirés par Perrot (2005) de la théorie contractuelle. Ces

[414] Précisons que le plan actuel recouvre la période 2005-2015.
[415] Pour plus de détails, consulter le site de *RBM* : http://rbm.who.int/changeinitiative.html

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

éléments d'analyse portent sur l'importante distinction entre « contrat transactionnel » et « contrat relationnel ».

3.1. Analyse théorique : le plan d'action stratégique, un contrat transactionnel et/ou relationnel ?

Dans cette sous-section, nous cherchons à montrer qu'un **plan d'action stratégique s'apparente à un contrat de type « relationnel » dont les spécificités constituent un frein à une coordination efficace.**

Le plan d'action stratégique est un contrat entre des acteurs variés. La nature contractuelle des plans d'action stratégique n'est pas à démontrer puisque les partenariats public-privés relèvent eux même d'un engagement contractuel. Le partenariat est un contrat entre des acteurs variés (ONG, État, OIG, Entreprise), mais considérés comme égaux,[416] pour atteindre des objectifs communs ou devant être communs (*cf.* section 1). Il s'agit d'un contrat « horizontal » dans le sens où il n'y a donc pas en théorie de relation d'agence.[417] Chacun des acteurs est un partenaire qui cherche dans une relation contractuelle les moyens d'améliorer une situation donnée ou d'atteindre des objectifs. Les autres mécanismes de coordination que sont les documents de stratégies de développement ou l'approche sectorielle sont aussi des contrats à l'image des plans d'action stratégiques des partenariats public-privés, comme le souligne l'encadré 25 ci-dessous.

A ce stade, il convient de distinguer ce type de contrat (coopération contractuelle, relation contractuelle) **des contrats classiques**. Selon Perrot (2005, p. 39), « *un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants et autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation* ».

[416] Il s'agit en réalité d'une égalité politique entre tous les acteurs.
[417] Mais cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de rapport de force entre les acteurs ou qu'il n'y a pas de leaders et de suiveurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Encadré 25 : La nature contractuelle de DSRP et des SWAPs

Aujourd'hui, le concept de d'État providence, qui a longtemps fondé l'action des État, tant dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines sociaux, n'est plus d'actualité. L'approche Williansonienne de la gouvernance (1979) qui fut adoptée par la Banque mondiale semble l'avoir remplacé. Cette approche considère qu'un État moderne est un État ne commandant plus du haut mais acceptant de négocier avec son environnement, un État qui délègue et qui coordonne un réseau d'acteurs en vue d'une meilleure efficacité. Il s'agit d'une démarche contractuelle qui place le débat de la performance des organisations sur le thème de l'efficacité des relations et non pas sur la nature des organisations. L'idée est que des organisations différentes peuvent obtenir un niveau de performance élevé si le système dans lequel elles existent assure une cohérence entre les finalités des organisations et des modes de régulations (Perrot et Roodenbeke, 2005). Pour assurer cette cohérence favorable à l'efficacité de l'aide, il est demandé aux acteurs de se concerter à tous les niveaux et de d'élaborer des programmes d'action. Ainsi, les documents de stratégie de réduction de la pauvreté, tout comme les plan sectoriel, résultent (ou doivent résulter) d'une concertation avec toutes les parties prenantes. C'est ce qui fait de ces documents des contrats entre acteurs. Les SWAPs[418] sont, par exemple, un contrat entre deux parties, à savoir le ministère de la santé et les partenaires au développement du pays. En général, à travers les SWAPs, les deux parties s'engagent à respecter la politique nationale de santé qu'ils ont approuvée de concert, notamment en mettant ensemble leurs financements et en donnant la responsabilité de leur gestion au ministère de la santé. L'esprit est par conséquent celui d'une coopération contractuelle, d'une formalisation de relations contractuelles[419].

Source : Présentation de l'auteur

La question de l'engagement réciproque est donc au cœur d'une relation contractuelle. Cependant le degré d'engagement peut varier. Ce dernier varie selon qu'il s'agit d'un contrat « classique », appelé aussi transactionnel ou d'un contrat « relationnel[420] ». Le contrat **« classique »** se caractérise par une formulation claire et précise de l'objet du contrat, de sa durée ; de telle sorte que les différentes parties savent exactement, dès le moment de la formulation du contrat, à quoi s'attendre. On parle de complétude des clauses contractuelles. **Le contrat relationnel** est lui basé sur la confiance que s'accordent les acteurs pour agir dans l'intérêt commun. De ce fait il n'est pas nécessaire que le contrat soit complet et détaillé ; il suffira de s'entendre sur les grands objectifs de la relation, sur la méthode de travail et sur les moyens qu'il convient de mobiliser pour réaliser les actions (Perrot, 2005). La flexibilité qui caractérise ce type de contrat se veut la garante de la pérennité et de la « paix contractuelle » (Perrot, 2005). Il faut noter que dans le contrat « relationnel », contrairement au contrat classique, l'opposabilité est absente.

Après avoir examiné en quoi les plans d'action stratégique sont des contrats relationnels, nous allons montrer que l'élaboration de ces contrats sacrifie des conditions

[418] SWAPs = Sector-Wide Approaches // Approches par secteurs.
[419] Ces conventions comportent en général des obligations de moyens pour les parties prenantes et non des obligations de résultats (Perrot et Roodenbeke, 2005).
[420] Cette distinction citée par Perrot (2005) est due à Mcneil I. (1978) : contrats : adjustements of long-term economic relationships under classical, neoclassical and realtional contract law, *Northwestern Université Law Review*, 72 :854-905.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

essentielles à une coordination efficace des donateurs (voire de tous les acteurs de développement) en raison de la pluralité des images politiques des donateurs.

L'agenda de la coordination, en mettant l'accent sur la nécessité de définir clairement (ou de façon précise, *cf.* introduction générale) les objectifs de l'aide ainsi que les rôles des différents partenaires, **est d'avantage proche d'un contrat classique**. Seule l'idée d'opposabilité manque à l'agenda de la coordination. C'est cette absence d'opposabilité qui fait que les mécanismes de coordination promus par les institutions d'aide ne se confondent pas exactement avec des contrats classiques. On peut penser que cette opposabilité n'y figure pas parce que, peut être, les États ne sont pas encore prêts à sacrifier leur souveraineté. **Mais les mécanismes de coordination élaborés depuis le début de l'agenda de la coordination**, critiqués par la Banque mondiale et l'OCDE, notamment en raison de leur manque de précision, **se rapprochent d'avantage d'un contrat relationnel**. **Dans les sous-sections suivantes, nous voulons montrer que pour que des acteurs variés (statut juridique et images politiques différents) puissent travailler ensemble, un contrat relationnel est nécessaire.** Son imprécision est un atout pour amener des acteurs variés à parapher, à adopter un même plan d'action. La question est donc de savoir comment le manque de précision que nous avons qualifié d'ambiguïté (*cf.* introduction générale et chap. 5) influence la nature d'un programme d'action ou les règles d'un mécanisme de coordination.

3.1.1. Compréhensibilité, ré-interprétabilité ou l'acceptation des diverses lectures

Plus un contrat est précis, plus son adoption par des acteurs hétérogènes en termes d'images politiques est difficile (*cf.* chap. 5). D'où la multiplication des contrats imprécis aussi bien au niveau des PPP qu'au niveau des sommets internationaux. Mais l'imprécision ne doit pas se faire au détriment de la clarté des enjeux, des objectifs[421] et de leur articulation. La compréhensibilité d'un document est un élément important pour son acceptation par les différentes parties. C'est pourquoi l'imprécision dont on parle ici est une formulation « ambigüe » des objectifs ou des enjeux qui permettra à chaque acteur de se réapproprier le document, de l'adopter.

3.1.2. Ambiguïté et coût du partenariat : l'apport de l'ambiguïté en termes d'efficience

[421] C'est ce dont souffrent beaucoup de documents de stratégie des PED.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Puisque les partenariats sont justifiés par l'efficacité, le choix d'un arrangement contractuel plutôt que d'un autre dépend des coûts de transaction qui lui sont associés. L'élaboration, puis la mise en œuvre d'un contrat (plan d'action stratégique, document de stratégie de développement) induisent des coûts de négociations du contrat et de surveillance du contrat. Plus le contrat sera précis, plus ces coûts augmenteront (Perrot, 2005). **Le coût de négociation d'un contrat précis peut être très élevé si les acteurs ont des images politiques différentes.** Un équilibre est donc à trouver entre la précision du programme d'action contractuel et le coût de sa négociation. Ajoutons que l'imprécision peut rendre difficile l'évaluation, ce qui est une source de liberté pour les acteurs engagés dans l'action collective. La précision limite la liberté des parties en contrat. Or, comme l'illustre l'encadré 26, qui reprend un entretien avec la directrice des Amis du Fonds Mondial Europe, la liberté des acteurs est une des conditions de l'existence des partenariats entre divers acteurs.

Encadré 26 : Une flexibilité mobilisatrice

La Directrice des Amis du Fonds Mondial Europe indique que « *On est parti de l'idée qu'il fallait que cette coalition […] rassemble les gros comme les petits, le secteur public comme le secteur privé, les instituts de recherche comme les industries, les ONG […] des universitaires. L'ONG a débuté avec 15 membres maintenant elle en compte plus d'une quarantaine en quatre ans. Alors, son originalité est qu'on s'est dit que si on laisse largement ouvert, ça risque d'être compliqué à gérer. Et que l'équilibre, pour que ça fonctionne bien, il faut que ça reste relativement flexible. Donc progressivement en fonction du nombre de membres, on s'est doté de règlement intérieur, de modalités de fonctionnement. L'idée est quand même que ça reste, c'est tout à fait atypique […], une plate forme d'échange. Quand il y a une action à mener, se joignent à l'action ceux qui veulent se joindre à l'action.*[422] *Ce n'est pas pour autant que ça va faire sortir ceux qui ne se sont pas joints à cette action là. Donc, c'était une façon d'inciter à des partenariats à deux, à trois, à trente, à trente cinq. On est même arrivé à mettre en œuvre des actions communes* ».

Source : Présentation de l'auteur d'après l'entretien tenu avec la Directrice des Amis du Fonds Mondial Europe le 16 Août 2010.

3.1.3. Le plan d'action comme un compromis entre acteurs variés

Nous avons vu qu'en termes de coût de transaction la précision n'est pas toujours souhaitable. Mais ce n'est pas la seule raison qui fait que les plans d'action stratégique sont de nature contractuelle. Selon Perrot (2005), lorsque dans un contrat on cherche à être très précis, à prévoir tout, c'est que les partenaires ne se font pas confiance.[423] « *Si cet état d'esprit s'instaure au moment de la rédaction, il y a fort à parier que ce comportement va perdurer lors de la mise en œuvre. On peut dire qu'en quelque sorte la précision renforce les comportements*

[422] Ici la règle n'oblige pas au consensus mais elle ne réduit pas non plus la dispersion.
[423] Notons que la confiance est fondamentale pour réduire les coûts de négociations.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

procéduriers et le non respect de l'esprit du contrat (Perrot, 2005, p.142). Mais la confiance entre les acteurs est plus artificielle que réelle comme l'illustre l'encadré 27 ci-dessous tiré des entretiens.

Encadré 27 : La confiance et le consensus : deux éléments essentiels pour les partenariats

Selon la Directrice des amis du fonds mondial Europe, la confiance *« […] veut dire qu'il n'y a pas de diabolisation des autres acteurs* [424]*»,* c'est à dire une acceptation totale de l'autre dans sa différence. Cette acceptation est censée être facilitée par l'existence d'un objectif général partagé par l'ensemble des acteurs *: « on sait qu'on a des positions divergentes, des objectifs à court terme qui sont divergents, mais on savait que, par exemple sur le paludisme, on avait tous la même volonté qui est qu'on arrive à échanger des informations et à mobiliser des ressources pour lutter contre le paludisme. Là-dessus il n'y avait pas d'ambiguïté. L'objectif général commun était très partagé. […]*[425] *».* Mais parfois l'acceptation des partenariats multi-acteurs et la croyance en leur efficacité sont plus artificielles que réelles. C'est ce qu'exprime un des Associés de *Action for Global Health* en indiquant que : *« on parle beaucoup du rôle du secteur privé, mais je trouve que c'est là où on a fait moins de progrès. C'est beaucoup d'effets d'annonce. On doit se demander est ce qu'il y a un rôle du secteur privé dans le domaine de la santé extrêmement important. Il y a un rôle, c'est clair. Mais est ce qu'il est important ? Non. L'industrie pharmaceutique est là pour faire de l'argent, on ne peut pas leur demander de faire le bien du public, de la population. Souvent, il y a beaucoup de discours autour du secteur privé, mais quel est son impact sur la santé ? Pas grand-chose. Je me demande même si on n'utilise pas cet argument de renforcement du secteur privé pour justifier un désengagement de l'État. Ça, c'est dangereux […] ».*[426] À côté de cette remise en cause, il y a d'autres acteurs qui croient, qui sont attachés à ces partenariats malgré les difficultés constatés. C'est le cas des amis du fonds mondial Europe, pour qui « *[…] c'est bien vrai que ça gagne en complexité, mais on a trouvé les moyens pour travailler ensemble et pour échanger. Après,* (on) *ne dit pas qu'on atteint tous les objectifs de la coordination. […]. (*Nous nous dirons*), plus il y a de partenaires, plus c'est enrichissant et plus importante est la chance de trouver des solutions innovantes et globales. […] ».*[427] Ces divergences de lecture qui renvoient à une pluralité d'images politiques peuvent brouiller l'entente entre les acteurs, générer des conflits lors des délibérations et dans la mise en œuvre. C'est pourquoi on commence très souvent avant d'associer les acteurs par préciser l'esprit dans le lequel seront négociées le contrat et son adaptation. Cet esprit est généralement un esprit « d'ouverture » et de « consensus », c'est-à-dire d'acceptation de l'autre comme le dit la Directrice des Amis du fonds mondial. C'est une des caractéristiques des instances de coordination que l'on retrouve dès qu'on commence à discuter avec les représentants des partenariats. À la question de savoir comment les priorités sont choisies, le Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département Accès aux soins de Sanofi Aventis (par ailleurs également représentant de Sanofi au sein de RBM) répond : « *c'est consensuel. Le consensus étant construit sur la base de documents et de présentations. Et s'il y a besoin d'un vote… Le vote, c'est l'élection du shaman, le président par exemple. […]. Il faut que vous sachiez que le consensus est important […], il n'y a pas de méchants et de gentils, il faut tout discuter, négocier, l'important c'est de montrer qu'il est de l'intérêt de chacun qu'on agisse et de changer les mentalités progressivement*».[428] On retrouve dans cet extrait l'argumentaire « gagnant-gagnant » (on peut montrer ''pédagogiquement'', à travers la discussion, à chaque partenaire qu'il est de son intérêt d'agir). Mais cet argument est une utopie puisque le compromis pour une action « collective » se fait par l'imprécision, l'ambiguïté ou l'acceptation d'un éventail large d'objectifs ou de stratégies. Ces compromis aboutissent donc à une acceptation de la dispersion de l'aide.

[424] Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantereau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.
[425] Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantereau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.
[426] Extrait de l'entretien avec Patrick Bertrand, Associé de Action for Global Health.
[427] Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantereau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.
[428] Extrait de l'entretien avec René Cazetien de Sanofi Aventis.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Source : Présentation de l'auteur d'après les entretiens effectués avec Patrick Bertrand (Associé de Action for Global Health), Sylvie Chantereau (Directrice des amis du fonds mondial Europe) et René Cazetien (Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux soins de Sanofi Aventis).

Dans une dynamique de régulation reposant sur la confiance, les acteurs se sentent obligés de négocier et de faire de compromis. Ainsi, tant durant les sommets internationaux que dans l'élaboration concertée de plans nationaux, l'objet des processus de décision est de faire cohabiter « diplomatiquement » dans un même programme (contrat), au moyen de la flexibilité des mots utilisés et de la prise en compte de toutes lectures, des acteurs ayant des visions différentes. L'objectif n'est donc pas la sélection d'un instrument optimal[429]. Il est important de préciser à ce stade que ceci est procéduralement rationnel : les acteurs internationaux (types OIG et ONG) essayent de trouver des moyens pour faire évoluer la situation de façon satisfaisante en acceptant les compromis qui permettent l'action. Ce qui fait de tout plan d'action un compromis. Plus généralement, les partenariats public-privés s'inscrivent dans une démarche de compromis (Boidin et Lesaffre, 2010). Ces compromis conduisent souvent à des incohérences ou à la poursuite d'une multitude d'objectifs et débouchent sur une aide dispersée.

Dans son ouvrage « *Le fardeau de l'homme blanc* », Easterly (2009) dénonçait l'incapacité des organisations à choisir ou à avoir des priorités en faisant le constat suivant : « *les administrations de l'aide [Agences de développement] sont un peu comme mes enfants-quand on leur demande de choisir entre une barre de chocolat et de glace, ils répondent les deux ! Les agences d'aide travaillent un peu à la réalisation de chaque objectif en ignorant de fait les avantages de la spécialisation et consacrant moins d'argent qu'il ne le faudrait aux opérations présentant un faible coût et des bénéfices élevés. Les directeurs des agences d'aide parlent volontiers d'établir des priorités, mais n'agissent guère en conséquence- les pressions politiques sont trop fortes, ils sont contraints de répartir leur effort au lieu de les concentrer* ». Or, si se fixer des objectifs précis et limités est gage d'efficacité dans la mise en application des décisions[430] et faciliterait la coordination, une telle méthode limite la possibilité de prendre des décisions et réduit les chances de mobilisation. Plus les objectifs sont précis et limités, plus il est difficile de constituer une coalition importante, en raison de la diversité des visions des acteurs, pour réunir des ressources financières, technique et politiques.

[429] Sauf à considérer que la décision « optimale » est celle qui satisfait tous les acteurs ou au moins la majorité.
[430] L'un des enseignements qu'on peut tirer de la croissance déséquilibrée à la Hirschman est qu'un pays ne peut pas tout faire en même temps ; éparpiller les ressources et énergie, sans choisir les actions qui ont le plus de retombée socioéconomique, est contraire à la rationalité économique.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais Easterly est loin d'être le seul économiste à faire ce diagnostic. Parlant des documents des DSRP, élaborés sur la base d'un partenariat entre des acteurs variés, Cling et al. (2003) soulignent que deux cas de figure peuvent découler des processus participatifs. Il est d'abord probable que ceux qui ont le plus de pouvoir imposent leur point de vue. Mais cette stratégie n'est plus légitime en raison de la mise en avant de l'agenda de la gouvernance, dans lequel aucun ne doit subordonner les autres (*cf.* chap. 5). C'est pourquoi « *la solution alternative consiste pour les stratégies de réduction de la pauvreté définies dans le cadre du processus participatif à éviter d'aborder les questions difficiles et socialement conflictuelles, ce qui les rend par conséquent moins abouties. Dans certains pays comme la Bolivie, les gouvernements ont voulu contenter l'ensemble des parties prenantes, et les débats auraient plus porté sur la répartition de l'aide au développement que sur l'élaboration d'une véritable stratégie (Habbard, 2002). Plus généralement, la question des priorités (hors celles qui figurent dans les conditionnalités des IBW), source de potentielle de conflit, est laissée de côté dans la majorité des DSRP, alors qu'elle est primordiale compte tenu des contraintes des finances publiques* » (Cling et al., 2003, p. 190). On peut ajouter que pour minimiser les risques de conflits, les acteurs qui assument leurs images politiques, les syndicats en particulier, sont exclus du processus participatif (Cling et al., 2003, p. 188). C'est ce qui pousse Cling et al. (2003, p. 190) à conclure que « […] *le principe du processus participatif ne permet pas la solution aux conflits d'intérêts. En ce sens, le concept de processus participatif est une utopie pour reprendre les termes de Lautier (2001)* ».

3.2. Un plan d'action stratégique remis en cause par la diversité des images politiques

Les difficultés de coordination dépendent du cadre institutionnel, de la nature (identité et statut) et du comportement des acteurs en partenariat et de la nature du problème. Dans cette sous-section, nous cherchons à montrer comment le mode délibération (a) combiné à une diversité des images politiques des membres du partenariat et à la nature des problèmes faisant l'objet de la coordination (b) et à la diversité des intérêts poursuivis par les acteurs (c) conduisent à un plan d'action stratégique insatisfaisant (d).

a) La négociation érigée en statut de principe

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'idée des institutions internationales, notamment la Banque mondiale, est qu'en rendant les délibérations plus participatives,[431] et par-là-même les interventions moins verticales, on améliorera non seulement la mobilisation autour de la lutte contre le paludisme, mais aussi l'efficacité des actions à travers l'identification de la meilleure stratégie. C'est pourquoi le modèle d'organisation du partenariat RBM n'est pas un modèle de commandement et de contrôle, mais davantage un modèle en réseau dans lequel le partenariat RBM joue un rôle de catalyseur. C'est en réalité un Forum ouvert à tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre le paludisme. En se positionnant en tant que forum, le partenariat RBM a acquis aujourd'hui une légitimité importante comme l'ont montré son efficacité en termes de mobilisation et son caractère incontournable. Pour s'assurer que cette mobilisation aboutira à la sélection du meilleur mode de production ou moyen d'action, le RBM donne à la négociation un statut de principe. D'un point de vue contractuel, il semble que le fonctionnement du RBM, comme beaucoup de PPP, est basé sur des lettres d'intentions (*memorandum of understanding*). La lettre d'intention permet à des parties, à l'occasion de négociations contractuelles dont la durée leur semble devoir être longue, d'exprimer par écrit, avant même de savoir si elles parviendront en fin de compte à conclure un contrat, leur volonté de négocier et de rechercher un accord sur des bases ou prenant en compte des points sur lesquels elles se sont déjà entendues.[432] Ce document n'oblige pas à conclure, il permet seulement de négocier de bonne foi les conditions de la relation contractuelle envisagée.

Le principe de négociation[433] est tellement fort que le Conseil d'administration du RBM n'engage pas la responsabilité des partenaires lorsque leurs actions divergent de leurs engagements ou lorsque leurs actions sont en contradiction avec les priorités et les stratégies convenues.[434] En outre, le Conseil d'administration ne dispose pas de mécanismes de gestion des conflits d'intérêts lors de ses prises de décision et les exemples de conflits ne sont pas documentés (Evaluation indépendante, 2009). Les acteurs membres de ce partenariat semblent aussi être attachés à ce principe comme le montre l'encadré 28 ci-dessous tiré des entretiens.

[431] Les acteurs participant à la délibération étant supposés égaux.
[432] Source : Dictionnaire juridique et contractuel des affaires et des projets. http://www.lawperationnel.com/Dictionnaire_Juridique .
[433] Ce principe de négociation est cohérent avec la délibération participative.
[434] Analyse confirmée par François Bompart lors de notre entretien.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Encadré 28 : l'attachement au consensus de la part des partenaires

Pour le Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux soins de Sanofi Aventis), une entreprise qui participe activement au fonctionnement de ce partenariat, « *le consensus est important […], il n'y a pas de méchants et de gentils, il faut tout discuter, négocier, l'important c'est de montrer qu'il est de l'intérêt de chacun qu'on agisse et de changer les mentalités progressivement* [435]». C'est pourquoi, des systèmes de sanctions pour « partenaires négligents » ou pour les *free riders* n'ont pas été explicitement définis.

Source : Présentation de l'auteur d'après l'entretien avec René Kazatien le 22 Avril 2010.

Une telle approche pour obtenir des actions coordonnées n'est efficace que s'il existe un objectif homogénéisant les préférences ou si les acteurs sont guidés par une même image politique. Une négociation efficace, c'est-à-dire aboutissant au choix des meilleurs instruments, n'est possible que si les partenaires ont une même grille de lecture. Dans le monde académique, les mathématiciens sont ceux qui le savent le mieux. Un problème change de nature quand on change le domaine de définition. **Réunir des acteurs ayant des images politiques différentes, comme c'est le cas dans ce partenariat, accroît la probabilité de déboucher sur un grand ensemble de solutions ; ce qui est loin de satisfaire les conditions d'une coordination efficace. C'est ce problème que nous étudions maintenant.**

b) Les images politiques : des freins sociopolitiques à la coordination selon la nature problème

Pour savoir si la pluralité des images politiques pose de sérieux problèmes à l'obtention d'une coordination efficace, nous avons envisagé d'interroger les membres de *Roll back malaria* (son Secrétariat Général en particulier) qui sont dans une incessante négociation et d'analyser la documentation du partenariat sur les conflits. Ces deux méthodes se sont avérées inopérantes.[436] Nous avons donc opté pour une démarché articulée autour de deux éléments :

- l'analyse des rares travaux académiques qui se sont intéressés aux problèmes que pouvait créer la diversité des acteurs en matière de coordination.
- l'exploitation des rapports d'évaluation indépendante pour voir s'ils attribuent aux images politiques les faiblesses des plans d'actions stratégiques ou d'autres difficultés de coordination.

[435] Extrait de l'entretien avec Rene Kazatien, Director Commercial operation Acces to medicines, Sanofi-Aventis.
[436] En effet, nous avons été confrontés à deux obtacles. Le premier est que, malgré une multitude de sollicitations, le Secrétariat du RBM n'a pas accepté répondre aux questions relatives aux difficultés de coordination dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés. Le deuxième problème, déjà évoqué plus haut, est que les conflits ne sont pas documentés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Au sein des travaux académiques, Lenton (1999) qui travaille pour l'initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA (IAVI) pense que la divergence de valeurs ne pose pas de problème si des objectifs communs sont définis. Ainsi tout le problème réside dans la définition d'objectifs communs limités. La facilité ou pas de définir des objectifs communs dépend de la nature du problème. Il est très facile de définir des objectifs dans la résolution d'un problème technique. C'est le domaine par essence du paradigme objectiviste, où un problème est traité en raison de son importance « objectivable » et avec des moyens d'action efficients (c'est-à-dire «rentables» en termes de coût/efficacité). Dans le domaine de la santé, on peut citer les collaborations multi-acteurs visant la production de médicaments (*cf.* encadré 29). C'est un domaine où la question de représentation sociopolitique des acteurs (images politiques) intervient faiblement, voire pas du tout.

Encadré 29 : Le partenariat ASAQ entre Sanofi Aventis et la DNDI

Le partenariat ASAQ est un partenariat est une collaboration entre Sanofi-Aventis et la DNDi (*Drugs for Neglected Disease Initiative ou Initiative pour le développement de médicaments pour les maladies négligées, lancée par Médecins sans Frontières-MSF*) a été initié en 2005. Sanofi-Aventis et DNDi qui travaillait chacun de leu côté pour le développement d'un médicament combiné de lutte contre le paludisme, ont alors décidé d'unir leurs compétences. Quelle est la nature de ce partenariat ? Il s'agit, au regard du rôle respectif des deux partenaires dans le projet, d'une coopération technique dont l'objet est précis. Le rôle de Sanofi-Aventis était d'utiliser ces compétences professionnelles à l'échelle industrielle pour les activités suivantes :

- bâtir un dossier d'enregistrement pour compléter les recherches de DNDi
- fabriquer le médicament à très grande échelle en développant les processus pour atteindre l'échelle industrielle avec Maphar, l'usine de Sanofi-Aventis à Casablanca.
- Préparer le dossier pour la pré-qualification de l'OMS.
- Offrir ses compétences marketing pour préparer le lancement de l'ASAQ

Le rôle de la DNDi a été de réunir des partenaires académiques, des gouvernements des pays africains, puis de fournir de ressources et une expertise dans deux domaines principaux :

- apporter une formulation et toutes les recherches scientifiques nécessaires pour unir les deux composants actifs de l'ASAQ
- apporter le point de vue de la société civile, notamment en termes de prix.

Ce partenariat a permis le développement d'une combinaison médicamentaeuse à dose fixe, l'ASAQ (association de l'Artesunate-AS- et de l'Amodiaquine-AQ-), plus simple d'utilisation. En effet, cette combinaison permet aux enfants comme aux adultes de réduire considérablement le nombre de médicaments lors du traitement d'urgence qui dure 3 jours (sur ces trois jours les patients devront prendre 2 médicaments contre 8 auparavant). Un autre partenariat qu'on aurait pu présenter est le partenariat entre Novartis et l'OMS pour produire le Coartem. Ce sont des partenariats reposant sur une complémentarité technique dans le seul but de produire un médicament efficace adapté aux « marchés » des pays en développement. On peut remarquer le nombre de partenaires actifs, assurant le leadership est limité. Une telle configuration est adaptée pour une coordination efficace.

Source : Présentation de l'auteur d'après Boidin et Lesaffre (2010)

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit d'une question sociale ou politique. Or la santé de façon générale ainsi que ses composantes (systèmes de santé, lutte contre une maladie plutôt qu'une autre) **sont des questions sociopolitiques qui sont largement perméables aux diversités des images politiques**. Ceci nous ramène dans le champ du « social constructivism » qui fait une part belle aux représentations sociales. Il est aujourd'hui admis que dans les PPP, considérés comme des espaces de coordination, la préservation de l'identité et des valeurs centrales des différents acteurs est essentielle à la mobilisation (Buse et Walt, 2000b). C'est ce qui explique le caractère contractuel des plans d'actions des partenariats public-privés présentés plus haut (*cf. supra*). La définition (construction) d'objectifs communs limités (conditions d'une coordination efficace) entre acteurs variés est donc difficile, voire impossible dans des telles conditions. Mais on peut penser qu'il peut arriver que les acteurs aient en amont (avant de rencontrer) des objectifs identiques et limités.[437] Mais ceci n'est pas le cas du RBM. C'est ce que nous cherchons à étayer dans ce qui suit.

Tant que les objectifs sont généraux, il est relativement aisé pour les acteurs de décider ensemble. Tout le problème réside dans la définition commune d'objectifs limités en raison des différences d'images politiques. Cette difficulté s'accentue avec le nombre de partenaires. Il est peu probable que des objectifs précis et limités puissent transcender les valeurs disparates et permettre un mariage de raison des partenaires qui réduirait la dispersion. Ces éléments sont aussi la marque d'une coordination optimale et constituent des objectifs intermédiaires dans la recherche de l'efficacité. En délibérant au moyen de discours ambigus ou du moins donnant à l'aide des objectifs multiples sans définir le rôle de différents partenaires (division optimale du travail à travers la coopération déléguée par exemple), la mobilisation actuelle empêche une coordination efficace.

L'OMS considère, elle, le partenariat comme un moyen de réunir une série d'acteurs en vue d'atteindre un objectif commun défini d'un commun accord (Kickbusch et Quick, 1998). Dans cette définition, on estime que l'accord sur les principes importants est décisif, tout comme le maintien d'un équilibre des pouvoirs entre les différentes parties afin de permettre à chacune de conserver ses valeurs et son identité centrales (Buse et Walt, 2000a). **La littérature traitant de l' « efficacité » des PPP pour la santé que sont, aujourd'hui, les grandes coalitions pour la santé (Ridley et *al.*, 1999 ; Frost et Reich, 1998 ; Widdus et Evans, 1999 ; Ulbert, 2008)**

[437] De telles situations concernent souvent que des PPP fondés par des acteurs privés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

souligne combien il est important d'avoir : 1) des objectifs communs clairement précisés et réalistes ; 2) des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord ; 3) des avantages distincts pour l'ensemble des parties ; 4) une transparence totale ; 5) une participation active au partenariat ; 6) une égalité de participation ; et de satisfaire, entre autres, aux obligations convenues (Buse et Walt, 2000a). À ces conditions il faut ajouter l'hypothèse de rationalité des acteurs, rarement abordée de façon explicite, fondamentale à la faisabilité de la coordination efficace.[438] Parmi ces conditions d'efficacité, les plus importantes à la coordination sont : la rationalité, l'entente sur des objectifs limités et le partage des tâches. Cette présentation donne l'impression qu'il est aisé pour des acteurs variés de s'entendre sur des objectifs communs limités représentant un intérêt général. Pourtant l'OMS (1999) ne semble pas convaincue puisqu'elle proposera que les partenariats soient basés sur des principes éthiques qui sont : l'intention bénéfique (qui doit entraîner un gain en santé publique) ; l'intention non malveillante (qui ne doit pas être à l'origine de problèmes de santé) ; l'autonomie (qui ne doit pas porter atteinte à l'autonomie de chacun des partenaires) ; et l'équité (dont les bienfaits doivent être distribués à ceux qui en ont le plus besoin).[439] L'OMS semblait redouter que les valeurs d'une telle organisation dédiée à la protection des intérêts publics et à la sauvegarde d'un droit humain fondamental ne soient peu à peu reléguées au second plan tant que la prise de décision sera guidée par des considérations commerciales (Ndour, 2006). **Ceci nous amène à nous interroger sur les raisons pour lesquelles des acteurs variés entrent en partenariat**.

c) Une hétérogénéité des intérêts qui alourdit les difficultés de coordination

Pour les industries pharmaceutiques, l'intégration de ces partenariats vise à répondre à des enjeux économiques et sociétaux. Il s'agit, pour les industries pharmaceutiques, de composer avec les pressions extérieures les enjoignant d'accorder une place plus importante à l'impact sociétal de leur activité, notamment l'accès aux médicaments et d'accéder à des nouveaux marchés, d'attirer de nouveaux investisseurs, mais surtout d'améliorer leur image (Boidin et Lesaffre, 2010) (*cf.* chap.5). **Pour les États ou les institutions internationales comme l'ONU, il s'agit de faire passer des messages de promotion de la santé publique à**

[438] Ces conditions conjuguent l'approche objectitiviste (gestion axée sur les résultats) et la vision a-confluctuelle de la théorie des parties prenantes.
[439] *WHO guidelines on collaboration and partnership with commercial enterprises*. Draft discussion document dated 24 July 1999. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'échelle mondiale, de bénéficier d'une expertise, de ressources[440] et de compétences indispensables pour mener à bien les actions de santé. Nous avons donc en règle générale des objectifs différents, mais pas nécessairement incompatibles. Nous avons pourtant montré plus haut que l'articulation optimale, attendue par les défenseurs, qui se traduirait par la sélection d'un nombre limité d'objectifs, n'est pas encore une réalité. **La raison est que chacun de ces acteurs s'inscrit dans une logique lobbying et d'influence. Il s'agit pour chaque partenaire de faire de telle sorte que les délibérations reflètent ses priorités et sa vision du problème.** Les ONG comme les entreprises élaborent des guides et se dotent de service de plaidoyer. RBM a d'ailleurs un Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme à destination des ONG et des communautés, publié en 2008.[441] Ce guide donne des méthodes de lobbying aux ONG qui veulent que le paludisme soit une priorité.[442] Les membres du RBM se comportent-il alors comme des lobbyistes ? Les entretiens que nous avons menés semblent montrer que c'est le cas (voir l'encadré 30 ci-dessous).

Encadré 30 : les motivations de Sanofi

A la question savoir ce qui a motivé la participation de Sanofi dans RBM, François Bompart, un des représentants de Sanofi au sein de RBM, répond, après un long détour sur la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) : «*soyons concrets, ce qui est intéressant c'est de voir que G. Bush avait son armée qui était un instrument de puissance, une force pour imposer une certaine direction à la planète, d'une part et d'autre part, il avait aussi des actions diplomatiques pour ne pas s'isoler et garder une capacité d'action diplomatique à travers le projet PEPFAR, le President' Malaria Initiative. Ces actions à l'extérieur sur le plan sanitaire font partie de leurs démarches diplomatiques. C'est ce qu'on appelle la diplomatie sanitaire* ». Ensuite il précise que « *pour une entreprise pharmaceutique, c'est un peu pareil. C'est-à-dire nous, on a notre force de vente, notre force commerciale qui travaille au quotidien pour gagner des marchés, décrocher des contrats, c'est un peu notre armée et nous (les représentants de l'entreprise au sein du RBM), on est un peu là en tant que réseau diplomatique, c'est-à-dire nous, on est là dans une initiative qui donne accès à l'administration Obama, qui donne accès à la fondation Gates, qui donne accès à l'ambassadeur Debré, Hawa Koll Sek. Voilà, tout cela est complémentaire. Tout ça pour vous dire que les États ont des objectifs d'influence à l'extérieur qui passent parfois par les armes, parfois par le commerce et parfois par des initiatives comme celle-là*[443] ». Dans le but d'être complet sur les

[440] Il s'agit notamment des financements innovants pour générer des ressources supplémentaires ou pour permettre aux Etats donateurs de faire des économies.
[441] Ce guide était sponsorisé par Sanofi-Aventis et Total et a été édité pour le RBM.
[442] Fiche 46, s'organiser en coalition *Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme à destination des ONG et des communautés*", 2008, Préface du Pr Awa-Marie Coll-Seck, Directeur Exécutif de *Roll Back Malaria Partnership*, 12,000 exemplaires distribués en 2008 et 2009. Projet pour Total et Sanofi-Aventis. En effet, la création d'une coalition permet de prendre part à la définition des stratégies de lutte, en concertation avec les pouvoirs publics et les organisations internationales : mise sur pied d'une structure qui a les compétences, surtout pour mener le plaidoyer ; élaboration d'un discours cohérent, riche des expériences de plusieurs ONG actives ; renforcement du poids des ONG dans les discussions (c'est le discours de la coalition et non plus le discours particulier d'une seule organisation).
[443] Il soulignera, comme on peut l'attendre, que des telles méthodes sont aussi celles des pays émergents : « *par exemple les chinois sont très présents en Afrique aussi par leur présence commerciale (la construction des infrastructures), mais très souvent quand les ministres se déplacent, ils font aussi une donation aux médicaments. Ils veulent aussi être présents à travers la diplomatie sanitaire. Les américains appellent cela le* soft power ».

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

motivations et la place de l'influence, il ajoutera en guise de conclusion, « *tout cela pour vous dire que les États se mobilisent parce que leurs électeurs leurs demandent. Les activistes jouent un rôle important à ce niveau en utilisant efficacement les médias ; par ailleurs, il y a la volonté des États d'être présents là où les choses se passent* ».

Source : Présentation de l'auteur

Nous avons ainsi tous les éléments pour considérer qu'une telle configuration (des partenariats entre acteurs dont le principal but est de faire en sorte que les délibérations collectives reflètent ses priorités et sa vision du problème) est incompatible avec l'objectif de coordination : le choix raisonné des meilleurs moyens d'action collective. Présenter ce genre de partenariat comme une coordination amélioratrice de l'efficacité de l'aide est donc très discutable. Dans un contexte où règne le principe de négociation, de consensus, où les actions de lobbyings sont légitimées et où les acteurs sont guidés par des images politiques différentes, il ya toutes les chances qu'une délibération collective conduise à une forme de coordination inefficace.

d) Un plan d'action qui ne remplit pas les conditions d'une coordination efficace

Le rapport d'évaluation indépendante de *Roll Back Malaria Partnership* de 2009 permet de revenir sur quelques éléments problématiques, mais caractéristiques du plan d'action stratégique de *Roll Back Malaria*, qui renvoient à la question de la coordination. Ces éléments viennent corroborer notre analyse des difficultés de coordination au sein de RBM.

Des objectifs trop généraux

Selon le rapport d'évaluation indépendante de 2009 (p.19), « *une* (des) *difficultés tient au fait que les rôles et objectifs du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme ont été formulés d'une façon telle que la contribution du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme a été difficile à évaluer. Par exemple, l'un des objectifs formulés dans le plan de travail 2008 consistait à ''plaider en faveur de politiques optimisant l'efficacité de la politique sur le paludisme''. Des formulations d'objectifs et de résultats aussi vagues que celle-ci n'a pas permis d'évaluer la contribution du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme aux résultats attendus. L'analyse des résultats tangibles du groupe de travail aurait permis de résoudre ce point* ». On retrouve ici cette méthode qui consiste à présenter les objectifs et les

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

résultats attendus de façon vague de telle façon qu'il est difficile d'évaluer la coordination des acteurs. Ne perdons pas de vue qu'une telle formulation vise avant tout à mettre d'accord toutes les parties prenantes.

Un manque de cohésion

Selon le même rapport, nous avons un manque de cohésion qui « *s'illustre par le fait que les principaux partenaires ne participent pas aux mécanismes de coordination. Par exemple, plusieurs partenaires s'inquiètent du fait que le bureau de l'Envoyé Spécial des Nations Unies n'ait pas activement contribué au processus du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme* ». Le travail à l'intérieur du groupe de travail sur la coordination ne semble pas intéressé, prendre en compte les priorités des Nations-Unis, à moins que l'ONU considère que l'OMS la représente bien pour tout ce qui touche à la santé.

Difficulté de définition d'objectifs et de procédures communs

Le rapport de 2009 qui a porté sur la période 2004-2008 (p. xiv et p.88) indique « *l'une des difficultés importantes dans le domaine de la planification stratégique tient au fait que les partenaires n'ont pas encore réussi à convenir d'une stratégie de mise en œuvre et que les implications pour les plans de travail des structures du Partenariat RBM restent encore à définir* ». De plus, « *le Partenariat RBM manque de stratégies de mise en œuvre dans des secteurs clés tels que les travaux au niveau national, la mobilisation des ressources et le suivi & évaluation* ». Nous pouvons interpréter cette assertion comme une illustration de notre raisonnement qui consiste à dire que la coordination est difficile dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés. Le rapport conforte cette idée : « *la coordination et la mise en concordance systématiques des partenaires au niveau mondial n'ont pas été assurées avec succès sur certaines questions telles que la mise en cohérence des normes d'approvisionnement entre les principaux bailleurs de fonds. Dans l'exemple d'un approvisionnement conjoint de LLIN* (moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée) *dans le cadre d'une campagne de rattrapage en Tanzanie entre la Banque mondiale, le Fonds Mondial et la President's Malaria Initiative, une résolution n'a été obtenue que grâce à l'intervention directe des hauts responsables du Partenariat RBM* ». Nous avons dans cet exemple un pays (États-Unis), une institution multilatérale (Banque mondiale) et un partenariat public-privé (Fonds mondial), tous

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

membres de RBM, qui ne parviennent pas à travers la discussion à s'entendre pour une distribution coordonnée de moustiquaires.

Au final, ces partenariats conduisent plus à une coordination formelle (accord sur des principes généraux) qu'à une réelle coordination des donateurs qui se traduirait par une réduction de la dispersion de l'aide ou des coûts de transaction. Le fossé entre les conditions d'efficacité et le fonctionnement des PPP est résumé dans le tableau 20 ci-dessous.

Tableau 20 : le fossé entre les conditions d'une coordination efficace et le fonctionnement des PPP

Conditions d'efficacité	**Fonctionnement des mécanismes de coordination**	**Conformité**
Des objectifs communs clairement précisés et réalistes	Des objectifs nombreux et imprécis	Non conforme aux conditions
Des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord	Des rôles et des responsabilités des acteurs non délimités	Non conforme aux conditions
Des avantages distincts pour l'ensemble des parties	Des avantages distincts pour l'ensemble des parties	Conforme aux conditions
Une transparence totale	Transparence accrue, mais pas totale	Conformité partielle
Une participation active au partenariat	Une participation active	Conforme aux conditions
Une égalité de participation	Une certaine égalité de participation	Conformité partielle
Satisfaire aux obligations convenues	Des obligations convenues pas toujours satisfaites	Conforme aux conditions
Rationalité substantive des acteurs	Rationalité procédurale des acteurs	Non conforme aux conditions

Source : Présenté par l'auteur

Les mécanismes de coordination (les PPP notamment) portés par des contrats de type relationnel sont donc par nature imprécis et flexibles par rapport aux discours et objectifs des partenariats.

En conséquence, ils ne respectent pas les conditions d'une coordination efficace. **On peut donc douter de la capacité des divers fondements théoriques des partenariats (théorie des parties prenantes, responsabilité sociale des entreprises, agenda de la gouvernance porté notamment par la Banque mondiale -*cf.* chap 5-) à conduire à un fonctionnement efficace des partenariats public-privés**. Ces théories reposent sur un cadre normatif qui ne prend pas en compte le fait que les acteurs ne sont pas seulement opposés par leurs intérêts égoïstes (comme les agents économiques) mais également par leurs visions du monde, donc par la dimension politique. L'idéal objectiviste et l'approche « gagnant-gagnant », qui sont les principaux piliers

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

des partenariats public-privé, ne prennent pas en compte cette réalité structurelle. Les fondements théoriques de ces partenariats, notamment l'approche « gagnant-gagnant », présentent, comme l'indiquent Boidin et Lesaffre (2010, p. 336), « *une vision non conflictuelle des relations entre les entreprises et leurs « parties prenantes », vision qui se heurte à une réalité qui, au contraire, fait apparaître des rapports de force déséquilibrés* ».

******

L'objectif de ce chapitre 8 était de savoir si les mobilisations à l'œuvre dans la lutte contre le paludisme n'ont pas rendu la coordination des acteurs plus difficile. Nous avons montré, à travers une analyse du fonctionnement de *Roll back malaria*, que l'objectif de coordination se fait encore attendre. Ceci a été aussi souligné par les différents rapports d'évaluation indépendante de ce partenariat public-privé dont la coordination des actions figurait parmi les objectifs fondateurs. Si les raisons de cette difficulté de coordination peuvent être multiples, la principale explication apportée ici est tirée de notre interprétation du cadre théorique des contrats partenariaux. En effet, nous avons cherché à montrer que le plan d'action stratégique, comme tout mécanisme partenarial de coordination, préalable nécessaire à la coordination, est un « contrat relationnel », un document négocié entre des acteurs variés. Pour être adoptés par l'ensemble des acteurs, ces documents doivent refléter la diversité des acteurs. Cette prise en compte nécessaire de la pluralité des images conduit à une forme de coordination qui ne réduit en rien la dispersion, mais au contraire conduit à l'élaboration de mécanismes de coordination « perméables » à la dispersion. Le plan d'action ne découle pas d'une sélection de moyens dits optimaux d'action, d'arbitrages « coût efficaces », mais d'arbitrages « politiques ». Il s'agit de trouver une formulation satisfaisante qui prenne en compte les images politiques des différentes parties prenantes dans le seul but de conduire à l'action. En dernière analyse, ce chapitre illustre l'idée selon laquelle l'hétérogénéité des partenaires en termes d'images politiques est la cause première de la dispersion. **En effet, il est difficile, voire impossible, d'obtenir un consensus sur des objectifs limités ou des instruments optimaux une fois qu'il est admis que les acteurs en partenariat sont guidés par des images politiques différentes**. Or le choix d'objectifs limités et des moyens optimaux est la condition principale d'une coordination efficace.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, nous pouvons déplorer un processus stratégique qui semble obliger à choisir entre l'inaction ou une petite action (l'action d'une minorité) facile à coordonner (conditions d'efficacité) et l'action massive (mobilisation importante) impossible à coordonner.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Chapitre 9 : La coordination de l'aide : un objectif aux présupposés contestables

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ce neuvième chapitre discute, pour clôturer la thèse, l'idée, devenue dominante parmi les bailleurs des fonds, selon laquelle la coordination accrue de l'aide au développement serait un objectif pertinent en vue d'en améliorer l'efficacité. **C'est donc la pertinence de la coordination elle-même qui est questionnée** dans ce chapitre.

Pour traiter cette question, nous examinons une modalité de coordination non encore abordée dans cette thèse : **l'adoption d'un modèle d'allocation unique.** En effet, le consensus établi autour de la lutte contre la pauvreté (objectif n°1 des OMD) va rendre cruciale la question de savoir comment atteindre au plus vite cet objectif. Plusieurs travaux expliquent alors comment répartir l'aide pour atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté avec la plus grande efficacité possible (Collier et Dollar, 2000, 2001 ; Guillaumont et Chauvet, 2001 ; Collier et Hoeffler, 2004 ; Hansen et Tarp 2000, 2001) ou avec une certaine équité internationale sans renoncer pour autant à l'objectif d'efficacité (Cognau et Naudet, 2004). Chacun de ces modèles se veut être la référence pour une répartition efficace de l'aide. L'objectif ultime est d'amener les donateurs à s'entendre sur un modèle « optimal » d'allocation internationale de l'aide. Globalement, la volonté de promouvoir l'utilisation d'un seul modèle d'allocation par l'ensemble des donateurs est en phase avec l'injonction à une plus grande coordination des donateurs dont les avantages ont été annoncés dans l'introduction générale et présentés dans le chapitre 7. **Cependant, cette modalité de coordination, bien qu'ayant des implications pour le secteur de la santé, n'est pas encore d'usage dans ce domaine. Mais son analyse critique est riche d'enseignements pour l'agenda de la coordination.** Elle montre en particulier que malgré « le consensus » sur l'objectif de réduction de la pauvreté, les donateurs, comme les milieux académiques, ont du mal à s'entendre sur un modèle unique d'allocation[444].

Le chapitre 9 est articulé autour de trois sections. Dans la première, nous présentons les arguments et enseignements aux quels la littérature aboutit concernant l'inefficacité de l'aide dans les années 1980-1990. Dans la deuxième section, nous établissons que la multiplication des modèles d'allocation, à laquelle nous avons assisté depuis le début des années 2000, traduit le choix de variables différentes qui renvoient à des considérations sociopolitiques distinctes. La troisième section est consacrée à la discussion critique et à la remise en question des travaux qui ont fondé l'agenda de la coordination. Nous tentons de montrer en particulier que l'agenda d'une coordination qui passerait par l'adoption d'un modèle unique d'allocation, et qui a tenu en

[444] Les autres modalités de coordination (plan d'action stratégique, aide programme, document de stratégie de réduction de la pauvreté etc.) ont été traitées dans le chapitre 7 et 8.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

haleine toute la communauté d'aide pendant plus d'une décennie, repose sur une hypothèse de départ contestable. Cette hypothèse, rarement présentée de façon explicite, considère que la dispersion de l'aide (évaluée à partir de la pluralité des modèles d'allocation effective –constatée) dans les années 1980-1990 vient de la prépondérance et de la diversité des motivations stratégiques dont on affirme qu'elles dominent les autres objectifs légitimes de l'aide. Nous indiquons également comment les limites de ces travaux, largement ignorées par les institutions internationales, remettent en cause le projet de coordination. Ces limites portent sur l'ignorance du rôle des représentations sociopolitiques (images politiques) dans l'analyse de la dispersion de l'aide.

1. Le constat des donateurs autour de l'inefficacité de l'aide

Dans cette section, nous expliquons comment les travaux sur l'aide sont arrivés à l'idée selon laquelle il faut que les donateurs se coordonnent. Pour cela nous revenons sur les raisons associées à l'inefficacité de l'aide dans les analyses menées durant les années 1980-1990. Ainsi, nous nous penchons tout d'abord sur les enseignements tirés des travaux sur les causes de l'inefficacité de l'aide (1.1.), pour ensuite montrer que l'objectif de coordination découle de ces enseignements (1.2.).

1.1. Une diversité de motivations stratégiques néfaste

Les enseignements tirés des analyses menées dans les années 1990 sur les raisons de l'inefficacité de l'aide convergeaient tous vers l'idée que la prédominance des motivations stratégiques et leur hétérogénéité sont à l'origine de l'inefficacité de l'aide. Il s'agit respectivement du détournement de l'aide de ses objectifs officiels et des lourdeurs générées par une aide devenue de plus en plus dispersée avec l'augmentation et la diversification des donateurs. Les différences de motivations stratégiques conduiraient chaque donateur à développer ses propres procédures d'allocation pour donner une visibilité à ses activités d'aide. Dans ce qui suit nous revenons sur les travaux qui ont conduit à ces enseignements.

1.1.1. Les motivations stratégiques et le détournement de l'aide de ses objectifs

Selon un certain nombre de travaux, les pays donateurs n'auraient pas hésité à privilégier des considérations stratégiques (guerre froide, lutte contre le terrorisme, achats d'alliances ou de votes) par rapport aux questions de développement. À la question de savoir quels sont les

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

objectifs que poursuivent les donneurs, plusieurs travaux ont répondu que le développement est un objectif parmi tant d'autres et qu'il ne serait même pas un objectif dominant. Par exemple, pour les États-Unis durant toutes les trois décennies de guerre froide, l'aide était censée favoriser la stabilité politique et cela dans l'intérêt stratégique des États-Unis (Gunning, 2005). Le motif humanitaire n'était guère important. Alesina et Dollar (2000) aboutissent, eux aussi, à la conclusion qu'il existe un décalage entre la rhétorique et la pratique des bailleurs de fonds. Le fait qu'un pays reçoive de l'aide ne dépend ni des ses besoins ni de la qualité de ses politiques, mais des considérations stratégiques comme le passé colonial ou ses votes aux Nations unies. Ces conclusions renouvellent en réalité des travaux plus anciens comme ceux de McKinlay et Little (1979, p. 243) et de Maizels et Nissanke (1984, p. 891). Les pays riches poursuivraient des objectifs très différents et la promotion du développement ne serait pas leur priorité. Il semble évident que l'on peut difficilement espérer que l'aide soit efficace en matière de réduction de la pauvreté ou de croissance économique si ce ne sont pas ses principaux objectifs (Gunning, 2005). Les motivations stratégiques empêcheraient donc que les donateurs ne se concentrent sur l'objectif légitime et évident que serait le développement, c'est-à-dire une croissance réductrice de la pauvreté.[445] Elles se combineraient en outre avec, et favoriseraient, les problèmes de mal gouvernance (corruption, détournement, captation de rentes) dont se rendent coupables les autorités locales et qui ont conduit à la construction d'un « agenda de la gouvernance » par les Institutions de Bretton Woods (*cf*. Cartier Bresson, 2010), censé favoriser la transition vers des régimes de gouvernance démocratiques.

Mais les problèmes que posent les motivations stratégiques ne se limitent pas à ce détournement de l'aide de ses objectifs officiels. Elles auraient conduit, en raison de leur variété, à une dispersion des activités d'aide nuisible à leur efficacité.

1.1.2. Les motivations stratégiques et la dispersion de l'aide

Le deuxième élément du diagnostic qui s'impose à la fin des années 1990, nous l'avons vu tout au long des chapitres précédents, est que l'aide publique au développement (APD) n'a pas su s'adapter à un environnement institutionnel, économique et politique, en rapide mutation,

[445] Parmi les analyses économétriques qui insistent sur l'importance des liens historiques et commerciaux et des intérêts stratégiques des pays donateurs dans leur allocation d'aide, nous pouvons citer : les analyses de Gang et Lehman (1990) et Meernik, Krueger et Poe (1998) pour l'aide américaine, de McGillivray et Oczkowski (1992) pour l'aide de la Grande-Bretagne, de Khadka (1997) pour l'aide au Népal, de Dudley et Montmarquette (1976), Alesina et Dollar (1998, 2000), Alesina et Weder (1999, 2002) et de Boone (1996) pour l'aide totale.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de plus en plus mondialisé, complexe et interdépendant. Les experts vont de plus en plus pointer, en plus d'autres facteurs comme la gouvernance, les problèmes liés à l'organisation, la gestion et l'acheminement de l'aide comme le montrent les différents travaux sur une allocation optimale de l'aide et l'agenda de la coordination (Forum de Rome, Déclaration de Paris, Forum d'Accra). L'APD se serait donc montrée incapable de produire les effets globaux attendus sur la croissance économique et les grandes variables macroéconomiques et sociales des pays en développement, parce qu'elle est trop fragmentée, tient peu compte des réalités, des besoins réels et spécificités locales, et manque souvent de cohérence tant dans ses objectifs que dans ses résultats (Lecomte, Naudet, 2000). La présomption du lien entre la fragmentation de l'aide et les motivations stratégiques est beaucoup plus claire avec l'analyse de Polet et Zacharie (2008). **Pour eux la traduction de l'objectif de coordination en actions vertueuses sur le terrain, porteuses de changements durables en termes de conditions de vie des populations en développement, butte sur des intérêts nationaux de tous types qui continuent à prédominer sur leur agenda (influence géopolitique, exigence de visibilité, placement d'une assistance technique, etc.).** C'est ce qui expliquerait selon Polet et Zacherie (2008) la fâcheuse tendance des donateurs à faire prévaloir leurs propres objectifs et l'efficacité de leur propre modèle à l'exclusion de ceux des autres.

C'est essentiellement ce constat, décrit ci-dessus, qui conduira la communauté internationale à donner à la coordination le rang de priorité internationale. L'idée est qu'en amenant les donateurs à s'entendre sur des objectifs et des procédures communs, la communauté internationale et la société civile pourront, en imposant la transparence, réduire, voire évacuer les effets négatifs des motivations stratégiques.

1.2. Une coordination nécessaire

L'injonction à une coordination des donateurs vient, comme nous l'avons indiqué plus haut, de l'idée que l'aide serait inefficace parce que dispersée et systématiquement détournée de ses objectifs officiels. Pour éliminer ces problèmes, deux axes de coordination, intimement liés, sont lancés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.2.1. L'entente sur un nombre d'objectifs limités, voire un objectif unique

L'une des causes de l'inefficacité de l'aide étant attribuée au détournement de l'aide de ses objectifs officiels, c'est en toute logique que la communauté internationale s'engagera en faveur de l'adoption concertée d'un seul objectif, l'espoir étant d'éliminer les « instrumentalisations » stratégiques. Cette visée de définition concertée de l'objectif de l'aide va être atteinte en 2000 avec l'adoption de la lutte contre la pauvreté comme priorité (*cf.* chap. 7). Cependant des voix discordantes apparaissent pour souligner le caractère limitatif de cet objectif comme le montre l'encadré 31.

Encadré 31 : Le caractère limitatif de l'objectif de réduction de la pauvreté

La première priorité des objectifs du millénaire pour le développement adoptés en septembre 2000 par l'assemblée générale des Nations-Unies est de réduire de moitié la proportion de ceux qui vivent avec moins d'un dollar par jour et de ceux qui souffrent de la faim. Un large consensus entoure ces objectifs du millénaire pour le développement (OMD) depuis les années 2000. Pourtant, les OMD comportent un certain nombre de limites qu'il convient de préciser. Rappelons que pour la communauté internationale rassemblée autour des OMD, les pauvres sont ceux qui vivent avec moins d'un dollar par jour.[446] La primauté donnée à cet indicateur traduit un a priori fondamentalement économiste selon laquelle le niveau de satisfaction des autres besoins (tels que la santé et l'éducation) dépend des capacités données par le revenu, et inversement (santé et éducation devenant capital humain). C'est une approche qui néglige la question des inégalités et la question de la vulnérabilité.

Une lutte contre la pauvreté axée sur la croissance ne traite pas la question des inégalités existantes et celles susceptibles d'être créées par la croissance. Or la pauvreté est intrinsèquement liée aux inégalités. Il est impossible de définir la pauvreté sans référence à la richesse. Il existe une relation dialectique entre les deux. La richesse des uns crée la pauvreté des autres, pas tant du fait d'un prélèvement-pillage, d'un point de vue quasi mercantiliste, mais parce que cette pauvreté est exacerbée par un désir mimétique. Ces inégalités entrainent le non-respect de l'équité intra-générationnelle et accroît les risques de dysfonctionnements et de blocages sociaux.

Par ailleurs, la faiblesse, voire l'absence de revenu n'est pas la seule cause de la pauvreté. Les causes de l'entrée dans la pauvreté peuvent aussi être celles de l'insécurité des biens et des personnes, les catastrophes naturelles, les guerres civiles et les conflits armés, les variations des prix de produit exportés et les crises conjoncturelles ou sectorielles. Cette pauvreté chronique a crû avec l'essor des politiques néolibérales qui ont pour conséquence d'étendre la pauvreté en confondant précarité et incitation au travail. Ainsi, une définition de la pauvreté centrée sur le revenu devrait intégrer non seulement le revenu moyen journalier (le fameux dollar journalier) ou un panier des biens et services, mais aussi les fluctuations de ce revenu au cours d'une période donnée, l'ampleur de ces fluctuations et leur fréquence. On peut d'ailleurs remarquer que la Banque mondiale reconnaît la pertinence de cette approche. Son Rapport sur le développement dans le monde 2000 donne l'exemple d'une étude menée pendant neuf années dans les villages du Sud de l'Inde : 20% des ménages étaient restés en permanence au-dessous de la ligne de pauvreté et 12% seulement toujours au dessus. 88% des ménages avaient donc connu la pauvreté au moins une fois au cours de l'enquête. De façon générale, les populations « parfois pauvres » (entre 22 et 60% de la population totale) sont plus nombreuses que les populations « toujours pauvres » (6 et 25% de la population) (Winter, 2002, p. 80). Ceci signifie que réduire la pauvreté (la proportion de pauvres), à travers des politiques basées sur les documents de stratégie de réduction de la pauvreté, ne

[446] Il est possible de critiquer la notion même de pauvreté à laquelle recourent les OMD. La définition de la pauvreté par un panier de biens et services auquel une personne a accès (ou l'évaluation de ce panier en termes de revenu monétaire) est discutable.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

suffit pas à assurer un développement socialement soutenable. En effet, certaines politiques de lutte contre la pauvreté peuvent engendrer des conséquences graves en termes de vulnérabilité comme d'inégalités.

Source : Présentation de l'auteur d'après Servet (2005), et Mahieu et Dubois (2004)

Parallèlement à l'agenda de construction d'un objectif commun, la communauté de l'aide va se lancer dans une démarche d'identification des procédures, des méthodes de répartition internationale permettant une maximisation de l'efficacité de l'aide**. L'idée est qu'identifier une procédure optimale est faisable puisque les donateurs sont déjà d'accord sur l'objectif à maximiser. Ensuite, on demandera aux donateurs de se « coordonner » en adoptant la procédure « optimale » ainsi identifiée**. Cette adoption est considérée comme facile en raison de l'efficacité démontrée de la procédure.[447]

1.2.2. L'entente sur un modèle d'allocation internationale unique et des procédures coordonnées

Pour éliminer le deuxième problème qu'est la dispersion des actions, il est demandé aux donateurs de s'entendre sur un modèle « optimal » d'allocation internationale de l'aide et des mécanismes de coordination comme les plans d'action stratégique que ce soit au niveau national ou des partenariats public-privés.

Dans la section qui suit (section 2), nous étudions la question de l'adoption d'un modèle unique d'allocation. Nous verrons que malgré « l'entente » sur l'objectif de réduction de la pauvreté, les donateurs, comme les milieux académiques, auront du mal à s'entendre sur un modèle unique d'allocation[448].

2. À la recherche d'un modèle « optimal » : les principaux modèles d'allocation internationale de l'aide et leurs implications pour l'aide à la santé

Dans cette section, nous montrons que la diversité des modèles d'allocation internationale de l'aide traduit le choix de variables différentes qui renvoient à des représentations sociopolitiques différentes, et à partir de là des priorités différentes. Pour l'étayer nous présentons et analysons les principaux modèles d'allocation poursuivant comme objectif la réduction de pauvreté afin de montrer que, malgré le consensus sur l'objectif de réduction de la pauvreté, l'adoption d'un modèle unique n'est pas encore une réalité en raison de la diversité des

[447] On retrouve donc la dimension objectiviste de l'agenda de la coordination.
[448] La question des procédures communes (plan d'action stratégique, aide programme etc.) a été traitée dans le chapitre 7 et 8.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

images politiques des donateurs. Nous étudions ici trois modèles qui apparaissent comme les plus importants. Pour chacun des modèles, nous procédons à une présentation analytique et à un examen de ses implications pour la santé en termes d'image politique.

2.1. Le modèle de Collier et Dollar (2000, 2001) et ses prolongements

2.1.1. Présentation des modèles

Nous présentons dans cette sous-section le modèle de Collier et Dollar et ses prolongements que constituent les modèles de Collier et Hoeffler (2002) et le modèle de Hansen et Tarp (2001).

- **Le modèle de Collier et de Dollar (2000, 2001)**

Le modèle d'allocation de Collier et Dollar (C&D) est devenu le plus influent de tous les modèles d'allocation proposés. Vers la fin des années 1990, l'aide traversait une crise de légitimité sans précédent. En effet, son rôle stratégique se trouvait largement réduit avec la fin de la guerre froide. De plus, nombre de travaux remettaient en cause la capacité de l'aide à améliorer la croissance dans les pays en développement (Mosley et *al*.,1987, 1991 ; Boone, 1996). C'est dans ce contexte propice à un changement de paradigme qu'on va passer de la question de savoir si l'aide est efficace à la question de savoir dans quelles conditions l'aide est efficace. Parmi les pionniers de ce nouveau paradigme sur l'efficacité de l'aide figurent Burnside et Dollar (1997, 2000). Le principal enseignement de leurs travaux est que l'aide est plus efficace dans les pays ayant mis en œuvre des politiques économiques « saines ». D'autres travaux viendront soit enrichir cet enseignement (Dollar et Levin, 2004 ; Rodman 2004) soit le nuancer. En effet, pour des auteurs comme Alesina et Dollar (2000), Berthélémy et Trichit (2004) et Berthélémy (2004), l'efficacité de l'aide est d'autant plus élevée qu'elle correspond aux besoins des pays receveurs. Le point commun de tous ces travaux est qu'une aide efficace est possible sous certaines conditions.

De ces analyses positives découlera très vite une approche normative. En se fondant sur les conclusions de Burnside et Dollar (1997, 2000) relatives à l'importance de la qualité des politiques économiques mises en œuvre dans le pays bénéficiaire et sur les travaux qui soulignent

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

la nécessité que l'aide corresponde aux besoins de bénéficiaires[449], Collier et Dollar (2001, 2002) vont proposer un modèle d'allocation « optimale » de l'aide, dans lequel la réduction de la pauvreté est accrue si l'aide privilégie les pays très pauvres ayant des politiques économiques et des institutions « de qualité ». Ce modèle d'allocation permettant de maximiser la réduction de la pauvreté à ressources constantes a eu un retentissement très important, tant dans le monde académique que dans la communauté des bailleurs de fonds. Selon eux, modifier l'allocation selon le schéma qu'ils retiennent permettrait de doubler le nombre de personnes sortant de la pauvreté entre 2001 et 2015. La portée politique de ces travaux a séduit la Banque Mondiale qui devient leur relais. L'encadré 32 ci-dessous fournit une présentation détaillée des éléments essentiels du modèle.

Encadré 32 : Le modèle de Collier et Dollar (2000,2001)

Collier et Dollar s'appuient sur une équation de croissance mettant en avant une efficacité de l'aide décroissante et différenciée selon la qualité de l'environnement politique et institutionnel.[450]

$$\Delta H/H = -\varepsilon.G = -\varepsilon.[f(PIB/hab.\ initial, région, ICRGE, CPIA, Aide, Aide2, Aide\ x\ CPIA) + u]. \quad (1)$$

Le taux de pauvreté monétaire (*H*) est censé varier avec la croissance (*G*) selon une élasticité ε. Les déterminants de la croissance sont écrits comme une fonction linéaire *f* mettant en jeu le PIB par habitant initial (en 1996), une indicatrice régionale (Afrique, Asie de l'Est, etc.), la variable ICRGE de qualité des institutions proposée par Knack et Keefer (1995), le *Country Policy and Institutional Assessment* (*CPIA*) calculé par la Banque mondiale, le ratio aide sur PIB et deux termes quadratiques : l'aide rapportée au PIB élevée au carré et l'aide rapportée au PIB croisée avec le *CPIA*. Le terme *u* recouvre tous les déterminants non observables idiosyncrasiques et/ou conjoncturels de la croissance.

Collier et Dollar déterminent alors la distribution de l'aide, à aide totale donnée, qui maximise le nombre de pauvres sortis de leur condition, ce qui revient à égaliser entre les pays les efficacités marginales de l'aide. L'aide optimale pour le pays *i* est obtenue selon la formule suivante :

$$a^{CD}_i = C1\ .\ CPIAi - C2\ .\ (1/\varepsilon i\ )\ .\ (yi/Hi)\ .\ Ni^b. \quad (2)$$

L'aide optimale versée à un pays dépend donc positivement de la qualité de ses politiques et de ses institutions (*CPIA*), de son taux de pauvreté (*H*) et de l'élasticité de la pauvreté à la croissance (ε), et négativement du niveau de PIB par habitant (*Y*) et de la population (*N*). *b* est un paramètre *ad hoc* indiquant le degré de préférence des donateurs pour les petits pays. Il vise à introduire dans l'allocation optimale l'influence de la population telle qu'elle est constatée dans la pratique des bailleurs de fonds : de même que l'aide par habitant, l'aide rapportée au PIB est en moyenne supérieure dans les pays les moins peuplés, par exemple les petites îles, notamment à cause d'indivisibilités. L'introduction de ce paramètre *b* permet à Collier et Dollar d'éviter que le principe d'efficacité conduise à attribuer l'essentiel de l'aide à un pays à la fois très peuplé, pauvre et bien noté par la Banque mondiale, comme l'Inde. *C1* et *C2* sont des constantes faisant intervenir les paramètres de l'équation de croissance estimée par Collier et Dollar,

[449] Précisons que cela n'apparaît pas de façon explicite dans leurs travaux et dans les travaux critiques du modèle de Collier et Dollar.

[450] Ce paragraphe concerne l'ensemble des travaux de Collier et Dollar, très proches quant à leur méthode. La présentation porte cependant sur l'article publié en 2001 dans *World Development* : Can the World Cut Poverty in Half ? How Policy Reform and Effective Aid Can Meet International Development Goals.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

notamment l'influence de la qualité des politiques sur l'efficacité de l'aide, et le montant total de l'enveloppe d'aide disponible.

Source : Présentation de l'auteur.

Dans ce qui suit nous présentons deux modèles qui ont permis d'enrichir le modèle de Collier et Dollar[451] de façon moins développée que la présentation du modèle de Collier et Dollar puisque le but est de montrer que ces modèles constituent un prolongement du modèle de Collier et Dollar. Nous verrons notamment que la proximité sur les considérations sociopolitiques est évidente.

- **Le modèle de Collier et Hoeffler (2002) : une efficacité meilleure en situation de post-conflit**

Si l'idée que l'aide est plus efficace en situation de post-conflit est récente, par contre l'effet négatif de l'instabilité politique et des guerres civiles sur la croissance des pays en développement est une thèse établie de plus longue date (Vieneris et Gupta, 1986 ; Alesina et Perotti, 1996 ; Guillaumont et *al*., 1999 ; Azam et *al*., 1996 ; Fosu, 1992 ; Haan et Siermann, 1996 ; Alesina et *al.* 1996). Les travaux économétriques, cités précédement, montrent en effet que quelles que soient la forme et la nature des instabilités considérées, leur influence sur la croissance ou l'investissement est fortement négative.

Toutefois, peu d'études ont analysé l'influence des guerres, de façon plus générale l'instabilité politique, sur l'efficacité de l'aide. C'est ce que Collier et Hoeffler (2002) ont tenté de faire en 2002. Plus exactement, ils ont examiné l'effet de l'aide sur la croissance en période d'après-guerre. Soulignons qu'il n'existe pas *a priori* de fondements théoriques permettant de déterminer si l'aide est plus ou moins productive dans les situations de post-conflit.[452] C'est pourquoi pour apprécier l'effet de l'aide en situation de post-conflit, Collier et Hoeffler (2002) procèdent en plusieurs étapes. Ils identifient tout d'abord s'il existe, dans cette période, un potentiel de croissance plus important indépendamment de l'aide et de la qualité des politiques économiques. Leur étude économétrique met en évidence que durant la première décennie

[451] Nous ne présentons pas les études de Dollar et Levin (2004), de Rodman (2004) parce qu'elles étudient des variantes du modèle de C&D. Elles partent toutes de l'étude de Burnside et Dollar (1997, 2000) relative à la relation entre aide et croissance.

[452] En effet, la nécessité de reconstruire les pays, conjuguée à l'effondrement des revenus nationaux, est susceptible de créer un environnement dans lequel l'aide est particulièrement efficace. Mais l'argument inverse peut également être avancé : les sociétés ayant traversé des guerres civiles font face à une corruption persistante ce qui, combiné à la faiblesse de l'administration et des institutions, peut rendre l'aide moins efficace

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'après-guerre, il existe un pic de croissance entre la quatrième et la septième année.[453] C'est aussi pendant cette période de pic de croissance que l'aide est plus efficace, la capacité d'absorption (qui peut se définir comme la capacité du bénéficiaire à décaisser les fonds alloués suivant un calendrier donné, mais aussi à les investir dans des projets ayant un fort impact sur le développement) de l'aide par les pays étant alors environ le double de la capacité normale. Cette capacité d'absorption dépend des politiques économiques mises en œuvre par les pays et malgré la plus faible qualité de ces politiques dans les sociétés en situation de post-conflit, l'aide se révèle beaucoup plus efficace.

Ainsi, Collier et Hoeffler considèrent que « *les pays en situation d'après-guerre constituent une exception importante à la proposition selon laquelle, pour des niveaux donnés de pauvreté, l'aide devrait être moins importante dans les pays ayant de mauvaises politiques économiques* » (Collier et Hoeffler, 2002, p.8). Selon ces auteurs, l'aide devrait donc être dirigée prioritairement dans les zones de post-conflit et augmenter dans les premières années de paix, pour ensuite diminuer progressivement. Le modèle de Collier et Hoeffler est donc centré **sur la prise en compte des situations de post-conflit** alors que celui de Collier et Dollar est essentiellement axé **sur la prise en compte de la bonne gouvernance**. Les deux se rejoignent sur l'importance **accordée à la croissance pour améliorer la situation socioéconomique dans les pays en développement**

- **Le Modèle de Hansen et Tarp (2001) : la prise en compte de la capacité d'absorption**

D'après Hansen et Tarp (2001), l'existence de rendements marginaux décroissants[454] de l'aide remet en cause les résultats économétriques de Burnside et Dollar (2000). Ce rendement marginal décroissant, interprété comme une capacité d'absorption des pays en développement, est un point central du débat sur le financement des Objectifs du Millénaire pour le développement. Une plus grande efficacité est l'argument utilisé pour mobiliser d'avantage d'aide. Le sommet du millénaire que le sommet de Montery en 2002 appellent, par exemple, à un

[453] Ils expliquent la plus faible croissance des trois premières années d'après-guerre par la très forte incertitude liée à cette période et par la faiblesse de l'Etat.

[454] Il existe de nombreuses raisons pour que les rendements de l'aide diminuent après un certain seuil. On peut citer : le « syndrome hollandais » selon lequel des niveaux élevés d'aide peuvent avoir une influence négative sur la compétitivité de l'économie et sur les perspectives de croissance. Il est aussi possible que les dépenses supplémentaires du gouvernement aient des rendements décroissants. En effet, si un gouvernement met en œuvre des projets et programmes de dépenses par ordre de priorité, le projet financé par une aide additionnelle aura des rendements inférieurs à la moyenne des projets qui ont déjà été financés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

accroissement important de l'aide dont l'efficacité est jugée dépendre de la capacité d'absorption des pays.

En introduisant simultanément dans une estimation de croissance le terme d'aide au carré et le terme interactif d'aide avec les politiques économiques, Hansen et Tarp montrent en effet que seule l'aide au carré a un effet significatif. Ainsi, selon eux, le terme d'aide croisée avec les politiques économiques ne faisait, dans les estimations de Burnside et Dollar, que prendre en compte des non-linéarités dans la relation aide-croissance, non-linéarités que le terme d'aide au carré saisit de façon plus appropriée. Les implications de ce résultat sont importantes puisqu'il suggère que l'efficacité de l'aide des pays en développement dépend plus de leur capacité d'absorption (voir encadré 33) que de la qualité des politiques économiques[455] mises en œuvre.[456] Il conviendrait donc logiquement d'accorder plus d'attention à la capacité d'absorption qu'à la nature des politiques économiques.[457] **Bien que partageant l'intérêt pour la croissance avec les modèles précédents**, le modèle de Hansen et Tarp s'en distingue **par la prise en compte de la capacité d'absorption**.

Encadré 33 : Capacité d'absorption : réalité objective ou subjective ?

La capacité d'absorption désigne la capacité d'un pays ou d'une organisation à recevoir de l'aide et à l'utiliser efficacement. Souvent, on considère que les pays en développement n'ont pas cette capacité. Par exemple :

- un pays peut recevoir suffisamment d'argent pour permettre à tous les enfants d'aller à l'école primaire, mais être incapable d'utiliser cet argent dans l'immédiat parce qu'il manque de professeurs ou d'écoles, ou parce que sa structure administrative est inadéquate. Il doit d'abord former des professeurs, construire des écoles et améliorer l'efficacité de sa structure administrative, et augmenter ainsi sa ''capacité d'absorption[458]''.
- l'utilité marginale de l'aide a tendance à décliner au-delà d'un certain montant d'aide.

La faible capacité d'absorption est, très souvent, la raison invoquée pour justifier le niveau faible de l'aide dans les pays pauvres, notamment les PMA. Mais la faible capacité d'absorption peut provenir du comportement des donateurs notamment à travers les règles et bonnes pratiques adoptées par l'OCDE ou la Banque mondiale (Madaule, 2008). Ces règles élaborées par des administrations hautement formées des pays les plus riches peuvent facilement dépasser la capacité administrative des PED. Ces règles et bonnes pratiques sont par ailleurs imprécises et peuvent être donc instrumentalisées par les donateurs. Au nom

[455] Il s'agit des politiques recommandées par Collier et Dollar (maîtrise de l'inflation, équilibre budgétaire et mise en œuvre de politiques d'ouverture commerciale etc.)

[456] Cependant, Gomanee et *al*., (2003) ont récemment trouvé des résultats opposés à ceux de Lensink et White (2001) et Hansen et Tarp (2001). Gomanee et *al*. ne recourent pas à l'introduction d'une variable d'aide au carré, mais utilisent une méthode économétrique plus élaborée développée par Hansen (2000).

[457] Les institutions considèrent par contre que des politiques d'aide de « qualité » améliorent la capacité d'absorption.

[458] Exemple donné par le site de traduction –Babylon- et disponible en ligne : http://www.babylon.com/definition/Capacit%C3%A9_d%27absorption/French

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

des bonnes pratiques, un donateur peut refuser à un pays de l'aide en invoquant : faible gouvernance, fragilité, corruption. Or ce sont là les éléments caractéristiques des PMA.

Source : Présentation de l'auteur

Après cette présentation, voyons ce que ces modèles impliquent pour l'aide à la santé, notamment en termes d'images politiques.

2.1.2. Application à l'aide à la santé : quelles implications en termes d'images politiques ?

Les modèles d'allocation que nous avons présentés plus haut traitent de l'aide dans sa globalité. Dans cette sous-section, nous voulons d'abord, en transposant les modèles d'allocation dans le domaine de la santé, identifier les images qui se cachent derrière ces modèles. Ensuite, nous confrontons les images ainsi révélées avec celles que nous avons déjà identifiées dans les chapitres 3, 4 et 5. Nous verrons en particulier comment les images issues des modèles d'allocation se rattachent ou non à celles déjà identifiées.

- **Le modèle de Collier et Dollar**

L'adoption de cette approche dans le domaine de l'aide à la santé signifierait que l'aide est allouée à la santé dans la mesure où elle a un impact sur le développement à travers la croissance. Le modèle de Collier et Dollar inscrit donc les actions dans ce domaine dans une perspective de développement et non de droits humains ou de sécurité. Cette approche est en phase avec plusieurs travaux récents (OMS, 2001 ; *Global Forum for Health Research*, 2005 ; Aghion et Howitt, 2005 ; Canning, 2005…) et ont reconnu son importance. Berthélemy (2008) donne par exemple à la santé un rôle de déclencheur de développement, en soulignant que l'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif dans le démarrage de leur processus de développement. Quant à l'impact de la qualité de la gouvernance, Kosack (2003) indique que l'aide n'a un effet sur les indices de développement humain (IDH) que dans les systèmes démocratiques. Et Boone (1996) conclut que la mortalité infanto-juvénile est plus importante dans les pays qui ne sont pas démocratiques. Berthélemy et Seban (2009) montrent, enfin, que la bonne gouvernance influence la distribution de l'accès aux services de santé dans des structures publiques dans le sens d'une meilleure équité. Au final, la santé ne serait légitime que si elle permettait, à travers la croissance, de sortir

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'avantage de personnes de la pauvreté. **L'image politique du modèle est donc une approche qui présente la santé comme un levier de développement.**

- **Le modèle de Collier et Hoeffler**

Si on se situe dans le domaine de la santé, l'intérêt du modèle de Collier et Hoeffer est de renforcer la légitimité de l'aide d'urgence. En plus des raisons éthiques (sauvetage de vies lors et dans l'après immédiat des conflits), cette forme d'aide aurait une certaine efficacité en termes de développement. Ce qui nous ramène **à la légitimation par le développement** que nous avons déjà exposée dans la section portant sur **l'implication pour la santé du modèle de Collier et Dollar.**

- **Le modèle de Hansen et Tarp**

Le modèle de Hansen et Tarp souligne la nécessité de prendre en compte la capacité d'absorption si les donateurs veulent maximiser l'efficacité de l'aide. **Ce modèle impliquerait pour la santé une légitimation par le développement.** Rappelons que la capacité d'absorption telle que définie par les institutions internationales renvoie à la capacité du pays bénéficiaire à gérer « efficacement » une aide accrue ; cette efficacité étant évaluée par la croissance économique. Mais à la différence du modèle précédent, celui de Collier et Hoeffler, le paramètre déterminant n'est pas le *timing*[459], mais la bonne gouvernance considérée comme étant le moyen pour accroître la capacité d'absorption (*cf.* Encadré 34). **En conséquence, on retrouve une légitimation de la santé à travers sa capacité à contribuer soit directement à la croissance, soit indirectement à travers le renforcement des institutions. Les implications de ce modèle rejoignent ainsi celles de Collier et Dollar.**

Appliqués à la santé, ces trois modèles conduiraient à une aide à la santé légitimée par la capacité de cette dernière à conduire au développement au moyen d'une croissance accrue.

Le modèle de Collier et Dollar et ses prolongement vont susciter d'intenses débats, tant au niveau institutionnel qu'au niveau académique. Plusieurs critiques leurs ont été adressées,

[459] Intervenir immédiatement après le conflit

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

certaines portant sur leurs faiblesses méthodologiques, d'autres sur les arguments avancés par leurs auteurs. Les remises en cause essentielles sont celles ayant trait aux autres déterminants de l'efficacité de l'aide, donc aux critères qu'il convient de prendre en compte dans le modèle d'allocation.[460] On reproche aux travaux de Burnside-Collier-Dollar de n'avoir pas pris en compte tous les déterminants de l'efficacité. Nous pouvons citer la prise en compte de la vulnérabilité économie des pays (Guillaumont et Chauvet, 2001), et des différences de handicap (Cognau et Naudet, 2004, 2007). Dans ce qui suit nous présentons et analysons ces deux modèles.

2.2. Le modèle de Guillaumont et Chauvet (2001) : l'influence de la vulnérabilité sur l'efficacité de l'aide

2.2.1. Présentation du modèle de Guillaumont et Chauvet

Si Guillaumont et Chauvet ne sont pas les seuls à avoir développé cette idée, ils sont représentatifs de cette approche.[461] Selon ces auteurs, à côté de la qualité des politiques économiques, la vulnérabilité influence l'efficacité de l'aide. Les pays en développement subissant des chocs externes économiques et climatiques peuvent nécessiter plus d'aide. Et l'aide, si elle permet de compenser l'effet néfaste de ces chocs pour la croissance, pourrait être alors plus efficace dans ces pays (Amprou et Chauvet, 2004). En effet, les pays vulnérables aux chocs extérieurs peuvent avoir besoin d'une forme d'assurance aux chocs leur permettant d'éviter les interruptions ou les fortes diminutions de la croissance économique. Dans ce cas, la contribution de l'aide à la croissance serait plus importante dans les pays subissant de tels chocs.

Cette hypothèse a été testée par Guillaumont et Chauvet (1999, 2001). Dans la tradition des équations de croissance de Burnside et Dollar, ils introduisent un terme interactif d'aide avec la vulnérabilité structurelle des pays. La variable de vulnérabilité se compose de l'instabilité climatique[462], des chocs commerciaux de long terme[463] et des chocs commerciaux de court

[460] D'autres critiques essentielles portent sur le contenu normatif et contestable de l'indicateur CPIA (indicateur de gouvernance) et sur la non prise en compte des trajectoires socio-historiques des pays (voir Cartier-Bresson, 2010).
[461] L'effet négatif de l'instabilité des exportations sera aussi souligné par Ramey et Ramey (1995), Guillaumont et al. (1999), Easterly et al. (1993), Rodrik (1998). Collier et Dehn (2001), eux, se sont focalisés plus spécifiquement sur les liens entre l'efficacité de l'aide et les chocs de prix des exportations – une composante de la vulnérabilité.
[462] Saisie par l'instabilité de la valeur ajoutée agricole pondérée par la part de la valeur ajoutée agricole dans le PIB.
[463] Pris en compte par la tendance des termes de l'échange.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

terme[464]. Enfin, la population est introduite pour prendre en compte l'exposition structurelle aux chocs commerciaux, les grands pays étant moins vulnérables à ce type de chocs[465] .

Les estimations économétriques de Guillaumont et Chauvet suggèrent que la vulnérabilité économique des pays a un impact négatif sur leur croissance. De plus, il semble que l'efficacité de l'aide est d'autant plus importante que la vulnérabilité est grande – l'aide permet de compenser l'effet négatif de la vulnérabilité sur la croissance. En outre, et contrairement aux résultats de Burnside et Dollar, le terme interactif de l'aide avec les politiques économiques perd son caractère significatif quand la vulnérabilité est prise en compte. Ce résultat souligne l'importance de prendre en compte la vulnérabilité structurelle des pays en développement dans un hypothétique modèle « universel » d'allocation. L'aide aux pays les plus vulnérables permettant non seulement de compenser une perte en bien-être, mais aussi d'accroître la contribution de l'aide à la croissance, et ainsi de concourir à la réduction de la pauvreté (Combes et Guillaumont, 2002). L'implication finale est que si l'aide est plus efficace dans les pays vulnérables aux chocs externes, alors il semble qu'une l'allocation d'aide visant à réduire la pauvreté devrait en tenir compte. Cet aspect est totalement ignoré par le modèle de Collier et Dollar.

2.2.2. Application du modèle de Guillaumont et Chauvet à l'aide à la santé : quelles implications en termes d'images politiques ?

Le modèle de Guillaumont et Chauvet vise la prise en compte de la vulnérabilité des pays liée aux chocs économiques dans la façon d'allouer l'aide au développement. Il s'agit donc d'une lecture macro de la vulnérabilité. Un État vulnérable peut connaître une baisse forte et imprévisible de ses recettes en raison par exemple d'une baisse des prix des matières premières sur le marché international. L'aide dans ces conditions peut lui permettre de tenir (assurer ses dépenses de santé, d'éducation et autre frais de fonctionnement) en attendant une amélioration de la situation. Dans une telle perspective, l'action dans le domaine de la santé (comme les autres secteurs d'ailleurs) est justifiée par la nécessité d'éviter un ralentissement de l'économie suite à un choc. L'aide à la santé joue dans ces conditions le rôle d'une assurance. La vulnérabilité à la Guillaumont et Chauvet ne permet finalement pas de penser une réelle politique de santé. Elle se

[464] Saisis par l'instabilité des exportations, pondérée par la part des exportations dans le PIB.
[465] L'indicateur composite de vulnérabilité est construit en pondérant ces quatre variables par leur impact sur la croissance.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

limite à un remplacement des financements locaux par un financement extérieur en cas de choc. Pour bien cerner les apports du concept de vulnérabilité en matière de politiques de santé, il faut faire appel à d'autres travaux. Ces travaux prenant en compte la santé dans toute sa complexité se situent au niveau micro, c'est-à-dire au niveau de l'individu. De façon générale, plus un individu doit faire face à une grande variété de risques ou à certains risques d'une grande intensité, plus il est vulnérable, inversement, plus un individu a un niveau élevé de *capabilities*, moins il est vulnérable (Rousseau, 2007). Cette dernière définit donc la vulnérabilité comme un rapport entre risque et *capabilities* : Vulnérabilité = Risque / *Capabilities*. Cette vulnérabilité est au centre de l'approche en termes de développement socialement durable (*cf.* Chap. 5). Un des objectifs majeurs du développement socialement durable est d'accroître les *capabilities* de façon équitable, donc de réduire la vulnérabilité. La problématique que traite traditionnellement le développement socialement durable est de savoir comment une personne combine de façon optimale ses différentes capacités pour réduire sa vulnérabilité (Dubois et Mahieu, 2002). Ces *capabilities* sont déterminées par plusieurs facteurs, notamment la santé.[466] À la différence de l'approche précédente, cette fois-ci la santé n'est pas seulement légitimée par son impact en termes de développement, mais son impact sur le bien-être. C'est pourquoi les auteurs qui se sont intéressés à la vulnérabilité (Dubois et Mahieu, 2004 ; l'ONU, 1997, 2001 a et b ; PNUD, 1998 ; Banque mondiale, 2001 et 2002) insistent sur la différence entre la vulnérabilité et la pauvreté, même si celle-ci crée une prédisposition *(susceptibility)* à être affecté par un événement imprévu *(hazard)* (Thomas, 2008). Augmenter la capacité des pauvres, tout comme le reste de la population, leur permettrait de faire face à leur environnement externe, de faire face à leur pauvreté, donc à améliorer leur bien-être[467] (*Well-being).* L'analyse économique de la vulnérabilité relèverait d'une approche qu'illustre bien le vieil adage « prévenir vaut mieux que guérir » en matière de lutte contre la pauvreté (Sirven, 2007). Dans une telle perspective, la légitimation de la santé est double. Elle participerait d'abord au renforcement du bien être à travers les *capabilities* et armerait les populations face à la pauvreté[468]. Ici l'action pour la santé viserait à améliorer les *capabilities* qui à leur tour vont aider les pauvres à faire face à leur pauvreté. Le lien avec le développement existe, mais il est indirect et il passe par l'articulation du «seuil de santé » et de la « trappe de sous développement humain » ou du « piège de sous développement humain[469] ». Le seuil de santé est, pour un individu, le niveau de santé minimal permettant à cette personne de mettre en œuvre ses *capabilities* (Boidin et Lardé, 2010). Quant à

[466] On peut citer aussi l'éducation, les équipements, l'existence de services publics.
[467] Perçu et objectif.
[468] Il peut s'agir de les aider à éviter la pauvreté ou à en sortir.
[469] Voir Berthélemy (2006) pour plus de détails.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

la « trappe de sous développement humain », elle renvoie à l'existence d'un seuil à partir duquel le niveau global de santé permet de maintenir la résilience[470] de la population dans un contexte de contraintes socioéconomiques fortes (Boidin et Lardé, 2010). L'enseignement principal de cette approche est qu'une faiblesse ou une diminution du niveau général de la santé d'une population (niveau micro) peut constituer un facteur de blocage pour le développement (niveau macro). Au total, **la vulnérabilité renvoie aussi bien à une approche de la santé en termes de développement qu'à une approche en termes de droits humains.**

2.3. Le modèle de Cogneau et Naudet (2004) : une allocation en termes d'égalité de chance

2.3.1. Présentation du modèle Cogneau et Naudet (2004)

Avant d'expliciter le modèle de Cognau et Naudet (2004, 2007), donnons quelques éléments qui le fondent puisqu'il diffère avec les modèles précédents en ce qu'il s'intéresse à l'équité en plus de l'efficacité. Le principe d'allocation selon les besoins a longtemps été hégémonique du point de vue normatif avant d'être contesté dans les années quatre-vingt-dix (Easterly, 1997). Une légitimation de l'aide fondée sur les performances de l'aide va devenir dominante comme nous l'avons vu précédemment avec les travaux de Burnside-Collier-Dollar. Pourtant, nous pouvons interpréter les OMD comme un retour spectaculaire des principes d'allocation fondés sur le besoin (Chauvet et *al*., 2008). Les travaux récents de cette école, en essayant d'identifier le financement extérieur nécessaire à la réalisation des OMD pour différents pays, renouvellent les travaux Chenery et Strout (1966). Pourquoi ce détour par les besoins pour parler de l'allocation de Cogneau et Naudet fondé sur le principe d'égalité des chances ? C'est parce que l'aide peut être vue comme un instrument de redistribution des richesses ou de compensation des handicaps. Les OMD comportent clairement une telle philosophie.

C'est pourquoi Cogneau et Naudet vont fonder leur travail sur le principe de justice distributive. Selon eux, l'allocation de Collier et Dollar présente en effet l'inconvénient majeur de laisser subsister de très larges inégalités de risques de pauvreté entre des individus vivant dans des pays dont les handicaps structurels sont très différents. D'où la volonté de construire un modèle d'allocation de l'aide, alternatif à celui de Collier et Dollar, qui permet à l'aide d'avoir un

[470] La résilience d'un système signifie sa capacité à absorber les chocs tout en maintenant ses fonctions principales, son organisation (Hollig, 1973, p. 1-23). Cité par Boidin et Lardé (2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

effet compensateur sur des handicaps tout en laissant les efforts dégager leur « récompense naturelle ».

Cogneau et Naudet ont choisi de respecter le plus possible les spécifications de Collier et Dollar, mais en retenant un principe d'allocation d'égalité des chances afin de comparer les principes normatifs d'efficacité et d'équité en matière de réduction de la pauvreté. Cogneau et Naudet commencent par effectuer une lecture « post-welfariste» des équations de croissance et de réduction de la pauvreté retenues par Collier et Dollar (voir encadré 34, ci-dessous).

Cela les conduit à distinguer dans les performances de croissance et de réduction de la pauvreté des pays, un effet dû à des handicaps structurels idiosyncrasiques et un effet dû aux efforts de politiques fournis et leur interaction éventuelle avec les handicaps. Par ailleurs, ils isolent l'effet de l'aide et de ses interactions avec les deux autres facteurs :

$$\Delta H/H^{471} = g1(handicap) + g2(effort, handicap) + g3(aide, effort, handicap). \quad (3)$$

Ensuite, ils vont appliquer une lecture « post-welfariste » au cadre utlisé par Collier et Dollar. Ils vont réinterpréter d'une part le *CPIA* comme le résultat d'un effort propre aux pays concernés et d'autre part les autres variables de l'équation (1), hormis l'aide, (PIB par habitant initial, région, institution, différentiel d'élasticité croissance/pauvreté) comme des éléments de handicap qui influencent le potentiel de croissance et de réduction de la pauvreté. Au total, l'aide optimale du point de vue de l'égalité des chances dépend premièrement et fondamentalement du handicap propre à chaque pays : taux de pauvreté initiale d'une part, perspectives de croissance et élasticité pauvreté/croissance d'autre part. Le poids relatif de ce premier élément de handicap par rapport aux deux autres varie évidemment en fonction de l'éloignement de l'horizon temporel considéré. Enfin, l'allocation optimale est secondairement sensible à la qualité des politiques au titre de l'augmentation associée de la capacité d'absorption.

Par construction, cette approche partage avec l'aide optimale du point de vue de la sélectivité une sensibilité forte à la pauvreté des pays. La qualité des politiques n'y intervient qu'au titre de la capacité d'absorption tandis que cette variable constitue la seconde variable fondamentale de l'approche par la sélectivité. En revanche, les perspectives de croissance n'interviennent pas du tout dans le principe de sélectivité. Enfin, l'élasticité de la pauvreté à la

[471] $\Delta H/H$ est un taux de pauvreté monétaire.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

croissance joue un rôle opposé dans les deux allocations. Alors que l'allocation selon l'égalité des chances conduit à considérer cette élasticité comme un élément de handicap et donc à la compenser, l'allocation selon la sélectivité favorise, toutes choses égales par ailleurs, les pays à forte élasticité, conformément à sa logique de maximisation de l'efficacité de l'aide (voir équation (2) ci-dessus). En particulier, pour un même taux de pauvreté, l'allocation de Collier et Dollar favorise les pays où les inégalités sont moins fortes et où la profondeur de la pauvreté (distance du pauvre moyen à la ligne de pauvreté) est moins accentuée.

Encadré 34 : Théories post-welfaristes et aide au développement

Rawls, appartenant au courant égalitariste, a constitué le point de départ de l'approche post-welfariste. Ce courant de pensée complète les analyses de Rawls et sur certains points les conteste. Il a apporté deux développements majeurs au point de départ de Rawls sur les questions de compensation et de responsabilité. Sen (1980) va contester Rawls sur la non prise en compte de l'inégalité des individus dans leur capacité à transformer les biens premiers en bien-être. Roemer (1996) formalisera enfin du point de vue de l'économie ce courant de pensée autour du concept d'égalité des chances. Les deux principes qui dirigent l'approche post-welfariste sont, d'une part, le principe de compensation des inégalités illégitimes et, d'autre part, le principe de récompense naturelle qui laisse libre cours à la rétribution résultant du juste produit des responsabilités de chacun.

En suivant Fleurbaey (1996), la formalisation de départ la plus simple d'une approche post-welfariste est la suivante : $y_i = f(t_i, e_i) + x_i$ où y_i est la réalisation de l'individu i, t_i sa dotation en talent/handicap ou circonstances, e_i son niveau d'effort personnel et x_i le montant de transfert opéré par les institutions sociales. Un programme d'allocation de transferts selon l'égalité des chances doit alors veiller à se rapprocher de deux principes : à effort égal, réalisation égale (principe de récompense naturelle) et à talent égal, transfert égal (principe de compensation).

Mais ces théories de la justice sont-elles transposables à la question de l'aide internationale ? L'approche post-welfariste est en particulier centrée sur la question de la responsabilité individuelle à l'intérieur des nations. Peut-on parler de la même façon de la responsabilité d'une nation, c'est-à-dire d'une responsabilité collective des citoyens de cette nation ? Sans prétendre répondre à une telle question, Cogneau et Nuadet (2004) avancent deux arguments qui plaident en faveur de la pertinence d'un regard post-welfariste sur l'allocation de l'aide :

- le premier argument est l'existence d'inégalités illégitimes entre les nations, et donc de façon collective entre les citoyens de ces nations. On peut en donner de nombreux exemples dans le domaine de la géographie (enclavement, richesses naturelles, climat, densité de population), de l'histoire (épidémies, traite, colonisation) ou même de l'économie (inégalités internes persistantes). Tous ces éléments sont des handicaps qu'il faudrait compenser.
- le second argument est que le point de départ des analyses récentes de l'efficacité et de l'allocation de l'aide est très proche du point de départ post-welfariste, dans le sens où il distingue deux types d'explications causales des performances des pays en développement : des variables exogènes avec lesquelles il faut composer (indicatrices régionales par exemple chez Collier et Dollar) et des variables d'action qui doivent être modifiées par des réformes (CPIA chez Collier et Dollar). Toute l'analyse des partisans de la sélectivité de l'aide repose implicitement sur la responsabilité des pays en développement quant à leurs performances, par le biais de la qualité du cadre politique et institutionnel qu'ils mettent en place.

Source : Présentation de l'auteur d'après Cognau et Naudet, 2004

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.3.2. Application du modèle de Cogneau et Naudet à l'aide à la santé : quelles implications en termes d'images politiques ?

La proposition de Cogneau et Naudet (2004, 2007), est une approche post-welfariste de la répartition de l'aide internationale. Les théories post-welfaristes, nées dans le prolongement des travaux de Rawls, cherchent à distinguer, pour allouer une aide, les effets séparés des efforts et des handicaps des bénéficiaires. L'aide doit ainsi avoir un effet compensateur sur des handicaps tout en laissant les efforts dégager leur « récompense naturelle ». C'est sur la base de ce principe, qui tient compte de la justice distributive, que les deux auteurs soutiennent que l'allocation de Collier et Dollar présente l'inconvénient majeur de laisser subsister de très larges inégalités de risques de pauvreté entre des individus vivant dans des pays dont les handicaps structurels (handicaps que le pays ne peut ni contrôler ni influencer) sont très différents. Cette analyse est en phase avec la réalité des inégalités sanitaires qu'on peut constater au niveau international. Aujourd'hui, dans les pays en développement, notamment intertropicaux, des déterminants environnementaux sont responsables de maladies diarrhéiques et de maladies transmises par les insectes qui en font des causes importantes de mortalité, de morbidité et d'incapacité chez les populations. Selon l'OMS (2002), les affections transmissibles, maternelles et nutritionnelles représentent plus de 73% des AVCI en Afrique alors qu'elles représentent 9,7% en Europe. Ceci ne serait pas dû à la seule qualité des politiques entreprises en Europe. On sait aujourd'hui que l'éradication du paludisme a été plus facile en raison du climat dans les zones tempérées (Europe du sud par exemple) que dans les zones intertropicales. La difficulté à combattre le paludisme, la dengue, le choléra et bien autres maladies tient souvent plus à un environnement climatique difficile qu'à un manque de volonté des populations locales. L'OMS[472] évalue à plus de trois millions le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui meurent chaque année de causes et d'affections liées à l'environnement. On peut donc aisément admettre que la répartition de l'aide à la santé tienne compte des handicaps. Ici l'absence de santé serait un handicap qui empêcherait les PED de se développer (voir Berthélémy 2008, pour le rôle de la santé dans l'émergence des pays asiatiques). **Une telle perspective légitimerait d'abord l'aide à la santé par un souci d'égalité des chances et de correction d'injustice. C'est pourquoi ce modèle inscrit la santé dans une perspective de droits humains.**

[472] Pour plus de détails, voir sur le site de l'OMS : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/fr/index.html (visité le 16 décembre 2010).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ces différents modèles centrés sur la réduction de la pauvreté par la croissance débouchent, dans le domaine de la santé, sur des approches qui légitiment différemment l'aide à la santé. Ces approches vont d'une légitimation par le développement à une légitimation par la justice en passant par la vulnérabilité comme le récapitule notre tableau 21 ci-dessous.

Tableau 21 : Les images politiques d'aide à la santé des modèles d'allocation

Le modèle	Images politiques	Spécificités prises en compte	Niveau d'analyse	finalité
Collier et Dollar et ses prolongements	La santé comme facteur de développement	Bonne gouvernance, timing, capacité d'absorption	Marco	Réduction de la pauvreté par le développement
Guilaumont et Chauvet	La santé comme un droit et un facteur de développement	Vulnérabilité	Micro et Macro	Amélioration du bien être et réduction de la vulnérabilité
Cogneau et Naudet	La santé comme droit humain	Handicaps, risque face à la pauvreté	Macro	Réduction des inégalités face à la pauvreté

Source : présentation de l'auteur

Les images politiques et spécificités qui émergent de ces modèles, en raison de leur diversité, sont autant de freins à une élaboration ou à une mise en œuvre collective des politiques d'aide. La diversité des **images politiques ainsi dévoilée rend impossible l'élaboration d'un modèle unique d'allocation dans le domaine de la santé.** En effet, partant de modèles qui poursuivent un même objectif (développement, lutte contre la pauvreté), nous avons abouti à des approches qui peuvent légitimer la santé différemment. La traduction de ces approches en politiques opérationnelles conduirait à plusieurs modèles d'allocation ou plans d'action. Là où certains demandent que soit prise en compte la qualité de la gouvernance, d'autres demandent que soient intégrées dans l'élaboration des politiques de santé le rôle de la santé dans la vulnérabilité des acteurs ou encore la correction des handicaps. Parlant de la sélectivité de l'aide globale, telle que Collier et Dollar (2001) l'ont analysée, Amprou (2005, p. 1) souligne « *qu'il est justifié de considérer simultanément d'autres critères de sélection des pays receveurs, notamment ceux qui reflètent les obstacles au développement tels que la vulnérabilité aux chocs extérieurs et la faiblesse du capital humain, […]* ». Or un seul modèle peut difficilement incorporer tous ces critères. La difficulté sera renforcée par le fait que les donateurs, étant guidés par des images politiques différentes, vont pondérer différemment ces critères. Ajoutons que d'autres images politiques, bien qu'envisageables, ne sont pas abordées ici puisque ignorées (ou non traitées de façon explicite) par les modèles d'allocation que nous avons présentés plus haut. On peut citer par exemple la santé comme un bien public mondial ou la santé comme facteur de sécurité.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Au total, nous voyons qu'un modèle ne peut épuiser l'étendue des critères que requiert un consensus complet sur un modèle ou la certitude que tous les facteurs affectant l'efficacité ont été pris en compte. Cette problématique est celle d'un modèle permettant de déterminer l'allocation optimale avec des critères multiples. Nous avons vu que le modèle de Collier et Dollar est relativement simple: un objectif (réduire la pauvreté) et deux critères (niveau initial de pauvreté monétaire et qualité des politiques économiques). Les autres constituent d'une certaine façon des tentatives d'élargissement des critères à prendre en compte. Bien entendu, une extension sans limite des critères est impossible. Le cadre de Collier et Dollar ne peut prendre en compte, par exemple, la faiblesse du capital humain (Amprou et *al*., 2005). Le consensus sur l'objectif n'a donc pas débouché sur un modèle unique d'allocation puisque toute formalisation en la matière est réductrice des déterminants de la pauvreté, lesquels sont influencés par nos représentations sociopolitiques. C'est pourquoi un traitement des problèmes de pauvreté au cas par cas, et non selon une loi universelle, semble plus adapté.

Après avoir relié la multiplication des modèles d'allocation à une pluralité d'images politiques, nous allons montrer que la coordination, telle qu'elle est souhaitée par les organisations internationales, est impossible en raison de son excessive focalisation sur les intérêts stratégiques des donateurs.

3. Une coordination impossible

Cette troisième section vise à remettre en cause l'agenda actuel de coordination. Pour cela nous mobilisons deux derniers arguments.

3.1. L'agenda actuel de coordination, en se focalisant sur les motivations stratégiques, ignore des freins importants à la coordination

Les motivations stratégiques sont-elles les seules raisons de la dispersion modèles d'allocation ? Comme nous l'avons indiqué plus haut, les années 1990 se sont terminées avec l'idée couramment admise que l'aide a été inefficace parce que détournée de ses objectifs. Pourtant des études plus récentes suggèrent qu'il faut nuancer l'hypothèse selon laquelle l'accroissement de l'aide aux pays pauvres pourrait ne pas résulter du motif qu'ils sont pauvres. Des études économétriques sur les motifs révélés des donneurs apportent des nouveaux

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

éclaircissements sur cette question.[473] Ces études montrent que durant les années 1970 et le début des années 1980, la répartition de l'aide entre les pays bénéficiaires était dictée à la fois par les besoins du bénéficiaire et les intérêts des donneurs. Il est apparu que, exprimée par habitant, même l'aide des États-Unis, souvent considérée comme servant le moins les intérêts du développement, allait principalement, au début des années 80, aux pays les plus démunis[474] (McGillivray et White 1993, McGillivray 2002). Ces résultats ont été confirmés par la quasi-totalité des travaux ultérieurs, y compris des études plus rigoureuses sur les plans analytique et économétrique, non seulement pour les grands donateurs bilatéraux mais aussi pour de nombreux petits donateurs (McGillivray, 2003). Ces travaux montrent, malgré toutes leurs limites méthodologiques que nous n'abordons pas ici, que si les donateurs prennent en compte leurs intérêts stratégiques, ils intègrent également dans l'aide d'autres objectifs parmi lesquels les besoins des bénéficiaires. **Il convient donc d'explorer d'autres pistes pour expliquer les dispersions de l'aide constatées dans les années 1980 et 1990.**

C'est à ce stade que nous proposons d'introduire le rôle des valeurs et des principes du donateur, c'est-à-dire sa façon de définir les problèmes de développement et d'envisager des solutions. Nous pensons que la mobilisation de la notion « d'image politique »[475], proposée par Shiffman et *al*. (2002) dans le domaine de l'aide à la santé, est à cet égard pertinente pour l'aide en général. En effet, l'approche de Shiffman aborde l'aide d'une façon assez différente du paradigme objectiviste qui prévaut depuis la fin des années 1990, ouvrant ainsi la voie à d'autres explications de la dispersion de l'aide que celles qui privilégient les seuls objectifs stratégiques.

Si les travaux de Shiffman ont porté essentiellement sur l'aide à la santé, nous pensons que leur principal enseignement sur le rôle des images politiques dans les choix d'allocation vaut pour l'aide publique au développement dans sa globalité. En effet, la conception de Shiffman rejoint celle plus générale de Whitfield et Fraser (2008, p. 37) sur la façon d'appréhender l'aide au développement. Ces auteurs proposent une approche qui se caractérise par le fait de ne pas

[473] De fait, les études récentes montrent que les méthodes économétriques utilisées à la fin des années 70 et au début des années 80 ne donnent pas de résultats fiables, en raison de l'estimation séparée des modèles concernant les besoins des bénéficiaires et les intérêts des donneurs et de l'hypothèse implicite, contestable, selon laquelle la répartition de l'aide est déterminée *soit* par les besoins des bénéficiaires, *soit* par les intérêts des donneurs. Certaines des études plus récentes ont commencé par reproduire les résultats des études susmentionnées, mais les ont ensuite corrigés pour tenir compte de cette faiblesse méthodologique.

[474] Cette conclusion repose sur le coefficient attaché au revenu par habitant qui est significatif et négatif. Mais cet indicateur de besoin communément admis est loin d'être parfait dans un modèle d'affectation de l'aide combinant les besoins des bénéficiaires et les intérêts des donneurs.

[475] Soulignons que toute image politique peut être influencée par des motivations stratégiques.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

considérer les acteurs de l'aide comme de simples agents rationnels en interaction mais plutôt comme des acteurs politiques construits par les valeurs et la mémoire des communautés dont ils émergent. De plus ils ne limitent pas le fonctionnement de l'aide à des jeux stratégiques mais l'insèrent dans des normes économiques, politiques et idéologiques. Nous pensons que cette conception est proche de la notion d'images politiques dont nous précisons, dans ce qui suit, le rôle dans la dispersion de l'aide.

L'hétérogénéité des images politiques apparaît comme une explication complémentaire de la dispersion de l'aide. Chaque donateur (ONG ou État) possède ainsi une image politique, une façon de percevoir les problèmes de développement. De cette perception découle un programme d'action. Ces images politiques renvoient à des motivations « sociopolitiques » qui participent, au même titre que les motivations stratégiques, à la détermination d'une action et de sa nature. L'intérêt de cette introduction des représentations sociopolitiques est qu'une prise en compte de la pluralité des images politiques rend discutable l'interprétation traditionnellement faite des travaux sur l'allocation effective de l'aide, à savoir celle d'un « déterminisme stratégique » de la répartition de l'aide. Si les images politiques des donateurs (États, ONG, Entreprises, OIG) ne sont pas identiques, l'explication de la mauvaise allocation de l'aide par les seules motivations stratégiques devient contestable. Les écarts peuvent être interprétés, en partie, comme une manifestation de la diversité des lectures politiques des donateurs dans l'analyse de problèmes de développement. La pluralité des modèles d'allocation effective peut également être considérée comme reflétant une pluralité des valeurs et orientations des donateurs. Cet aspect du problème dans l'analyse de l'efficacité a été dans une certaine mesure identifié par Guillaumont (2005, p. 53) à travers ses interrogations sur le poids des motivations stratégiques dans la répartition de l'aide[476] :

- « *La préférence pour les petits pays est-elle la marque que les donneurs recherchent un soutien dans les votes des pays aux Nations Unies ou la reconnaissance de la plus grande vulnérabilité des petits pays ?*
- *La préférence de certains donneurs pour leurs anciennes colonies traduit-elle la défense d'une sphère d'influence ou la reconnaissance d'une obligation historique de solidarité, ou encore le sentiment, vrai ou faux, que l'argent est plus efficace dans des pays que l'on connaît mieux ?*

[476] Précisons que Guillaumont ne relie pas ces interrogations à l'agenda de la coordination.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- *L'existence d'une allocation successivement croissante puis décroissante (terme au carré) avec le revenu par tête, exprime-t-elle une préférence pour des pays offrant des débouchés ou la reconnaissance qu'il existe une capacité d'absorption limitée mais initialement croissante avec le revenu, etc… ?* »

Tout en reconnaissant un rôle aux motivations stratégiques dans l'explication de la dispersion de l'aide, une raison supplémentaire, largement sous estimée, est l'hétérogénéité des donateurs en termes de valeurs et d'orientations, de lecture politique de « l'objet développement ». Les donateurs ont en effet des préférences, influencées par des lectures politiques (ou sociopolitiques) différentes difficilement abrégeables ou réductibles en une. **Les travaux qui se sont lancés dans la construction de modèles d'allocation et d'autres mécanismes de coordination en arguant de l'efficacité de leurs procédures ont sous estimé cela.**

3.2. L'adoption d'un seul objectif par l'ensemble des donateurs est impossible

Les modèles d'allocation normatifs ou les plans d'action stratégique (mis en œuvre par les partenariats public-privés ou les États) supposent une entente de l'ensemble des acteurs de développement sur un nombre limité d'objectifs, voire un seul. Avec le sommet du millénaire, les donateurs se sont entendus sur l'objectif de réduction de la pauvreté ou plus précisément sur un objectif de développement réducteur de la pauvreté. Pourtant, au regard des discours portés par les acteurs de développement, le développement lui-même, c'est à dire une croissance réductrice de la pauvreté, n'est pas nécessairement le seul objectif acceptable de l'APD ; et le contenu qui lui est donné peut être plus ou moins large (sécurité, diversité culturelle, humanisme…). Cette diversité des contenus est en partie liée aux différences d'images politiques des acteurs du développement, notamment des donateurs.

En se recentrant sur la lutte contre la pauvreté, les promoteurs de cet objectif (en particulier la Banque mondiale, suivie ensuite par les autres organisations) pensaient que celui-ci allait faciliter l'entente des donateurs sur un nombre d'objectifs intermédiaires limités. Mais, paradoxalement, le recentrage sur la pauvreté s'est accompagné d'une redéfinition élargie de cette dernière. Le concept même de pauvreté a évolué (Kanbur et Squire 2001), pour passer de la simple notion de revenu à celle plus générale de « qualité de vie », reflétant la durée de vie, la scolarisation, la santé, et plus récemment la vulnérabilité ainsi que le manque de pouvoir et

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'expression (dans la continuité des travaux de Amartya Sen en particulier). Derrière cette évolution, il y a une appropriation différente selon les donateurs d'un objectif unique qui s'explique en partie par la diversité de leurs images politiques. Dans ces conditions, afin d'obtenir un consensus entre tous les acteurs, la stratégie de réduction de la pauvreté de la Banque mondiale deviendra plus globale au tournant du XXI^{ème} siècle (Banque mondiale, 2000) : elle vise désormais (a) à promouvoir les perspectives et opportunités économiques et sociales des plus pauvres (emploi, crédit,…) ; (b) à faciliter leur expression et participation politique ; (c) à augmenter la sécurité, tant économique que politique. Pourtant, ces différentes facettes de politiques de développement sont autant de possibilités de dispersion de l'aide. **Cela montre, par ailleurs, que l'idée que les donateurs vont s'entendre sur un objectif ou un nombre de critères restreint est peu réaliste.** Guillaumont (2005, p. 52) semble partager cette conviction quand il indique que « [...] *la pluralité des objectifs associés à l'idée même de développement est rarement prise en compte (à l'exception de Kosack, 2003). Et si elle l'est, les objectifs peuvent être pondérés de façon variée* ». **Au total, un réel consensus sur un objectif précis non ré-interprétable est impossible.** C'est une limite forte à la démarche qui consiste à sélectionner un objectif ou un nombre limité d'objectifs en supposant que tous les acteurs s'aligneront sur ceux-ci en utilisant un modèle unique d'allocation.

******

L'objectif de ce chapitre était de montrer que l'agenda de la coordination de l'aide au développement repose sur un certains nombres de travaux aux conclusions discutables. Pour étayer cette idée nous nous sommes intéressés aux origines de l'objectif de coordination et nous avons mis en évidence que :

- l'agenda de la coordination résulte des enseignements, tirés des travaux sur l'efficacité de l'aide dans les années 1980-1990, qu'on peut résumer comme suit : l'aide est globalement inefficace en raison de la prédominance et de la variété des motivations stratégiques des donateurs.
- ces enseignements viennent d'une interprétation restrictive et discutable des sources de l'inefficacité.
- l'adoption de l'objectif de réduction de la pauvreté n'a pas empêché la prolifération de plusieurs modèles et procédures visant tous la réduction de la pauvreté.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ces enseignements ont conduit à une négligence, voire une ignorance du rôle des motivations sociopolitiques (images politiques). Le fait de considérer que ce sont les motivations stratégiques qui sont principalement à l'origine de la pluralité des modèles (dispersion de l'aide des États) ou de l'inefficacité de l'aide a conduit beaucoup de chercheurs à se lancer dans une démarche de construction de modèle unifiant afin d'aligner les actions des donateurs sur un objectif légitime et de déterminer le meilleur moyen pour atteindre ce dernier objectif. L'idée sous jacente est que les motivations stratégiques seront réduites avec plus de transparence et la participation de la société civile. Or la lecture sociopolitique permet d'enrichir l'analyse des déterminants de l'action d'un acteur, donc des raisons de la dispersion de l'aide. **La sous-estimation des motivations sociopolitiques a créé l'illusion que c'est l'importance rigoureusement mesurable d'un problème (gravité, fréquence, etc.) ainsi qu'une neutralité gestionnaire (calcul coût/efficacité) qui devraient prévaloir dans les décisions en matière d'aide, notamment d'aide à la santé publique.**[477] Cette approche objectiviste semblait promettre la réduction des coûts de transaction et l'amélioration de la performance de l'aide. Si, au contraire, l'on admet l'impossibilité de débarrasser les donateurs de leurs images politiques, les objectifs de coordination ainsi fixés sont difficiles, voire impossibles à atteindre.

Un modèle d'allocation unique suppose non seulement un accord sur l'objectif (la lutte contre la pauvreté par exemple) mais aussi un accord sur les moyens qui sont perméables à l'influence des images politiques. C'est pourquoi nous considérons que l'unanimité sur un modèle d'allocation opérationnel est impossible puisque ce dernier ne peut pas prendre en compte toutes les préférences. Il est donc difficile, sinon impossible, de voir les donateurs accorder le même poids aux différents déterminants d'un objectif. Le poids accordé aux critères variera naturellement selon les préférences du donateur, en somme selon leurs images politiques. Cette conclusion semble confortée par l'un des principaux enseignements des travaux qui ont tenté de vérifier la sélectivité donateurs : les donateurs ont des préférences différentes et ne semblent pas aller vers l'utilisation d'un même modèle (Amprou et *al*., 2005, p.11-17). Que ce soit sur la base de la qualité de la politique économique (mesurée par l'indicateur de la Banque mondiale *Country Policy and Institutional Assesment-CPIA*-) ou sur la base de l'appartenance ou non à la catégorie des Pays Moins Avancés (PMA), ces auteurs montrent que les donateurs ne tendent pas vers l'utilisation d'un seul modèle.

[477] Cet idéal, qui vient de la théorie économique standard, ne laisse pas de place à la dimension politique conformément à une exigence épistémologique calquée sur les sciences de la nature (Postel et Sobel, 2009).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Conclusion de la 4ème Partie

Cette quatrième et dernière partie a essentiellement porté **sur la « faisabilité » de la coordination**, notamment l'impact négatif sur la coordination d'une mobilisation reposant sur l'ambiguïté des délibérations ou des objectifs de l'aide. Cette stratégie de mobilisation va conduire à une augmentation du niveau de l'aide et du nombre de donateurs de l'aide. C'est cette augmentation du nombre de donateurs qui fera de la coordination un enjeu majeur de l'amélioration de l'efficacité de l'aide. Dans cette partie, nous avons montré que :

- **Au tournant des années 2000 la dispersion des activités d'aide était en augmentation au regard de la composition des flux d'aide, de la part de l'aide multilatérale, de la part de l'aide déléguée, de l'étendue du champ d'intervention du donateur**.

- **Au regard des indicateurs de mise en œuvre de la déclaration de Paris ou encore de l'adoption d'un même modèle d'allocation, la coordination des donateurs a peu progressé malgré des engagements répétés en matière de coordination.**

- **Le type de coordination obtenu au sein des partenariats public-privés, notamment ceux spécialisés dans le domaine de la santé, pourtant pensés comme des lieux de coordination, n'est pas de nature à réduire ou éliminer la dispersion des activités tant décriées.** Le type de coordination dont il s'agit est une coordination sur les objectifs, c'est à dire qu'elle repose sur une définition générale voire ambigüe d'objectifs, très souvent de long terme. Ceci vient de la nature contractuelle des plans d'action stratégique sensés opérationnaliser la coordination.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Conclusion générale

De nombreux travaux sur l'efficacité de l'aide ont souligné la nécessité d'une plus grande coordination pour améliorer son impact. L'objet de cette thèse était d'évaluer la faisabilité d'une coordination efficace (coordination réductrice de la dispersion des activités d'aide) dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés, notamment les donateurs de l'aide au développement. Ce sujet n'avait pas été réellement exploré, le débat s'étant essentiellement focalisé sur l'impact de la dispersion des donateurs sur l'aide au développement en termes de coûts de transaction ou de mauvaises incitations vers les pays aidés. Pour évaluer la faisabilité de la coordination des donateurs, nous avons utilisé comme support le secteur de l'aide à la santé et comme cadre théorique l'institutionnalisme centré sur les acteurs. **Le principal résultat de notre analyse est qu'une coordination efficace impliquant l'ensemble des donateurs pouvant être concernés est impossible dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés.** Notre thèse a permis de montrer que si la fin des années 1990 était caractérisée par une dispersion accrue, l'agenda de la coordination des donateurs engagée depuis les années 2000 n'a pas permis de réduire substantiellement cette dispersion. Au final, on semble déboucher sur un type de coordination inefficace.

L'objectif initial de ce travail de recherche n'était pas de suggérer aux acteurs de l'aide le comportement le plus approprié en matière de mobilisation ou de coordination. Cependant, l'impossibilité de mener simultanément une coordination efficace et une mobilisation importante nous conduit à explorer quelques pistes de réflexion d'ordre théorique et opérationnel.

- **La prise en compte des images politiques : une condition nécessaire mais non suffisante**

Pourquoi la coordination souhaitée ne s'est-elle pas traduite par une sélection d'instruments optimaux d'action avec une définition précise des rôles des différents acteurs (traduction concrète de la coordination efficace) au sein des mécanismes de coordination ? Si les raisons de ce blocage (difficulté de coordination) sont nombreuses, la plus importante tient au fait que la mobilisation obtenue au moyen de l'ambiguïté ne permet pas une coordination qui se traduirait par une réduction de la dispersion de l'aide. Précisons que si l'ambiguïté apparaît ici comme facteur nuisant à la coordination, elle n'est pas un obstacle facile à éliminer puisqu'elle

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

est consubstantielle à la mobilisation.[478] Les promoteurs de l'approche partenariale comme moyen de coordination ne semblent pas avoir pris en compte le fait que la nature des processus de délibération à l'intérieur des « partenariats » conduit nécessairement à une formulation générale ou ambigüe des décisions en raison de la diversité des images politiques. L'ambiguïté est le moyen pour concilier cette hétérogénéité en termes d'images politiques. Nous avons vu que cette non prise en compte de l'existence des conflits de préférences, difficilement solubles,[479] vient de deux hypothèses contestables :

- la première est l'hypothèse que les donateurs auraient un seul objectif à atteindre (la lutte contre la pauvreté ou l'augmentation de l'accès aux soins par exemple) et discuteraient pour identifier les meilleurs voies et moyens pour atteindre cet objectif. Une telle hypothèse considère que c'est l'importance rigoureusement mesurable d'un problème (gravité, fréquence, etc.) ainsi qu'une neutralité gestionnaire (calcul coût/efficacité) qui prévalent dans les décisions en matière d'aide, notamment d'aide à la santé publique. Elle provient de la théorie économique dominante et ne laisse pas de place à la politique conformément à une exigence épistémologique calquée sur les sciences de la nature (Postel et Sobel, 2009). En réalité, les donateurs partent de la situation réelle (difficultés existantes : pauvreté, famine, analphabétisme …) et essayent de s'entendre pour pouvoir agir tout en ayant des objectifs différents et multiples.

- la deuxième hypothèse est que la dispersion de l'aide dans les années 1980-1990 viendrait de la prédominance et de la pluralité des motivations stratégiques (autres que le développement) qu'il convient d'éliminer en adoptant un objectif unique (la lutte contre la pauvreté), par l'utilisation par l'ensemble des donateurs d'un modèle d'allocation optimale unique et par l'augmentation de la transparence en accroissant la participation de la société civile. Nous avons montré que cette deuxième hypothèse est contestable en établissant que les motivations stratégiques ne suffisent à expliquer la dispersion des activités d'aide constatée dans les années 1990. Par ailleurs, c'est cette hypothèse qui fonde l'agenda de la coordination (ou une grande partie de celui-ci) et qui explique la sous-estimation des représentations sociopolitiques dans l'action des donateurs, donc dans leur coordination.

[478] Elle est en effet un moyen de mobilisation.
[479] Dans le sens où une délibération participative n'élimine pas totalement de telles divergences qui proviennent généralement de la pluralité des valeurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La coordination souhaitée par les institutions internationales est *in fine* un agenda qui suppose une rationalité économique des acteurs qui voile les représentations sociopolitiques. Ceci explique, de notre point de vue, son incapacité à conduire dans la pratique à une coordination efficace basée sur des choix politiques coût-efficaces.

Se pose alors la question de savoir comment organiser au mieux la coordination afin qu'elle soit efficace. À partir de ce qui précède, on peut penser (en supposant toute chose égale par ailleurs) qu'une prise en compte de la question « politique » (diversité des images politiques) permettra de régler définitivement le problème de coordination sans remise en cause des objectifs. Mais il en n'est rien. Une modification des objectifs des donateurs en matière de coordination semble être nécessaire. La réponse semble donc devoir passer par une évolution de l'agenda de la coordination lui-même.

- **Une nécessaire évolution de l'agenda actuel de coordination**

L'un des enseignements de cette thèse est que, pour mobiliser autour d'une maladie, il est nécessaire de convaincre les autres acteurs de l'aide, notamment les bailleurs dans leur diversité, que cette maladie est importante (gravité, nombre de personnes touchées…) et que les moyens techniques et financiers pour y faire face sont disponibles en invoquant leurs images politiques. Ainsi, « *la création de solides arrangements institutionnels mondiaux avec la capacité de créer et de négocier des représentations du problème est crucial pour les perspectives de durabilité d'un problème sur l'agenda de la santé mondiale. Là où les communautés politiques* (de santé) *ont du mal à créer des institutions efficaces, telles que la malnutrition et la pneumonie, l'attention politique sera minime jusqu'à ce que ces structures soient mises en place. […]. Là où les communautés politiques ont déjà établi des institutions fortes, telles que le VIH / sida et la polio, l'émergence et la persistance de l'attention politique est la plus probable* ».[480] (Shiffman, 2009, p. 610).

[480] « *The creation of strong global institutional arrangements with the capacity to create and negotiate issue portrayals is critical to an issue's sustainability prospects on the global health agenda. Where policy communities have struggled to create effective institutions, such as for malnutrition and pneumonia, political attention will be minimal until such structures are put in place. […]. Where policy communities have already established strong institutions, such as for HIV/AIDS and polio, the emergence and persistence of political attention is most likely* ». Shiffman (2009, p. 610) article disponible sur le site de l'OMS *http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-060749/en/*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Si l'on suit cet avis, qui rejoint ce qui a été démontré tout au long de cette thèse, la communication, loin d'être une activité secondaire en santé publique, apparaît comme une stratégie de premier plan. Les acteurs souhaitant mobiliser autour de la santé, et ce quelle que soit la maladie, devraient dès lors apprendre à communiquer en mettant systématiquement en avant la gravité et la sous-estimation du problème. Il leur faudrait aussi apprendre à présenter leur dossier en fonction des préoccupations des décideurs et en choisissant les représentations du problème les plus susceptibles de retenir leur attention. Nous tenons là, potentiellement, l'une des causes de l'inefficacité de la coordination et de l'aide. En effet, la nécessité « d'intéresser » les bailleurs en invoquant leurs images politiques pourraient conduire à des politiques qui correspondent plus aux visons des donateurs qu'à celles des bénéficiaires. D'où les problèmes d'appropriation de l'aide et de décalage des politiques d'aide par rapport aux « besoins locaux » soulignés par Raffinot (2010) et Azoulay (2011).

Par ailleurs, chaque problème de santé, pour figurer sur le haut de l'agenda de l'aide, doit donc avoir ses « institutions porteuses ». Les acteurs de l'aide auraient donc avantage à fonder des institutions dévolues à plaider en faveur de «leur problème» plutôt que d'espérer voir les institutions existantes s'y intéresser. Ce qui est un sérieux encouragement à la création de nouvelles institutions, donc à l'arrivée de nouveaux acteurs. On est là en présence d'une option stratégique qui pourrait accroitre la dispersion **«** *puisque de multiples « policy communities » luttent pour attirer l'attention en développant des arguments et en créant des institutions pour promouvoir leur propre problématique […] ».*[481](Shiffman, 2009, p.611).

Cela va l'encontre de l'agenda de la coordination qui plaide *« pour une architecture plus rationnelle, qui soit focalisée sur le bien public dans son ensemble, prenne en compte, pour l'allocation des ressources, des facteurs matériels comme le coût réel de la maladie, et soit attentive aux priorités des citoyens du pays. On trouve ces préoccupations derrière plusieurs initiatives nouvelles visant à promouvoir l'harmonisation de l'aide sanitaire (...) et l'appel à rejeter les initiatives axées sur un problème spécifique, au profit d'une approche intégrée mettant l'accent sur le renforcement des systèmes de santé ».*[482] (Shiffman, 2009, p.611).

---

[481] « *As multiple global health policy communities compete for attention by developing ideas and building institutions for their own issues, […]* » (Shiffman, 2009, p.611), article disponible sur le site de l'OMS http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-060749/en/

[482] « *For a more rational global health architecture that focuses on global public goods, considers material factors such as actual disease burdens in resource allocation decisions and is responsive to the preferences of national citizens. These concerns stand behind the emergence of several new initiatives to promote health aid harmonization, including the global campaign for the health Millennium Development Goals, and*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, pour l'institutionnalisme centré sur les acteurs, la délibération par l'ambiguïté, conséquence de l'acceptation de la diversité des acteurs au sein des mécanismes de coordination, et la nécessité de créer des « institutions porteuses » sont les causes de la dispersion constatée actuellement. Les besoins de mobilisation et la diversité des images politiques sont tels qu'il est impossible d'atteindre les objectifs actuels de coordination. **Il convient dès lors de faire évoluer l'agenda de la coordination afin qu'il intègre les contraintes que sont : l'hétérogénéité des donateurs en termes de préférences (images politiques et intérêts) et les besoins de création de nouvelles organisations.** Tout en procédant de façon différente, une version enrichie de la théorie des clubs (*cf.* chap. 1), l'approche du « club de clubs », aboutit à des conclusions analogues quant à la nécessité de faire évoluer l'agenda de la coordination.

- **Une évolution confortée par l'approche du « club de clubs »**

Les limites que nous avions invoquées pour ne pas recourir à théorie des clubs dans notre analyse de la coordination des donateurs étaient de quatre ordres :

1. une réduction de l'hétérogénéité des intérêts.
2. une homogénéité des acteurs en termes de préférences (rappelons que même la théorie des clubs hétérogènes pénalise la différence et opère par l'exclusion).
3. une uniformisation de la participation au coût de production du bien collectif complétée par l'opposabilité (''vous payez ou vous partez!'')
4. un seul bien collectif.

On peut lever ces hypothèses (ou conditions d'un fonctionnement optimal du club) pour passer de la théorie des clubs proprement dite, qui envisage la communauté des donateurs comme un seul club, à une approche qui analyse les donateurs comme un club à plusieurs sous-clubs : d'où la qualification d'approche du « club de clubs ». Cette approche a été lancée en 2007 par Wohlgemuth et Brandi (2007) pour justifier « une Europe à la carte ». L'objectif final était de suggérer des nouvelles méthodes, réductrices des coûts de transaction (négociations lors des prises de décision collective), pour mieux faire l'union à 27. L'approche du « club de clubs », développée par ces auteurs, repose, contrairement à la théorie originelle des clubs, sur la

a call to turn away from issue-specific initiatives and towards an integrative approach that emphasizes strengthening health systems ». (Shiffman, 2009, 611), http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-060749/en/

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

production de plusieurs biens collectifs, une hétérogénéité des acteurs en termes de préférence et une absence d'uniformisation et d'opposabilité (voir tableau 22 ci-dessous). Ils maintiennent cependant l'opposabilité et une vision de l'hétérogénéité réduite à la diversité des intérêts. Pour les besoins de notre objet, nous levons dans ce qui suit cette dernière hypothèse. Désormais, **par hétérogénéité, il faut entendre une diversité d'intérêts mais aussi une diversité d'images politiques**. Au final, seul l'opposabilité est maintenue. Le tableau ci-dessous résume notre interprétation de la théorie des clubs et de l'approche du « club de clubs » au regard de notre objet.

Tableau 22 : Différence entre la théorie des clubs et l'approche du club de clubs

Théorie des clubs	**Approche du club de clubs**
Hétérogénéité réduite à la diversité des intérêts	Hétérogénéité intégrant diversité des intérêts et d'images politiques
Une homogénéité des acteurs en termes de préférences	Une hétérogénéité des acteurs en termes de préférence
Une uniformisation de la participation au coût de production du bien collectif complétée par l'opposabilité	Absence d'uniformisation de la participation
Un seul bien collectif consommé par les membres	Plusieurs biens collectifs consommés par les membres

Source : Présentation de l'auteur

L'approche du « club de clubs » présente l'intérêt de permettre la formation de différents mécanismes de coordination, que nous qualifions de « clubs de coordination », autour d'un acquis « unificateur » obligatoire pour tous les membres. Les Principes du Comité d'aide au développement (CAD) peuvent constituer cet acquis. Le CAD est aujourd'hui l'organe qui définit ce qu'est l'aide et établit la plupart des normes de bonnes pratiques[483]. Ainsi, une telle organisation, certes après une réelle transformation, pourrait faire office de noyau, de « club central ». Ce noyau doit être envisagé non comme un groupe d'acteurs mais plutôt un ensemble de thèmes et principes sur lesquels tous les membres s'accorderaient, comme par exemple le déliement de l'aide. Le Comité d'aide au développement pourrait devenir un forum pertinent pour négocier de tels accords[484]. En dehors de ce noyau, il conviendrait de laisser le choix, et ceci en évitant le « tout ou rien », et en adoptant plutôt une approche qui articule proximité thématique et sociopolitique des donateurs. Une telle approche suggère une réduction des domaines couverts par le projet de coordination impliquant l'ensemble des donateurs (coordination globale). La coordination globale devant être réduite aux domaines d'action pour lesquels l'harmonisation est perçue comme efficace et indispensable.

[483] Par exemple, le rôle du CAD a été prépondérant dans l'élaboration des principes de la déclaration de Paris (2005).
[484] Il est envisageable et même souhaitable qu'un tel forum inclut les bénéficiaires.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans cette approche, tous les donateurs sont adhérents à « l'acquis central » (club central); l'adhésion aux différents sous-clubs est à la discrétion de chacun. Ce modèle envisage la communauté des donateurs comme un ensemble d'acteurs adhérant à différents clubs plutôt que comme un club unique. Les clubs sont rattachés à des domaines d'action autour d'un acquis central. Le nombre de mécanismes de coordination (clubs) se recoupant ou non dépend du nombre de biens de club que les donateurs, avec les bénéficiaires, souhaitent produire[485] et de la diversité des images politiques. Ainsi, par exemple, il est possible de voir coexister trois clubs de santé agissant dans la lutte contre le sida, le paludisme ou la santé infantile. Selon sa préférence et ses capacités, un donateur peut préférer n'en rejoindre aucun, ou alors en rejoindre un ou plusieurs. Les sous-clubs basés sur le volontariat permettent essentiellement d'introduire la flexibilité nécessaire pour que la communauté des donateurs s'adapte à l'hétérogénéité de ses membres. Les membres sont donc libres d'adhérer aux clubs de coordination existants, de les quitter ou d'en créer de nouveaux. Comme aucun membre n'est contraint d'accepter toute politique commune qui ne lui conviendrait pas, les coûts externes (générés par des décisions collectives inadéquates) seraient nettement réduits. En outre, les coûts liés au processus décisionnel seraient considérablement plus faibles si les décisions étaient prises au sein de clubs plus réduits et plus homogènes plutôt que par l'ensemble de donateurs d'un secteur.

Sur le plan politique, la flexibilité de l'approche du « club de clubs » signifie que les donateurs sont d'accord sur leurs désaccords en matière de priorités mais se laissent la liberté de poursuivre les objectifs qu'ils partagent au moyen de sous-groupes. Le but est de prendre en compte des différences de perception ou d'intérêt et parfois de capacité. Cependant, une telle perspective théorique ne décrit que partiellement la dispersion actuelle. Pour l'approche « club de clubs », la dispersion vient de la volonté des donateurs de constituer des clubs homogènes afin de réduire les coûts de transaction liée à l'hétérogénéité (notamment les coûts de négociation). Avec ce courant, c'est la réduction des coûts de transaction par l'exclusion qui expliquerait la dispersion. Une telle lecture ne décrit que partiellement le phénomène de dispersions à l'œuvre. **Ainsi, bien qu'utile, cet éclairage sous-estime l'importance de l'inclusion au niveau des donateurs. C'est là qu'intervient l'apport de l'institutionnalisme centré sur les acteurs. Avec ce cadre théorique, la dispersion est toujours expliquée par l'hétérogénéité des donateurs mais l'exclusion n'intervient pas dans le processus**. Pour éviter

[485] On retrouve aussi la structuration thématique que nous avons déjà soulignée à partir de l'institutionnalisme centré sur les acteurs.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

justement l'exclusion, et ce dans le but de suivre l'injonction à la coordination (en intégrant la nécessité d'accepter une diversité des acteurs dans les mécanismes de coordination -clubs de coordination-) et de mobiliser le maximum de ressources tout en réduisant les coûts de transaction, les donateurs recourent à l'ambiguïté dans les délibérations. Cette ambiguïté, en permettant des appropriations différentes, conduit à une dispersion des actions des donateurs dans la mise en œuvre des politiques. Une dernière raison de la dispersion mise en avant par l'institutionnalisme centré sur les acteurs est la création d'institutions porteuses. Cette dernière tient à la nécessité de créer une « institution porteuse » pour faire figurer une préoccupation « marginalisée » sur le haut de l'agenda international. Cette deuxième explication est cohérente à court terme avec celle avancée par l'approche club des clubs. En effet, on peut penser qu'une nouvelle initiative ne réunira au début que des acteurs ayant des préférences proches pour ne par dire identiques.

Ainsi, l'institutionnalisme centré sur les acteurs et l'approche club des clubs débouchent tous les deux sur l'impossibilité d'une coordination globale efficace dans le sens où elle impliquerait tous les acteurs et réduirait la dispersion. Cette difficulté résulte de l'hétérogénéité croissante au sein de la communauté des donateurs (*cf.* chap. 5). **En conséquence il convient d'envisager une approche de la coordination qui accepte un certain niveau de dispersion. Ce qui revient à renoncer à l'agenda actuel de coordination.**

- **Des arguments en faveur de l'acceptation d'une dispersion fondée sur des règles**

Notre thèse aboutit à l'idée qu'il faut renoncer à une coordination globale pour accepter une certaine dispersion, voire encourager l'émergence de plusieurs mécanismes de coordination (clubs). Nous pensons donc qu'il faut accepter une certaine dispersion. Toutes les dispersions ne sont pas sous optimales, donc ne sont pas à condamner systématiquement. La coordination forte et globale doit porter sur l'acquis central. Cet acquis central (noyau unificateur) devrait être respecté par chacun des membres de la communauté d'aide ; il s'agirait de la condition minimale pour pouvoir faire partie de la « communauté des donateurs » et, en même temps, du plus grand dénominateur commun des donateurs. Il devrait présenter des domaines pour lesquels la coordination est perçue comme essentielle.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La principale raison d'être d'un noyau commun incluant certains domaines d'action obligatoires est que, pour ces domaines d'action, les bénéfices des économies d'échelle et de l'incorporation des externalités dépasseront les coûts découlant de l'élaboration des politiques et réglementations communes lorsque les préférences et les visions sont hétérogènes. Un autre avantage de l'existence de cet acquis central est que, sans lui, la coordination risquerait potentiellement d'être anéantie. L'existence d'un noyau obligatoire évitera que la flexibilité ne devienne une impulsion vers une fragmentation incontrôlée de l'aide, redoutée à juste titre. Mais, s'il est obligatoire de se plier à l'acquis central, pour les autres domaines d'action, les membres sont libres de prendre part ou non aux clubs auxquels ils souhaitent adhérer. Tous les donateurs ne sont pas obligés d'adhérer à un sous-club, et les membres peuvent, dans certaines conditions, créer de nouveaux sous-clubs ou fermer un club existant. Notre approche, la dispersion fondée sur des règles, permet l'existence de multiples clubs dont les fonctions se recoupent ou non. Ces clubs seront relativement homogènes en termes de préférences en articulant proximité thématique et sociopolitique. **Alors qu'aujourd'hui, les mécanismes de coordination ne s'articulent qu'autour d'une proximité thématique.**

Il est incontestable qu'une telle autorisation de la dispersion peut être à l'origine de certains problèmes. On peut penser aux coûts administratifs pour les pays bénéficiaires, à la multiplication des coûts fixes. **Cependant, la dispersion, que nous autorisons ici, doit être vue comme la clé du débat entre une mobilisation plus importante et un approfondissement de la coordination, puisqu'elle promet les deux, même si c'est au prix (qui semble désormais inévitable) de l'abandon d'une parfaite harmonisation**.

Si une **certaine dispersion est pour nous inévitable, elle doit être toutefois mise en œuvre, non pas de manière ponctuelle ou anarchique, mais sur une base réglementaire**. C'est le contraire de ce qu'on a observé jusqu'aujourd'hui. La dispersion actuelle n'est pas encadrée, ou pas suffisamment, par des règles transparentes et définies de façon concertée. Une telle approche de la coordination présente des avantages que nous soulignons dans ce qui suit.

Tout d'abord, elle permet de gérer la diversité des acteurs sans mettre en cause l'importance de la coordination. En effet, l'existence des clubs autour d'un noyau central laisse davantage de possibilité pour pouvoir satisfaire les préférences hétérogènes des donateurs (voire celles des bénéficiaires) sans remettre en cause les bénéfices de toute coordination. Ensuite, des ressources supplémentaires peuvent être obtenues puisque les donateurs financent des projets qui

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

correspondent à leurs préférences. Enfin, si les frais administratifs risquent d'augmenter pour gérer les clubs (voire générer des coûts pour les PED par exemple) avec notre approche, elle pourrait, dans son ensemble, se révéler relativement avantageuse sur le plan financier et peut-être même faire baisser le total des dépenses. Si l'on autorisait la formation de clubs dont les missions se recouperaient (et qui seraient de ce fait en concurrence), les coûts de la dispersion pourraient être réduits pour les raisons suivantes :

- grâce à la création de mécanismes de coordination par ceux qui le souhaitent et le peuvent, **les coûts liés à la recherche d'un consensus vont baisser en raison de la présence d'une population plus homogène au sein de sous-clubs (mécanismes de coordination) de taille inférieure**. Cette homogénéisation résultera d'une structuration thématique et sociopolitique du club. Il s'agit de laisser se réunir des acteurs désirant produire un même bien collectif (préférences thématiques) et ayant des images politiques proches (préférences sociopolitiques).[486] Notre perspective de coordination permettra la réduction des « freins » sociopolitiques. L'impact négatif de la diversité des images politiques dans les délibérations est en effet fortement réduit par notre projet de coordination. En rassemblant des acteurs ayant les mêmes images politiques[487], on élimine, d'abord, le frein « sociopolitique » à une délibération « optimale » et ensuite à une coordination efficace des acteurs. Ainsi les calculs coûts/avantages retrouvent une certaine prépondérance dans les délibérations. L'adoption d'un objectif particulier et d'une procédure particulière n'est plus influencée par la diversité des images politiques. Notre approche accroit fortement la probabilité d'une coordination plus efficace au sein des clubs de coordination dans le sens où elle reposerait sur des objectifs limités et sur une répartition améliorée des tâches des différents acteurs. Précisions qu'on est, toutefois, loin des attentes théoriques des promoteurs de l'agenda actuel de coordination. Une coordination parfaite, telle qu'attendue par ces derniers, suppose que les motivations de l'ensemble des donateurs, stratégiques et sociopolitiques (images politiques), se confondent exactement afin qu'ils puissent accorder la même importance à toutes dimensions du problème traité. Or chaque donateur est spécifique. Si des proximités sont envisageables, une identité totale de vue de la part de plusieurs donateurs est difficilement

[486] A ce stade, il aurait été utile de présenter quelques exemples de partenariat possibles. Mais nous ne le faisons pas en raison de la difficulté de rattacher des images politiques à tel ou tel acteur (*cf.* chap.8, section 2.2.2.). La fiction d'une neutralité politique des acteurs fait que ces derniers ne revendiquent leurs images politiques. Ceux qui les revendiquent sont en général exclus des concertations (*cf.* chap. 8, section 3.1.3).

[487] Les images politiques n'ont pas forcement à se confondre, mais plus elles sont proches plus la coordination efficace s'en trouve facilitée.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

atteignable pour la plupart des problèmes de développement. L'agenda de la coordination relève de ce fait d'un idéal théorique et ce d'autant plus que les images politiques des acteurs sont évolutives et ne sont pas toujours clairement identifiées par ces derniers.[488]

- **elle estompe en outre la menace que constituent les propositions globales qui ne respectent aucune condition d'efficacité dans la mise en œuvre des politiques.** Notre analyse critique de la qualité de la coordination nous a permis de voir que :
  - les mécanismes de coordination délibèrent au moyen de formulation générale ou ambigüe des objectifs du contrat afin de réduire les coûts de transaction relatifs aux négociations et de mobiliser le plus largement possible ;
  - la coordination telle qu'elle est souhaitée par les institutions internationales est *in fine* un agenda qui suppose une rationalité économique des acteurs qui voile les représentations sociopolitiques.

  Elle n'a pas pris en compte le fait que les acteurs en partenariat, puisque dotés d'images politiques différentes, essayent de trouver des compromis sociopolitiques en adoptant de contrats relationnels (qui préservent leurs représentations sociopolitiques) avant de s'interroger sur l'optimalité de leurs décisions ou de leurs contrats. Notre proposition permettrait donc de prendre en compte la diversité des images politiques des acteurs tout en réduisant les problèmes d'ambiguïté.

- notre proposition devrait **permettre une réduction des blocages politiques**. La formation volontaire des mécanismes de coordination (ainsi que l'entrée et la sortie volontaires) réduit le risque de chantage de la part des virtuoses du veto. Le chantage par l'*exit*, bien que plus facile à gérer, reste cependant présent.

- **le coût du suivi des actions des donateurs**, conséquence de la dispersion (*cf.* figure 1, p.19), **devrait être raisonnable grâce au respect des principes du noyau** (club central). On peut penser que le faible effectif de personnel permanent des organismes d'aide ne permet pas de surveiller (suivi/évaluation) une accumulation croissante de projets. Cependant, comme les donateurs financent des projets correspondant à leurs préférences, ils sont davantage incités à fournir des moyens humains aux projets.

[488] Précisons que cela ne remet pas en cause l'approche non thématique. Le fait qu'un acteur n'identifie pas les contours précis de son image politique ne l'empêchera pas de reconnaître les acteurs qui lui ressemblent en termes d'images politiques. De façon plus triviale, si on ne sait pas qui on est, on sait reconnaître ceux qui nous ressemblent ou pas.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

- Le maintien de l'opposabilité au sein des sous-clubs permettra enfin de **sortir des engagements « incantatoires »** dont sont coutumiers les donateurs.

Une telle approche maintient les acteurs, contrairement à l'agenda de la coordination qui veut les placer dans un contexte d'information parfaite afin de leur donner la possibilité de prendre les meilleures décisions, dans une certaine rationalité limitée assumée en ce sens que toutes les informations ne sont pas disponibles. Ne participent au club, donc à la délibération, que les acteurs ayant des représentations sociopolitiques proches, voire identiques. Les acteurs aux représentations sociopolitiques différentes ou éloignées, même ayant des informations utiles, ne participent pas à la délibération. Cependant les informations dont l'importance est avérée pourront parvenir à tous les sous-clubs par le canal du club central dont les principes peuvent être élargis à chaque fois que cela est nécessaire. La faisabilité de la coordination entre les clubs de coordination est régulée par les principes issus du club central.

Cette coordination interclubs requiert toutefois des recherches supplémentaires. En effet, un problème central, qui reste encore non résolu, est qu'il n'existe théoriquement aucun consensus absolu sur les domaines d'action qui devraient être incorporés à l'acquis central. Ce noyau dur devrait pourtant être à l'abri de toute contestation partisane. Il doit donc reposer sur une ou des images politiques assez partagées.

Ainsi, assumer la diversité des images politiques ne dispense pas, bien au contraire, d'approfondir l'étude des images politiques et de leur influence sur les objectifs de l'aide au développement et la qualité de la coopération Nord-Sud. Comme il a été précisé dans cette thèse, le thème de l'efficacité de l'aide est subdivisé en deux pôles, celui qui aborde la question de la coordination des donateurs et celui qui s'intéresse aux pays bénéficiaires, notamment à la qualité de la gouvernance politique et économique dans ces pays. Nous avons volontairement situé notre réflexion dans le premier pôle. Cependant, il serait également utile de rattacher notre réflexion au second pôle dans la mesure où la coordination concerne aussi les bénéficiaires à travers l'alignement. Admettre la diversité des conceptions du développement chez les donateurs, mais aussi chez les bénéficiaires, peut contribuer à expliquer les problèmes de mise en œuvre (difficultés de coordination entre donateurs et entre donateurs et bénéficiaires, coûts souvent très élevés, difficultés d'appropriation et de pérennisation…) des politiques d'aide.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi notre thèse ne constitue qu'un premier jalon vers une analyse plus approfondie qui pourrait se décliner dans différents sous secteurs de l'aide (santé, éducation) et concerner différentes catégories d'acteurs de développement.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Bibliographie

ABDELMALKI L. et MUNDEL P. (1995), *Economie du développement : Théories, Expériences et Perspectives*, Paris, Hachette.

ADAM C., BIGSTEN A., COLLIER P., O'CONNELL S. and E. JULIN (1994), *Evaluation of Swedish Development Co-Operation with Tanzania: A Report for the Secretariat for Analysis of Swedish Development Assistance*, SASDA, Ds, p. 113.

ADELMAN I. (1975), Development economics-a reassessment of goals, *American Economic Review*, Mai 1975.

ADELMAN I. et MORRIS C. T. (1973), *Economic growth and social equity in developing countries*, Stanford, Stanford University Press.

AGHION P. , DEWATRIPONT M., et REY P. (2002), On partial contracting, *European Economic Review*, 46, pp. 745-753.

AGHION P. et HOWITT P. (2000), *Théorie de la croissance endogène*, Paris, Editions Dunod.

AGHION P. et HOWITT P. (2005), « Growth with Quality-Improving Innovations: an Integrated Framework », dans Aghion P. et Durlauf S. (eds), *Handbook of Economic Growth*, North Holland, Amsterdam.

AGHION P. et HOWITT P (2006), Appropriate Growth Policy, *Journal of the European Economic Association*, Vol. 4, No. 2-3, Pages 269-314

AKIN J. S., BIRDSALL N. et DE FERRANTI D. M. (1987), Financing health services in developing countries, An agenda for reform, *World Bank Policy Study*.

ALCARAS J. R. (2004), « Les conceptions de la décision dans les sciences économiques : vers une approche ingénieriale », In J.-R. Alcaras, P. Gianfaldoni et G. Paché (dir.), *Décider dans les organisations : Dialogue critique entre Economie et Gestion*, Paris, L'Harmattan.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ALESINA A. et DOLLAR D. (1998), Who Gives Foreign Aid to Whom and Why?, NBER *Working Paper 6612*, Cambridge, Massachusetts.

ALESINA A. et DOLLAR D. (2000), Who Gives Foreign Aid to Whom and Why?, *Journal of Economic Growth*, Vol. 5, pp. 33-63.

ALESINA A. et PEROTTI R. (1996), Income Distribution, Political Instability, and Investment, *European Economic Review* 40.

ALESINA A. et WEDER B. (2002), Do Corrupt Governments Receive Less Foreign Aid ?, *American Economic Review* 92(4).

ALEXENDER J. (1992), "Commenttary: Structure, Value, Action", in Hamiltion P., eds., Talcott Parsons: *Critical Assessment*, Londres, Routledge.

Alexander N. (2004), « Judge and Jury: the World Bank's scorecard for borrowing governements », in Fear and Want: *Obstacles to human security, Social Watch Report 2004*, Montevideo, 2004, p. 17.

ALLPORT F. H. (1924), The influence of the group upon association of thought, *Journal of Experimental Psychology*, *Social Psychology*, 1920, 3, pp. 159-182.

ALPE Y., BEITONE A., DOLLO C., LAMBERT J-R. et PARAYRE S. (2010), *Lexique de Sociologie*, 3ème Ed., Paris, Dalloz, p. 59.

AMPROU, J. et L. CHAUVET (2004), Efficacité et Allocation de l'Aide: Revue des Débats, *Notes et Documents*, n°6, Agence Française de Développement.

AMPROU, J., GUILLAUMONT P. et GUILLAUMONT JEANNENEY S. (2005), La sélectivité de l'aide au développement : pour des critères diversifiés, *Notes et Documents*, CERDI. Journée de l'AFSE

ASHBY. W.R. (1956), *An introduction to cybernetics*, London, Chapman & Hall.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

AUBERT, B., PATRY, M., (2003), Dix conditions de succès pour des partenariats public-privé. www.cirano.qc.ca/gouvernance/pdf/DIX_CONDITIONS_DE_SUCCES_POUR_DES_PARTEN.pdf

AUDIBERT M., MATHONNAT J. et ROODENBEKE E. (2003), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala

AUDIBERT M. et MATHONNAT J. (2000), Cost recovery in Mauritania: initial lessons, *Health Policy and Planning*, 15(1), 66-75.

AZAM J-P., BERTHÉLEMY J-C. et CALIPEL S. (1996), Risque politique et croissance en Afrique, *Revue Economique* 47(3).

AZOULAY G. (2011) Les nouvelles formes de l'aide au développement et l'éventuel 'retour de l'État' dans les pays d'Afrique subsaharienne, *Mondes en développement*, vol. 39, n°153, p. 57-70.

BABAI D. (1988), "The World Bank and the IMF: rolling back the state or backing its role?" In Vernon R, ed. *The promise of privatisation: a challenge for American foreign policy*, New York, Council on Foreign Relations, 1988: 254–285.

BACHARACH S. P. (1978), Morphologie et processus : une critique de la recherche organisationnelle comptemporaine, *Sociologie du Travail*, (2) avril-juin, p. 153-173.

BAGAYOKO-PENONE N., Hours B. (dir.) (2006), *États, ONG et production de normes sécuritaires dans les pays du Sud*, Paris, L'Harmattan.

BAIROCH P. (1971), *Le Tiers Monde dans l'impasse*, Paris, Gallimard.

BAIROCH P. (1993), *Economics and World History: Myths and Paradoxes*, University of Chicago Press, 1993; traduit en français, Mythes et paradoxes de l'histoire économique, Paris, La Découverte, 1999.

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

BALLET J., BARILLOT S. et MAHIEU F. R. (2007), Le dilemme du Samaritain : Une mise en perspective, *Mondes en développement*, 2007/1 n° 137, p. 11-22. DOI : 10.3917/med.137.0011

BALLET J, DUBOIS J-L. et MAHIEU F.R. (2004), A la recherche du développement socialement durable: concepts fondamentaux et principes de base, *Développement durable et territoires* [En ligne], Dossier 3 : Les dimensions humaine et sociale du Développement Durable, mis en ligne le 22 juin 2004, consulté le 27 octobre 2010. URL : http://developpementdurable.revues.org/1165

BALOGUN P. (2005), Evaluating Progress Towards Harmonisation, *Working Paper*, N°15, DFID, London.

BANQUE MONDIALE *(1993), Investir dans la santé,* Rapport sur le développement dans le monde, Washington, D.C.

BANQUE MONDIALE (1986), *Le caractère indécis de la reprise et les perspectives d'une croissance durable, la politique du commerce et des prix dans le domaine de l'agriculture mondiale*, Rapport sur le développement dans le monde, Washington DC.

BANQUE MONDIALE, (1988), *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) : The Bank's Agenda for Action in Africa*, Département technique région Afrique, 24 octombre 1988.

BANQUE MONDIALE (1997), *L'État dans un monde en mutation*, Rapport sur le développement dans le monde, Washington.

BANQUE MONDIALE (2000), *Combattre la pauvreté,* Rapport sur le développement dans le monde, Paris, Eska.

BANQUE MONDIALE (2001), *4ème Réunion du Partenariat mondial pour faire Reculer le Paludisme*, Banque Mondiale, Washington, D.C., 18-19 avril 2001

BARILLOT S. (2001), Présentation d'un modèle communautaire de révélation de préférences individuelles : La théorie des clubs, C3ED/ UVSQ, 11 pages.
http://mapage.noos.fr/RVD/sebastien.htm.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

BARKER C. (1996), *The health care policy process*, London, Sage Publications.

BARDHAM P. (1989), The New institutional economics and development theory: A brief critical assessment, *World Development*, vol. 17, n°9 p.1389-1395.

BARDHAN P. (2005), Theory or Empirics in Development Economics, *Economic and Political Weekly*, October. 1.

BARNARD, C. I. (1938), *The Functions of the Executive*, Cambridge, Harvard University Press.

BARRO R. J. (1990), Government Spending in a simple model of endogenous growth, *Journal of Political Economy*, Vol 98, n°5, pp. S103-S125.

BARRO R. J. (2000), *Les facteurs de la croissance économique*, Paris, Editions Economica.

BARRY H. (2004), *How well do measurements of an enabling domestic environment for development stand up?*, mars 2004 - texte publié à l'occasion de la réunion du G24 les 8 et 9 mars 2004 à Genève, dans le cadre de la CNUCED.

BASLE M. (1995), « Antécédents institutionnalistes méconnus ou connus de la théorie de la régulation », In BOYER R & SAILLARD Y (Eds), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs*, Collection « Recherches », Paris, La découverte, pp 31-39.

BATES R. (1988), Contractarianism: some reflections on the new institutionalism, *Politics and Society*, 16, pp. 387-401.

BAUER P.T. (1971), *Dissent on Development: Studies and Debates in Development Economics*, London, Weidenfeld and Nicholson.

BAUER P.T. (1984a), "Remembrance of Studies Past: Retracing First Steps", In Gerald, Meier et Dudley (ed.), *Pioneers in Development Economics*, Oxford University Press.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

BAUER P.T. (1984b), *Reality and Rhetoric: Studies in the Economics of Development*, Harvard University Press.

BAUMGARTNER F.R. and JONES B.D. (1993), Agendas *and instability in American politics*, Chicago and London, University of Chicago Press.

BAUMOL W. J. (1959), *Business Behavior, Value and Growth*, New York, Macmillan.

BAYART J. F. (1989), *L'État en Afrique : la politique du ventre*, Pris, Fayard.

BAYART J.F., ELLIS S. et HIBOU B. (1997), *La Criminalisation de l'État en Afrique*, Bruxelles, Complexe, p. 47

BAZZOLI L. (2000), *L'économie Politique De John-R Commons - Essai Sur L'institutionnalisme en Sciences Sociales*, Paris, L'Harmattan.

BEIGBEDER Y. (1995), *L'organisation Mondiale de la santé*, Genève, Institut des Hautes Etudes Internationales,

BEIGBEDER Y. (1999), L'Organisation mondiale de la santé en transition : la rénovation nécessaire, *Études internationales* (Quebec), vol. 30, n° 3, 1999, p. 477-491.

BELL C. and LEWIS M. (2004), The Economic Implications of Epidemic Olds and New, *World Development*, 5(4), p.137-174.

BERG E. (1997), "Dilemmas in Donor Aid Strategies", in: C. Gwin et J.M. Nelson (Eds.), *Perspectives on Aid and Development*, Washington DC., Overseas Development Council.

BERNHEIM B. D. et WHINSTON M. D. (1998), Incomplete contracts and strategic ambiguity, *American Economic Review*, 88, PP. 902-932.

BERNRATH, W. (1998), Le Nouveau Management Public : Concept, Situation en Wallonie. Quelques Réflexions, Visions et Conclusions Opérationnelles, Bruxelles, *Revue OSF*, p. 92 .

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

BERR E. (2006), *A la recherche d'un autre développement*, Presses Universitaires de Bordeaux.

BERTACCHINI Y. (2002). Concertation territoriale et politique territoriale concertée. Laboratoire Le Pont, Département Services et Réseaux de Communication, Université de Toulon et du Var, 6 pages.

BERTHÉLEMY, J. C. (2008), Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté, *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, section Biologies, 331, 903-918.

BERTHÉLEMY J. C. et SEBAN J. (2009), Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement, *Revue d'économie du développement*, Vol 2009/1-2 - N° 23, pages 33 à 71.

BHARGAVA A., JAMISON D.T., LAU L.J. and C. MURRAY J.L., (2001), Modelling the effects of health on economic growth, *Journal of Health Economics 20* (2001), pp. 423-440.

BIGSTEN A. (2006), Coordination et utilisations des aides, *Revue d'économie du développement*, 2(Vol. 20), p. 77-103.

BINMORE K. (1987), «Why Game theory doesn't work », In Bennet P. O., eds, *Analysing Conflict and its Resolution*, Oxford, Clarendon Press.

BLOOM D. et CANNING D. (2003), Health as human capital and its impact on economic performance, *Geneva Papers on Risk & Insurance*, 28 (2003), pp. 304-315.

BLOOM D. E. et CANNING D. (2005), Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance, *PGDA Working Papers 0105*, Program on the Global Demography of Aging.

BOBADILLA J. et COWLEY P (1995), Designing and implementing packages of essential health, *Journal of International Development*, 1995, 7:543-554.

BOIDIN B. (2005), La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ?, *Revue Mondes en développement*, N° 131.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

BOIDIN B. (2007), Aide au développement et santé comme droit Humain, *Éthique et économique/Ethics and Economics*, 5 (1), 2007, http://ethique-economique.net/

BOIDIN (2009), La RSE est-elle réductible aux « parties prenantes » ? Réflexions sur « l'entreprise responsable dans les pays pauvres », *In* BOIDIN, POSTEL ROUSSEAU (ed.), *la responsabilité sociale des entreprises : une perspective institutionnaliste*, Paris, Septentrion, p. 25.

BOIDIN B., LESAFFRE L. (2009), Droits de propriété intellectuelle, partenariat des firmes pharmaceutiques et accès des pays pauvres aux médicaments, *Economies et sociétés, série "Dynamique technologique et organisation"*, n°11, 6/2009, p. 1049-1076.

BOIDIN B. et LESAFFRE L (2010), L'accès des pays pauvres aux médicaments et la propriété intellectuelle : quel apport des partenariats multiacteurs, *Revue Internationale de Droit Économique* – 2010 – pp. 325-350 – DOI: 10.3917/ride.243.0325

BOLAND R. and YOUNG M. (19982), Selective Health, *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 16: 233.

BOLTANSKI L., THEVENOT L. (1991), *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

BOONE P. (1996), Politics and the Effectiveness of Foreign Aid, *European Economic Review* 40.

BOOTH D., LAWSON A., WILLIAMSON T., WANGWE S. et M. MSUYA (2004), *Évaluation conjointe de l'appui au budget général en Tanzanie, 1995-2004. Rapport au Gouvernement de Tanzanie et aux Partenaires de la Réduction de la Pauvreté, de l'Appui Budgétaire et du Développement*, Novembre.

BOSERUP E. (1970), *Evolution agraire et pression démographique*, Paris, Flammarion, p. 224.

BOVE E. (1935), *Le Pressentiment*, Paris, Le Castor Astral (Ed., 1991).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

BOYER A. (1996), « Libéralisme et contractualisme », in RAYNAUD P. & RIALS S. (dir.), *Dictionnaire de philosophie politique*, Paris, PUF, p. 400-406.

BRÄUTIGAM, D.A. (2000), *Aid Dependence and Governance*, Stockholm, Almqvist & Wicksell.

BRÄUTIGAM D.A. et S. KNACK (2004), Foreign Aid, Institutions and Governance in Sub-Saharan Africa, *Economic Development and Cultural Change*, n°52(2), p. 255-85.

BROWN A., NASCHOLD F., CONWAY T. et A. FOZZARD (2000), *Aid Transaction Costs in Vietnam*, London, Centre for Aid and Public Expenditure, Overseas Development Institute.

BROWN T. M., CUETO M. and FEE E. (2004), *The World Health Organization and the transition from "international" to "global"public health*, Cape Town, Global Health Trust, 2004 (http://www.ghwatch.org/2005report/ghw.pdf, consulté le 1er Mai 2008).

BRUNET-JAILLY J. (1999), La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé?, *Revue internationale des sciences sociales*, 161, septembre, pp. 355-370.

BRYANT J. H. (1969), *Health and the developing world*, Ithaca, NY, Cornell University Press.

BUCHANAN J.M. (1965), An economic theory of clubs, *Economica*, 32, 125, pp 1-14.

BUCHANAN, J.M. and TOLLISON, R. (1972), *Theory of Public Choice: Political application of Economics*, Chicago, The University of Chicago Press, p. 48.

BUCHANAN J. and TULLOCK G. (1962), The *Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*, Ann Arbor, University of Michigan Press.

BUDESCU D. V. et WALLSTEN T. S. [1995], " Processing linguistic probabilities: general principles and empirical evidence", in BUSEMEYER R., HASTIE R. et MEDIN D. L. (eds), *Decision making from a cognitive perspective*, San Diego, Academic Press, p. 275-318.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

BUDESCU D. V., KUHN K., KRAMER K. et JOHNSON T. [2002], Modeling certainty equivalent for imprecise gambles, *Organizational Behavior and Human and Decision Processes*, 88, p. 748-768.

BURIOT D. et RODIER G. (2001), *Les maladies émergentes et résurgentes*, Département des maladies transmissibles, surveillance et action, OMS, Genève, novembre, p. 14

BURNSIDE C. et DOLLAR D. (1997), Aid, Policies and Growth, *Policy Research Working Paper 1777*, World Bank Development Research Group, Washington D.C.

BURNSIDE C. et DOLLAR D. (1998), Aid, the Incentive Regime and Poverty Reduction, *Policy Research Working Paper 1937*, 06-98, World Bank Development Research Group, Washington D.C.

BURNSIDE C. et DOLLAR D. (2000), Aid, Policies and Growth, *American Economic Reviews*, 90, pp. 847-868.

BURNSIDE, C. et DOLLAR D. (2004), Aid, Policies and Growth: a Reply, *American Economic Review*, 94(3), pp. 781-784.

BUSE K. and HARMER A. M. (2007), Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential, *Social Science and Medicine*, V.64, 2, p 259-271.

BUSE K. et WALT G. (2000a), Partenariats mondiaux public-privé : partie I -Un nouveau développement dans le domaine de la santé ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante*, Recueil d'articles No3.

BUSE K. et WALT G. (2000b), Partenariats mondiaux public-privé : partie II -Un nouveau développement dans le domaine de la santé ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante*, Recueil d'articles No3.

CABANTOUS L. et HILTON D. (2006), De l'aversion à l'ambiguïté aux attitudes face à l'ambiguïté : Les apports d'une perspective psychologique en économie, *Revue économique*, vol. 57, N° 2, mars 2006, p. 259-280

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

CAINES K. (2005), Key Evidence from Major Studies of Selected Global Health Partnerships, Background paper prepared for the High-Level Forum on the Health MDGs. April 26-27, 2005. London: DFID Health Resource Centre.

CAMERER C. et WEBER M. [1992], Recent developments in modelling preferences: uncertainty and ambiguity, *Journal of Risk and Uncertainty*, 5, p. 325-370.

CAPRON M. et QUAIREL-LANOIZELEE F. (2004), *Mythes et réalités de l'entreprise responsable*, Paris, La Découverte, coll.Entreprises & Sociétés, 2004, p. 47

CAPRON M. et QUAIREL-LANOIZELEE F. (2007), *La Responsabilité Sociale de l'Entreprise*, Editions La Découverte, Paris.

CARBONNIER, G. (2010), L'aide au développement une fois de plus sous le feu de la critique, *Revue internationale de politique de développement* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 11 mars 2010. URL : http://poldev.revues.org/122.

CARTIER-BRESSON J. (2000), « Corruption, libéralisation et démocratisation » et « La Banque mondiale, la corruption et la gouvernance », dans J. Cartier-Bresson (Ed.), *Corruption, Libéralisation, Démocratisation*, Revue Tiers Monde, n° 161, janvier-mars 2000, pp. 9-22 et 165-192.

CARTIER-BRESSON J. (2010), Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance, *Mondes en développement*, Vol.38-2010/4-n°152, pp. 111-127.

CASTILLO J-C. (2006), « Vers une notion intégrée de bonne gouvernance publique européenne », in Bonnafous-Boucher et Pesqueux (2006), *Décider avec les parties prenantes : approches d'une nouvelle théorie de la société civile*, La Découverte, Paris.

CAVES R. E. (1980), Industrial organization, Corporate Strategy and Structure, *Journal of Economic Literature*, vol. 18, p. 64-92.York.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

CAZAL D. (2008), Parties prenantes et RSE : des enjeux sociopolitiques au-delà des contrats, *Revue de l'organisation responsable*, vol. 3, n° 1, p. 12-23.

CHARNOZ O. et SEVERINO J. M. (2007), *L'aide publique au développement*, Paris, La Découverte.

CHAUVET L. COGNEAU D. ET NAUDET J-D. (2008), Sélectivité et égalité des chances dans l'allocation de l'aide internationale : Une analyse de la dernière décennie, *Economie & Prévision* 2008/5 (n° 186) 178 pages

CHAUVET, L. (2004), *L'Aide extérieure permet-elle d'amortir les chocs politiques Régionaux* ?, mimeo, CERDI.

CHAUVET, L. and P. GUILLAUMONT (2002), Aid and Growth Revisited : Policy, Economic Vulnerability and Political Instability, Paper present at the Annual Bank Conference or Development Economics on Towards Pro-poor Policies, Oslo, June.

CHAUVET, L. et GUILLAUMONT P. (2004), "Aid and Growth Revisited : Policy, Economic Vulnerability, and Political Instability", in Tungodden, B., Stern, N., Kolstad, I. (eds). Towards Pro-Poor Policies - *Aid, Institutions and Globalization*, World Bank / Oxford University Press.

CHAVAGNEUX C. (2004), *Économie Politique Internationale*, Paris, La Découverte, p. 128

CHAVANCE B. (2007), L'économie institutionnelle, Paris, La Découverte

CHENERY et al. (1974), *Redistribution with growth*, World bank, Oxford University Press.

CHENERY H.B. et STROUT A.M. (1966), Foreign Assistance and Economic Development, *American Economic Review* 56(4), Part 1.

CLARK C. (1960), *Les conditions du progrès technique*, Paris, PUF, (et Première Ediction en anglais, Mac Millan and Co. Ltd. 1940)

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

CLARK C. and HASWELL M. (1964), *The economics of subsistence agriculture*, London, Macmillan & C°, Ltd.

CLARKSON M. B. (1995), A Stakeholder Framework for Analysing and Evaluating Corporate Social Performance, *Academy of Management Review*, vol. 20, n°1, pp. 92-117.

CLEMENS M. A. (2006), Coordination et utilisations des aides. Commentaires, *Revue d'économie du développement* 2/2006 (Vol. 20), p. 113-129.

CLING J.-P., RAZAFINDRAKOTO M. et ROUBAUD F. dir. (2003), *Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté*, IRD-Economica, Paris (2ème édition), Economica.

CLING J.-P., RAZAFINDRAKOTO M. et ROUBAUD F. dir. (2003), « Un processus participatif pour établir des nouvelles relations entre acteurs, *in* Cling, Razafindrakoto et Roubaud (dir) *L*es *nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté*, IRD-Economica, Paris (2ème édition), Economica.

CLING J-P. (2006), Coordination et utilisations des aides, Commentaires, *Revue d'économie du développement* 2/2006 (Vol. 20), p. 105-112.

COASE R. (1960), The Problem of Social Cost, *Journal of Law and Economics*, 3, 1-44.

COASE R. H. (1937), The Nature of the Firm, *Economica*, New Series, Vol. 4, No. 16. (Nov., 1937), pp. 386-405.

COGNEAU D. et NAUDET J.D. (2004), Qui mérite l'aide ? : égalité des chances, aide internationale et réduction de la pauvreté, *Notes et Documents* n°7, AFD.

COGNEAU D. et NAUDET J.D. (2007), Who Deserves Aid? Equality of Opportunity, International Aid and Poverty Reduction, *World Development*, 35 (1) : 104-120.

COHEN M. D. et MARCH J. G. ET OLSEN J.P. (1972), A Garbage Can Mode! of Organizational Choice, *Administrative Science Quarterly*, *17(1), pp. 1-25*, (traduction française in March J.G. (1991), *Décisions et Organisations*, Paris, Editions d'Organisation).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

COLIN J-P. (1990), *Regard sur l'institutionnalisme américain*, Cah. Sci. Hum. 26 (3) 1990 : 365-377, horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins.../34522.pdf

COLLIER P. et DOLLAR D. (2001), Can the World Cut Poverty in Half ? How Policy Reform and Effective Aid Can Meet International Development Goals, *World Development* 29(11).

COLLIER P. et DOLLAR D. (2002), Aid Allocation and Poverty Reduction, *European Economic Review*, vol. 46, pp. 1475-1500.

COLLIER P. et HOEFFLER A. (2002), Aid, Policy and Growth in Post-Conflict Societies, *Policy Research Working Paper 2902*, World Bank, Washington D.C.

COLLIER P. et HOEFFLER A. (2004), Aid, Policy and Growth in Post-Conflict Societies, *The European Economic Review*, n°48, p.1125-1145.

COLLIER, P. (2004), *Development and Conflict*, Centre for the Study of African Economies (CSAE), University of Oxford.

COLLIER, P. and J. DEHN (2001), Aid, shocks and growth, *World Bank Working Paper* 2688, The World Bank, Washington, DC.

COMBES J-L et GUILLAUMONT P. (2002), Commodity Price Volatility, Vulnerability and Development, *Development Policy Review* 20(1).

COOPER W. W. (1949), Theory of firm, some suggestions for revision, *American economic review*, vol. 39, pp. 1204-1222.

COORDINATION SUD (2005), L'aide publique française au développement et la politique de coopération au développement: État des lieux, analyses et propositions, novembre.

CORNIA, JOLLY et STEWART (1987), *Ajustement à visage humain*, Paris, Unicef, Ed. Economica. (Origine: *Adjustment with a human face*, vol. 1, protecting the vulnerable and promoting the growth et vol. 2 Ten countries cases, Oxford Clarendon Press).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

COUSSY J. et CHAVAGNEUX C. (1998), Etude d'économie politique internationale, *Economie et sociétés*, t. XX. n°4, Série P.

CREESE, A. and KUTZIN J. (1997), *Lessons from cost recovery in health, in Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Oxford, Clarendon press, p. 37-62.

CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

DALGAARD C.-J. et HANSEN H. (2001), On Aid Growth and Good Policies, *Journal of Development Studies*, 37(6), 17-41.

DALGAARD, C-J., HANSEN H., and F. TARP (2004), On the empirics of foreign aid and growth, *Economic Journal*, 114 (496), 191-216.

DALGAARD, C-J., and H. HANSEN (2000), On aid, growth, and good policies, CREDIT Research Paper n°00/17, University of Nottingham, Center for Research in Economic Development and International Trade.

DANTZIG. G.B. (1948), *Programming in a linear structure*, USAF, Washington D.C., 1948.

DAVID A. (2002), Décision, conception et recherche en sciences de gestion, *Revue française de gestion* 3/2002 (no 139), p. 173-185.

DAYTON-JOHNSON J. et HODDINOTT J. (2003), *Aid, Policies, and Growth*, Redux, mimeo, Dalhousie University and IFPRI.

DELCOURT L. (2008), Aide au développement de l'Union européenne : perspective critique, *Le Centre tricontinental (CETRI)*, http://www.cetri.be/spip.php?article667

DE MICHEAUX E. L., MULOT E. et OULD-AHMED P., *La fabrique institutionnelle et politique des trajectoires de développement*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

DE MONTCLOS M-A. P. (2005): La face cachée de l'aide internationale, *Politique Internationale,* n°107, p.425-439.

DERYCKE P-H et GILBERT G. (1988), *Economie publique locale,* Paris, Economica, 308 pages.

DESCHAMPS J. P. (2000), Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement, *Sciences, société et éthique,* vol. 16, N°11, p. 1211-1217.

DiMAGGIO P. et POWELL W. (1997), Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations, *Politix,* Vol. 10, N°40, Quatrième trimestre. pp. 113-154.

DiMAGGIO P.J., POWELL W.W. (1983), The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*, vol. 48, 147-160.

DISCH A. (1999), *Aid Coordination and Aid Effectiveness*, Oslo, Evaluation Report 8.99, Ministère norvégien des Affaires Étrangères.

DIXNEUF (2003a), La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ? *Les Etudes du CERI n° 99*, décembre 2003.

DIXNEUF (2003b), Au-delà de la santé publique: les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale, *Revue française de science politique,* vol.53, n°2, avril 2003, p.277-304

DIXNEUF M. et REY J-L. (2004), La santé : une place croissante dans les politiques internationales, *Médecine Tropicale,* V 64, N°6, p. 561-566.

DODD E. M. (1932), For *Whom are Corporate Managers Trustees*? , Harvard Law Review, vol. 45, n° 7, 1932, p. 1145-1163.

DODGSON R., LEE K. and DRAGER N. (2002), Global Health Governance: A Conceptual Review, LSHTM/WHO Discussion Paper No. 1

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

DOLLAR, D. et LEVIN V. (2004), The Increasing Selectivity of Foreign Aid, 1984-2002, *Working Paper 3299*, Washington D.C, The World Bank.

DONALDSON T. and PRESTON L. E. (1995), The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications, *Academy of Management Review*, vol. 20, n°1, pp. 65-91.

DOWNS A. (1957), *An economic theory of democracy*, New York, Harper and Row, 310 pages.

DRUCKER P. (1964), *Managing for Results: Economic Tasks and Risk-Taking Decisions,* New York, Harper & Row.

DUBOIS J. L. et MAHIEU F.R. (2002), La dimension sociale du développement durable, réduction de la pauvreté ou durabilité sociale, in Martin J.Y. (ed), *Développement durable? Doctrines, pratiques, évaluations*, Paris, IRD éditions, pp.73-94.

DUGGER W. M. (2001), *Book Reviews*, Mary A. O'Sullivan, Contests for Corporate

DUGGER W.M. (1995), Veblenian Institutionalism, *Journal of Economic Issues,* vol. 29,

DUGGER W.M. (2006), Veblen's Radical Theory of Social Evolution, *Journal of Economic Issues*, vol. 40, n° 3, 651-672.

DUGGER W.M., SHERMAN H.J. (1997), Institutionalist and Marxists Theories of Evolution, *Journal of Economic Issues*, vol. 31, December, 991-1010.

DUGGER W. (1990), The New Institutionalism: New But Not Institutionalist, *Journal of Economic Issues*, Vol. XXIV, N°2, June 1990.

EASTERLY W. (2002), The Cartel of Good Intentions: The Problem of Bureaucracy in Foreign *Aid, Journal of Policy Reform*, n° 5(4), p. 223-50.

EASTERLY W. (2006), *Les pays pauvres sont-ils condamnés à le rester?*, Paris, Editions d'Organisation.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

EASTERLY W. (2009), *Le fardeau de l'homme blanc : l'échec des politiques occidentales d'aide aux pauvres*, Paris, Ed. Markus Haller.

EASTERLY, W., LEVINE R. et D. ROODMAN (2004), Aid, Policies and Growth: a Comment, *American Economic Review*, 94 (3), pp. 774-780.

EDDY D. M. (1991), What care is essential? What services are basic? *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:786-788.

ELKINGTON J. (1999), *Cannibals with Forks. The Triple Bottom Line of 21st Century Business*, Oxford, Capston Publishing Limited.

ELLSBERG D. (1961), Risk, ambiguity and the Savage axioms, *The Quarterly Journal of Economics*, 75, p. 643-669.

ELSTER J. (1986), « Le marché et le Forum : Trois variétés de théorie politique », Traduit de l'anglais par Spitz J-F, In Girard C. et Le Goff A. (dir.) (2010), *La Démocratie délibérative, anthologie de textes fondamentaux*, Paris, Hermann.

ELSTER J. et HYLLAND A. (1986), *Foundations of social Choice Theory*, Cambridge, Cambridge University Press.

EWALD F. (1997), « L'expérience de la responsabilité », Qu'est ce qu'être responsable ? Sciences humaines communication, Auxerre, p.57-81.

FARID M.A. (1980), The malaria programme - from euphoria to anarchy, *World Health Forum*, 1: 8-33.

FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé*, Essai de généalogie, Paris, PUF.

FASSIN D. (2001), « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique» in Bernard Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, p.30-32.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

FEACHEM R. (2000), Poverty and inequity: a paper focus for the new century, *Editorial Bulletin of the World Organization*, 2000, 78 (1): 1-2

FLIGSTEIN N. (1998), Fields, Power, and Social Skill: A Critical Analysis of The New.

FOIRRY J. P. (1997), *Economie publique: Analyse économique des décisions publiques*, Hachettes, Paris, 160 pages.

FONDS MONDIAL (rapport d'évaluation, 2009), Macro International Inc (b). Global Fund 5 year Evaluation: Study Area 3. The impact of collective efforts on the reduction in disease burden. Executive Summary. Geneva. March 2009. http://www.theglobalfund.org/en/terg/ evaluations/5year/.

FOSU A.K. (1992), Political Instability and Economic Growth: Evidence from Sub-Saharan Africa, *Economic Development and Cultural Change* 40 (4).

FRANK G. (1967), *Capitalism and Underdevelopment in Latin America: Historical studies of Chile and Brazil*, New York, Monthly Review Press.

FREEMAN R. E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Pitman, Boston.

FRISCH D. et BARON J. [1988], Ambiguity and rationality, *Journal of Behavioral Decision Making*, 1, p. 149-157.

FROBERT L. et FERRATON C. (2003), Gunnar Myrdal : l'économie comme science morale, *L'Économie Politique* 2003/4, n°20, p. 100-112.

FROST L., REICH M. (1998), *Mectizan donation program: Origins, experiences, and relationships with co-ordinating bodies for ochocerciasis control*, Department of Population and International Health, Boston, MA, Harvard School of Public Health.

GABAS J. J. (1988), *L'aide contre le développement ?* L'exemple du Sahel, Paris, Economica.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

GABAS J-J. (2002a), « Une coopération internationale qui se complexifie : peut-on éviter l'impasse ? », In, Gabas J-J (2002), *Nord-Sud : l'impossible coopération ?* Paris, Presses de Sciences po, Collec « la Bibliothèque citoyen ». p. 63-90.

GABAS J-J. (2002b), « Les motivations à l'aide, ou les dérives vers l'arbitraire », In, Gabas J-J (2002), *Nord-Sud : l'impossible coopération ?* Paris, Presses de Sciences po, Collec « la Bibliothèque citoyen ». p. 47-62.

GANG I.N. et LEHMAN J.A. (1990), New Directions or not : USAID in Latin America, *World Development* 18.

GIANFALDONI P. (2004), « Rationalités, décisions en sciences économiques : les présupposés individualistes en question », In J.-R. Alcaras, P. Gianfaldoni et G. Paché (dir.)., *Décider dans les organisations : Dialogue entre Economie et Gestion*, Paris, L'Harmattan, p. 35-55.

GIDDENS A. (1984), *The constitution of Society, Outline of a theory of structuration*, Cambridge, Polity Press.

GIRARD C. (2011), « la démocratie doit-elle être participative ? », *Archives de philosophie*, 2011/2 Tome 74, p. 223-240.

Girard C. et Le Goff A (2010), « Les théories de la démocratie délibérative », In Girard C. et Le Goff A. (dir.) (2010), *La Démocratie délibérative, anthologie de textes fondamentaux*, Paris, Hermann.

GIRAUD O. (2001), La Steuerungstheorie, Une approche synthétique de l'action publique contemporaine, *Politix*. Vol. 14, N°55. Troisième trimestre, p. 85-93.

GISH O. (1982), Selective primary health care: old wine in new bottles, *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1049-1053.

Global Forum for Health Research (2004), The 10/90 Report on Health Research 2003-2004, Geneva, GFHR.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

GOLDBERG M. (1982), Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences Sociales et Santé*, 1, 1982, 53-110.

GOMANEE, K., O. MORRISSEY, P. MOSLEY and A. VERSCHOOR (2003), Aid, Pro-poor Government Spending and Welfare, University of Nottingham, Nottingham Credit *Research Paper* 03/01, Centre for Research in Economic Development and International Trade.

GOND J-P. et MERCIER S. (2005), Les théories des parties prenantes : une synthèse critique de la littérature, documents de travail.

GORDON D. (2000), *The Global Infectious Disease Threat and its Implication for the United States*, National Intelligence Council, Janvier, p.38.

GORDON D. (2002), *The Next Wave of HIV/AIDS : Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China*, National Intelligence Council, September, p. 26.

GOTTRAUX M. (1982), La construction sociale du champ de la prévention, *Sciences Sociales et Santé*, 1, 1982, 15-37.

GOUREVITCH P. A. (1986), *Politics in Hard Times, Ithaca*, Cornell University Press.

GOUSSAULT Y. (1970), *L'animation rurale dans les pays d'Afrique francophone*, Genève, BIT.

GRAMICCIA, G. and BEALES, P.F. (1988) *The recent history of malaria control and eradication. In Wernsdorfer, W.H. and McGregor, I., (Eds.), Malaria: Principles and Practice of Malariology*, New York, Churchill Livingstone.

GRANT J. (1987), *La situation des enfants dans le monde de 1982 à 1983*, New York, UNICEF.

GREENHALGH, L. et KRAMER, R. M. (1990), "Strategic choice in conflicts: The importance of relationships", in Kahn R. L. et Mayer N. Z. (Eds.), *Organizations and Nation-States: New Perspectives on Conflict and Cooperation*, p. 181-221. San Francisco: Jossey-Bass.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

GREENWOOD M. R. (2002), Ethics and HRM: A Review and Conceptual Analysis, *Journal of Business Ethics*, 36, p. 261-278.

GREFFE X. (1984), *Territoires en France : Les enjeux économiques de la décentralisation*, Paris, Economica, 304 pages.

GRELLET G et GRELLET N. (1999), Développement des marchés et coûts de transaction : une critique des politiques économiques néolibérales, *Revue Tiers Monde*, n°157, p. 37-49.

GROSSMAN, M. (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*, Vol. 80, No 2 (Mar. - Apr., 1972), 223-255.

GUILDBAUD A. (2007), Sécurité humaine et santé: nouvelles possibilités d'action pour l'OMS, *Human security journal*, Volume 4, Summer 2007, pp. 56-67.

GUILLAUMONT P. (2000); "Making Aid More Effective in Reducing Poverty : Comment", in *Governance, Equity and Global Markets, Proceedings of the Annual Bank Conference on Development Economics in Europe*, La Documentation Française, Paris.

GUILLAUMONT P. (2001), On the Economic Vulnerability of Low Income Countries, *Etudes et Documents E 2001.02*, CERDI, Clermont-Ferrand.

GUILLAUMONT P. (2005), Pourquoi donner de l'aide ? Commentaires autour de la notion de sélectivité, *Revue d'économie du développement* 2/2005 (Vol. 19), p. 51-60.

GUILLAUMONT P. et CHAUVET L. (1999), *Aid and Performance : A Reassessment, mimeo*, Université d'Auvergne, CERDI, Juin 1999.

GUILLAUMONT P. et CHAUVET L. (2001), Aid and Performance: A Reassessment, *The Journal of Development Studies*, *Taylor and Francis Journals*, vol. 37(6), pages 66-92, August.

GUILLAUMONT P., GUILLAUMONT-JEANNENEY S. et BRUN J-F. (1999), How Instability Lowers African Growth, *Journal of African Economies* 8(1).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

GUILLAUMONT, P. (2004), *On Providing More and Better Aid: More and Better Assessments Needed*, mimeo, CERDI.

GUILLAUMONT, P. et DEMÉOCQ M. (1989), *Risk and Ratchet Effects of Export Instability*, CERDI.

GUNNING J. W. (2005), Pourquoi donner de l'aide ? , *Revue d'économie du développement* 2/2005 (Vol. 19), p. 7-50.

GWATKIN DR. (2000), Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire ? , *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles* No 3.

HABBARD P. (2002), « Le processus d'élaboration des documents stratégiques de lutte contre la pauvreté », in Cling, Razafindrakoto, Roubaud (dir) *Les nouvelles tratégies internationales de lutte contre la pauvreté*, pp. 219-37, Paris, Economica.

HAERINGER G. (2003), Sur la coopération dans les jeux non coopératifs, *Revue d'économie industrielle*, Vol. 103. 2 e et 3 e trimestres 2003. La morphogénèse des réseaux. pp. 175-190.

HALL P. A. et TAYLOR R. C. R. (1997), La science politique et les trois néo-institutionnalismes, *Revue française de science politique*, Volume 47, Numéro 3, p. 469 – 496.

HAMMOUDA H. B. (2003), *100 mots pour comprendre le développement*, Paris, Maisonneuve et Larose.

HANMER L., LENSINK R., WHITE H. (2003), Infant and child mortality in developing countries: analysing the data for robust determinants, *The Journal of Development Studies*, vol. 40, n°1, october, pp. 101-118.

HANNAN M. et CARROLL G. (1995), *Dynamics of Organization Populations*, New York Oxford.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

HANSEN H. ET TARP F. (2000), Aid Effectiveness Disputed, *Journal of International Development* 12, (également publié dans Tarp F. (ed). Foreign Aid and Development. Routledge).

HANSEN H. et TARP F. (2001), Aid and Growth Regressions, *Journal of Development Economics* 64 (2).

HARRISON, P. et LEDERBERG, J. (1997), *Orphans and incentives: Developing technologies to address emerging infections*, Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

HARTMANN J. (204), *Pour la coopération avec l'économie*, Akzente 3/2004, p.28

HEIN W., BARTSCH S. and KOHLMORGEN L. (eds) (2007), *Global Health Governance and the Fight against HIV/AIDS*, Basingstoke: Palgrave Macmillan (forthcoming).

HELLEINER G. (2002), Local Ownership and Donor Performance Monitoring in Tanzania: New Aid Relationships in Tanzania?, *Journal of Human Development*, Juillet.

HIBOU B. (1998), Economie politique de la Banque mondiale en Afrique sud saharienne : Du catéchisme économique au fait et méfait des missionnaires, *Cahiers du CERI*, Paris.

HIBOU B. (1999), *La Privatisation des États*, Paris, Karthala.

HIRSCHMAN A. (1967), *Development projects observed*, Washington, Brookings Institution.

HIRSCHMAN A.O. (1958), *The Strategy of Economic Development*, New-Haven, Yale University Press.

HIRSCHMAN A. O. (1984), *L'Économie comme science morale et politique*, Paris, Hautes études/Gallimard-Le Seuil.

HODGE, G. A. (2000), *Privatization: An International Review of Performance*, Monash University Press, Melbourne, Australia.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

HODGSON G. M. (2000), What is the essence of institutional economics?, *Journal of Economic Issues*, Vol. XXXIV, N°2, June 2000.

HODGSON G. M. (2003), The hidden persuaders: institutions and individuals in economic theory, *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 27, N°2, pp. 159-175, March 2003.

HODGSON G.M. (2004), *The Evolution of Institutional Economics: Agency, structure and Darwinism in American Institutionalism*, Routledge, London, 2004.

HOUNMENOU G. B. (2006), *Décentralisation, Gouvernance participative et dynamiques locales de développement : Etude de cas en milieu rural au Bénin*, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

HUARD P. (1980), Rationalité et identité : vers une alternative à la théorie de la décision dans les organisations, *Revue économique*, n°3. pp. 540-572.

HUGON P. (1989), *Economie du développement*, Paris, Dalloz,

HUGON, P. (1997), *Economie politique internationale et mondialisation*, Paris, Economica.

HUGON P. (1999), Le consensus de Washington en question, *Revue Tiers Monde*, n°157, p. 11-36.

HUTUBESSY R, CHISHOLM D, TAN TORRES-EDEJER T. WHO-CHOICE (2003), Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC320499/?tool=pubmed, *Cost Eff Resour Alloc* 2003.

ILLICH I. (1975), *Némésis Médicale, L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 222 p.

IMG (2002), *Enhancing Aid Relationships in Tanzania: Rapport du Groupe de Surveillance Indépendant*, Rapport soumis lors de la réunion du Groupe Consultatif de Tanzanie, Décembre.

INGRAO B., ISRAEL G., (1990), *The Invisible Hand, Economic Equilibrium in the History of Science*, Londres, MIT Press.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

JACQUEMOT P. (2007), Harmonisation et appropriation de l'aide. Commentaires autour de l'expérience du Ghana, *Afrique contemporaine* 3/2007 (n° 223-224), p. 161-191.

JACQUET P. (2006), Les enjeux de l'aide publique au développement, *Politique étrangère* V 4, N° xxxx, p. 941-954.

JAMISON D.T., MOSLEY W. H., MEASHAM A.R. et BOBADILLA JL, (Eds) (1993), *Disease control priorities in developing countries*, New York, Oxford University Press.

JESSOP B. (2001), Institutional re (turns) and the strategic-relational approach, *Environment and Planning*, vol. 33, n°7, p. 1213-1235.

JONAS H. (1990), *Le principe de responsabilité*, Cerf, Paris.

JONES T. M. (1995), Instrumental Stakeholder Theory: A Synthesis of Ethics and Economics, *Academy of Management Review*, 20 (2), p. 404-437.

KADDAR M. et FLORI Y A (1996), Equité et financement de la santé dans les pays en développement, communication à la XVIIIe journée des économistes français de la santé, Dijon, Janvier.

KANBUR R. (2003), "The Economics of International Aid", article préparé pour le Handbook on *The Economics of Giving, Reciprocity, and Altruism*, édité par Serge Christophe-Kolm et Jean Mercier-Ythier, North-Holland.

KANBUR R. (2005), Reformer la formule : une modeste proposition pour inclure des critères de résultats dans les procédures d'allocation de l'aide de l'IDA, *Revue d'économie du développement*, n°5, 79-108

KANBUR R. et SQUIRE L. (2001), "The Evolution of Thinking About Poverty: Exploring the Interactions", Revised version published in G. Meier and J. Stiglitz (eds.), *Frontiers of Development Economics: The Future in Perspective*, New York, Oxford University Press, 2001

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

KANBUR R., SANDLER T. et K. MORRISON (1999), *The Future of Development Assistance:Common Pools and International Public Goods*, Washington DC., Johns Hopkins Press.

KANTOROVICH. L.V. (1960), *Mathematical methods in the organisation and planning of production*, Publication House of the Leningrad State University, Leningrad, 1939, Traduit en anglais dans : *Management Science*, vol. 6, 1960, 366-422.

KAPUR, D. (2002), Do as I say not as I do: a Critique of G-7 Proposals on Reforming the Multilateral Development Banks, *Working paper* 16, Center for Global Development, Washington DC, Octobre.

KAST R. (2002), *La théorie de la décision*, Paris, La Découverte.

KAUFMANN D., KRAAY A. and ZOIDON-LOBATION P. (1999), Governance Matters, Policy Reaserch *Working Paper 2196*, Worl Bank.

KAUL I., GRUNBERG I., STERN M.A. (2002), *Les Biens Publics Mondiaux*, Paris, Economica (traduit de Global Public goods:International Cooperation in the 21st century,New York : PNUD, Oxford University Press, 1999).

KELLEY H. H. et THIBAUT J. W. (1954), "Experimental studies of group problem solving and process", in G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social Psychology*, vol.2, Addison-
Wesley, Cambridge (Mass.), pp 735- 785.

KEOHANE R. O., MARTIN L. (1999), Delegation to International Organizations, communication présentée au Congrès « *What is Institutionalism*? »

KEROUEDAN D. (2009), De plus en plus de malades pour de moins en moins de soignants: la crise des ressources humaines du secteur de la santé en Afrique, *J Afr Cancer* 2009 ; 1 : 115-22.

KEROUEDAN D. (2010), Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Med Trop* 2010 ; 70 : 19-27

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

KERVASDOUÉ J. (1993), « La santé n'est pas uniquement affaire de médecine », in MALET, (É. H.), *Santé publique et libertés individuelles*, Paris, Passages, p. 235

KHADKA N. (1997), Foreign Aid to Nepal. Donor Motivations in the Post-Cold War Period, *Asian Survey* 37(11).

KHAN M. (2004), *State Failure in Developing Countries and Institutional Reform Strategies, ABCDE Europe*, World Bank, p. 165-195

KICKBUSCH I, and QUICK J. (1998), *Partnerships for health in the 21st century*, Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 1998, 51 (1) : 68-74

KICKBUSCH I. (2000), The development of international health policies: accountability intact? *Social Science and Medicine*, 51 (2000) pg 979-989.

KINGDON J. W. (1984), *Agendas, alternatives and public policies*, Boston and Toronto, Little, Brown and Company.

KINGMA M. (2007), Nurses on the Move: A Global Overview, *Health Services Research*, volume 42, issue 3, June: 1281-1298.

KNACK A. et A. RAHMAN (2004), *Donor Fragmentation and Bureaucratic Quality in Aid Recipients*, Background Paper to World Development Report 2004, Washington DC.

KNIGHT F. H. (1921), *Risk, uncertainty and profit*, New York, Harper & Row

KRASNER S. (1984), Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics, *Comparative Politics*, vol. 16, n o 2, 1984, p. 223-246.

KRASNER S. (1991), Global Communications and National Power: Life on the Pareto Frontier, *World Politics*, 43, Avril 1991, p.336-366.

KRASNER S. (1983), *International regimes*, Ithaca, Cornell Université Press.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

KRUEGER A. O. (1993), *Political Economy of Policy Reform in Developing Countries*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press.

KUZNET S. (1955), Economic Growth and Income Inequality, *American Economic Review*, mars 1955, p.1-28.

KUZNET S. (1972), Croissance et Structures économiques, Paris, Calmann-Levy

LAUTIER B. (2001), Sous la morale, la politique. La Banque mondiale et la lutte contre la pauvreté, *Politique africaine,* 82(2) :169-76.

LAXMINARAYAN R., CHOW J., SHAHID-SALLES S. A. (2006), "Intervention cost-effectiveness: overview of main messages", In Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. (dir.) *Disease control priorities in developing countries*, New York, Oxford University Press.

LAZEGA E. (2007), Réseaux sociaux et structures relationnelles, Paris, P.U.F. " Que sais-je ? ", 128 pages.

LECOMTE B. et NAUDET J.D. (dir) (2000), Survivre grâce à l'aide, réussir malgré l'aide, *Cahier de sciences humaines*, Nouvelle série, n◦ 13, éditions de l'Aube, IRD.

LE GALL P. (2002), Entre sciences de la nature et sciences humaines : l'économie, science des échanges interdisciplinaires, *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 7, 3-11.

LEE K. (2003), *Globalization and Health: An Introduction*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

LEHMBRUCH, G. (1982), "Introduction: Neo-Corporatism in Comparative Perspective", In Lehmbruch, G. et Schmitter, P. C. (dir.), *Patterns of Corporatist Policy-Making*, Beverly Hills, Sage, pp. 3-27.

LEIBENSTEIN, H. (1978), On The Basic Proposition of X-Efficiency Theory, *American Economic Review*, May, 68 (2), pp. 328-332.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

LENTON C. (1999), The Global Forum for Health Research, Remarks made at parallel session number 7.1, 8 June 1999, Geneva.

LOXLEY J. (1990), Structural Adjustment in Africa: Reflections on Ghana and Zambia, *Review of African Political Economy*, No. 47, What Price Economic Reform? (Spring,

LUCAS R. (1988), On the Mechanics of Economic Development, *Journal of Monetary Economics*, 22 (1988) 3-42. North-Holland

MACKELLAR L. (2005), Priorities in Global Assistance for health, aids, and population, OCDE Development Center, *working paper n°244*, June.

MADAULE S. (2008), *L'aide publique au développement : l'abécédaire de la reforme*, Paris, L'Harmattan.

MAHIEU F. R. (1994), Planification ou marché du développement ? Des projets à l'approche programme, *Tiers-Monde*, Tome 35 N°140. p. 851-873.

MAHIEU F. R. (2000), *Les fondements de la crise économique en Afrique, Entre la pression communautaire et le marché international*, Paris, Ed. L'harmattan.

MAIZELS A. et M.K. NISSANKE (1984), Motivations for Aid to Developing Countries, *World Development* 12.

MALTHUS T. R. (1798), *Essai sur le principe de population*, Paris, Éditions Gonthier.

MAMPAEY L. (2009), *Gouvernement d'entreprise, finance et technologie dans les groupes de production d'armements aux États-Unis : une analyse institutionnaliste*, Thèse pour le doctorat en Sciences Économiques, Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines.

MANKIW N. G., ROMER D. et WEIL D. N. (1992), A Contribution to the Empirics of Economic Growth, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 107, No. 2. (May, 1992), pp. 407-437.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

MARCH J. G., BAIER V. E. et SAETREN H. (1991), « Décision et mise œuvre : une série d'ambiguïté », In March J. G. (dir.) *Décisions et organisations*, Paris, Les éditions d'organisation, p. 60-83.

MARCH J. G., BAIER V. E. et SAETREN H. (1968), Décision et mise en œuvre un série d'ambiguïté, Scandinavian, *Journal of Management Studies*.

MARCH E. P. et SMITH B. A. (1984), *Planification des ressources financières du secteur de santé*, Genève, P. 12.

MARCH J. G. and SIMON H. A. (1958), *Organizations*, Wiley, New York, (traduit en français, les organisations, Dunod, Paris, 1965).

MARQUIS G. (2010), *La gestion axée sur les résultats dans la Déclaration de Paris : Quelle place pour les droits de la personne dans le débat sur l'efficacité de l'aide au développement* ? [En ligne]
http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/La_gestion_axee_sur_les_resultats_dans_la_Declaration_de_Paris.pdf (Page consultée le 13 octobre 2011).

MAYHEW A. (1987), The Beginnings of institutionalism, *Journal of Economie Issues*, 21-3 : 971-998.

MAYNTZ R. et SCHARPF F. (2001), L'institutionnalisme centré sur les acteurs, *Politix*, Vol. 14, N°55, Troisième trimestre 2001. pp. 95-123.

McGILLIVRAY, M. (2002), Modelling Aid Allocation, Institut mondial de recherche sur l'économie du développement, Helsinki, document non publié.

McGILLIVRAY, M. (2003), *Efficacité de l'aide et Sélectivité : Intégrer les décisions d'affectation de l'aide*, Document d'information établi pour le séminaire d'experts conjoint, OCDE/CAD - Centre de développement.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

McGILLIVRAY M. et OCZKOWSKI E. (1991), Modelling the Allocation of Australian Bilateral Aid: A Two-part Sample Selection Approach, *Economic Record*, Vol. 67, n° 197, juin, pp. 147-152.

McGILLIVRAY M. et OCZKOWSKI E. (1992), A Two-part Sample Selection Model of British Bilateral Aid Allocation, *Applied Economics*, Vol. 24, p. 1311-1319.

McGILLIVRAY M. et WHITE H. (1993), Explanatory Studies of Aid Allocation Among Developing Countries: A Critical Survey, *Institute of Social Studies*, document de travail n° 148, La Haye.

McKEOWN T. (1976), *The role of Medicine: Dream mirage of Nemesis*, London, Nuffield provincial Hospitals Trust.

McKINLAY R.D. and LITTLE R. (1979), The U.S. aid relationship: a test of the recipient need and donor interest models, *Political Studies*, XXVII (2), p. 236-250.

MCMILLAN I. C. (1973), The political system in business, *Journal of general Management*, 1 (1), Autumn, p. 81-90.

MEERNICK J., KRUEGER E.L. et POE S.C. (1998), Testing Models of U.S. Foreign Policy: Foreign Aid during and after the Cold War, *The Journal of Politics* 60 (1).

MEESSEN B. et VAN DAMME W. (2005), Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ?, *Mondes en développement*, 3/2005 (no 131), p. 59-73.

MEESSEN B., ZHENZHONG Z., VAN DAMME W., DEVADASAN N., CRIEL B. et BLOOM G. (2003), Iatrogenic Poverty, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, n°.7, 581-584.

MERCIER, J. (2002), *L'Administration Publique : De l'École Classique au Nouveau Management Public*, Presses de l'Université Laval, p. 377.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

MERCIER S. (2001), L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique : une synthèse de la littérature, X^{ième} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique 13-14-15 juin 2001

MEUWISSEN L. E. (2002), Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger, *Health Policy and Planning* 17:3, p. 304-313.

MICHAILOF S. (2004), Reforming the Formula: A Modest View from the Trenches, Paper for the 2nd AFD-EUDN, Conference on "*Development Aid: Why and How*?" Paris, November 25th, 2004.

MICHAILOF S. et BONNEL A. (2010), *Notre maison brûle au Sud : Que peut faire l'aide au développement?*, Paris, Fayard.

MILLS A. (1983), Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency, *Social Science and Medicine*.

MITCHELL R. K., AGLE B. R. et WOOD D. J. (1997), Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts, *Academy of Management Review*, 22 (4), p. 853-886.

MITCHELL-WEAVER C, MANNING B. (1990), *Public-private partnerships in Third World development*,The 20th Norma Wilkinson Memorial Lecture, Reading, Reading University.

MOATTI J-P et VENTELOU B. (2009), Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation, *Revue économique*, Presses de Sciences-Po, vol. 60(2), pages 241-256

MONGA C. (2009), *Nihilisme et négritude : les arts de vivre en Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France.

MOSCOVICI S. et DOISE W. (1992), *Dissensions et consensus : Une théorie générale des décisions collectives*, Presse Universitaire de France, Paris, pp 43-72.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

MOSLEY, P., HARRIGAN J., ET TOYE J. (1991), *Aid and power: The World Bank and policy-based lending*, London, Routledge

MOSLEY P., HUDSON, J. and HORRELL S. (1987), Aid, the Public Sector and the Market in Less Developed Countries, *Economic Journal* 97(387), pp 616-41.

MOUNIER A. (1992), *Les théories économiques de la croissance agricole*, INRA, Paris Economica.

MOYO D. (2009), Dead aid: *Why aid is not working and how there is a better way for Africa*, New York, Farrar, Straus and Giroux.

MULLER P. (2003), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, p.34.

MYRDAL G. (1930), *The Political Element in the Development of Economic Theory*, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1971 (5th edition) [1953].

MYRDAL G. (1968), *Asian Drama: an Inquiry into the Poverty of Nations*, Harmondsworth, Penguin Books. (Trad. Française : Le Drame de l'Asie. Une enquête sur la pauvreté des nations, Paris, Le Seuil, 1976.)

MYRDAL G. (1970), *The Challenge of World Poverty*: *A World Anti-Poverty Program in Outline*, New York, Pantheon Books. Trad. française, Le Défi du monde pauvre : Un programme de lutte sur le plan mondial, Paris, Gallimard, 1971.

MYRDAL G. (1978), Institutional Economics, *Journal of Economic Issues*, vol. XII, n° 4, December 1978, p. 771-783.

NASH. J.F. (1950), The bargaining problem, *Econometrica*, 18:155-162, 1950.

NASH. J. F. (1951), Non cooperative games, *Annals of Mathematics*, 54:286- 295, 1951.

NAUDET J-D (2005), Pourquoi donner de l'aide : commentaires, *Revue d'économie du développement* 2/2005 (Vol. 19), p. 61-70.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

NDOUR M. (2006), Partenariats public-privés mondiaux pour la santé : L'émergence d'une gouvernance transnationale des problèmes de santé des pays en développement ? *Iddri*, Idées pour le débat n° 07/2006.

NELSON J. (2002), *Building partnerships: Cooperation between the United Nations system and the private sector*, Report commissioned by the United Nations Global Compact Office, NewYork, United Nations Department of Public Information.

NIEDHAMMER I. et SIEGRIST J. (1998), Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses, *Revue d'épidémiologie de santé publique*, n°46, 1998.

NIELSEN K. (2001), Institutionalist approaches in the social sciences: typology, dialogue, and future challenges, *Journal of Economic Issues*, vol. XXXV, n° 2, pp. 505-516.

NORTH D. (1986), The New Institutional Economics, *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 142.

NWOKEABIA H. (2009), *Why industrial revolution by-passes Africa: A knowledge system Perspective*, London, Adonis & Abbey.

OCDE (1985), *Twenty-Five Years of Development Co-operation*, Paris, OCDE Editions.

OCDE (1996), *Le rôle de la coopération pour le développement à l'aube du XXIème siècle*, Paris, OCDE Editions.

OCDE (2004), *Survey on Harmonisation and Alignment*, Paris, OCDE Editions.

OCDE (2005), *Harmonisation, Alignement, Résultats. Bilan des progrès accomplis, défis à surmonter et occasions à saisir*, Rapport préparé pour le Forum à haut niveau Renforcer ensemble l'efficacité de l'aide au développement, Paris, 28 février-2 mars 2005.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

OCDE (2006), *Enquête 2006 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris – Synthèse et résultats,* OCDE, Paris.

OCDE (2007), *Perspectives des migrations internationales*, Rapport annuel, OCDE Editions.

OCDE (2008), *Enquête 2008 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris : Rendre l'aide plus efficace d'ici 2010*, OCDE, Paris.

OCDE (2011a), *Efficacité de l'aide 2005-2010: progrès accomplis dans la mise en œuvre de la déclaration de Paris*, OCDE, Paris

OCDE (2011b), *Evidence on Trends in Fragmentation and Proliferation, and Implementation and Results of Division of Labour Processes: Key Messages for HLF-4 and Beyond*, document de travail, Equipe de projet du GT-EFF sur la division du travail et la complémentarité, OCDE, Paris.

OCDE (2011c) *Trends of In-country Aid Fragmentation and Donor Proliferation. An Analysis of Challenges in Aid Allocation Patterns Between 2005 and 2009*, projet de rapport de l'Equipe de projet du GT-EFF sur la division du travail et la complémentarité, OCDE, Paris.

O'CONNELL S. (2004), Explaining African Economic Growth: Emerging Lessons from the Growth Project, article présenté à l'atelier biannuel du CREA, Nairobi.

O'CONNELL S. et SOLUDO C. (2001), Aid Intensity in Africa, *World Development*, n°29(9), p. 2537-53.

ODÉN B. et TINNES T. (2003), *Tanzania: New aid modalities and donor harmonisation*, NORAD Report 8/2003, Oslo.

O'HARA P.A. (1997), Veblen's Critique of Marx's Philosophical Preconceptions of Political Economy, *European Journal of the History of Economic Thought*, vol. 4, n° 1, 65-91.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

O'HARA P.A., HOWARD J.S. (2004), Veblen and Sweezy on Monopoly Capital, Crises, Conflict, and the State, *Journal of Economic Issues*, vol. 38, n° 4, 969-987.

OLSON M. (1965), *The logic of collective action, public goods and theory of groups*, Harvard University press, 186 pages.

OMS –Organisation mondiale de la santé-(1996), *L'état de la santé dans le monde*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS.

OMS (1997), *Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS.

OMS (1998), *La vie au 21e siècle: une perspective pour tous*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS.

OMS (1999), *Pour un réel changement, Rapport sur la santé dans le monde*, Genève, OMS.

OMS (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic* Development, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, présidée par J. Sachs, Genève, OMS.

OMS (2006), *Travailler ensemble pour la santé*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS.

OMS (2007), Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS.

OYE K. A. (1993), *Cooperation under Anarchy*, Princeton University Press.

PAGE B. I. (1976), The Theory of Political Ambiguity, *American Apolitical Science Review*, 70: 742-52.

PASQUERO J. (1989), Gérer stratégiquement dans une économie politisée, *Revue Internationale de Gestion*, Vol. 14, N° 3, p. 116-128.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

PASQUERO J. (2008), Entreprise, Développement durable et théorie des parties prenantes : esquisse d'un arrimage socio-constructionniste, *Management international, 12(2,)* Université du Québec à Montréal, Canada.

PENOUIL M. (1979), *Socio-économie du sous développement*, Paris, Dalloz.

PERROT J. (2005), « Eléments pour la conduite d'une relation contractuelle », in PERROT J. et DE ROODENBEKE E. (2005), *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*, Paris, Karthala

PERROT J. et DE ROODENBEKE E. (2005), *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*, Paris, Karthala

PERROUX F. (1961), *L'Économie du XXe siècle*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

PESQUEUX Y. (2006), « Pour une évaluation critique des la théorie des parties prenantes », In Bonnafous-Boucher et Pesqueux (dir.), *Décider avec les parties prenantes : approches d'une nouvelle théorie de la société civile*, Paris, La Découverte.

PETIT O. (1997), *Institutionnalisme et développement durable. Une tentative d'adéquation méthodologique*, Mémoire de DEA, Université de Versailles Saint Quentin.

PFEFFER J. et Salancik G. R. (1978), *The External Control of the Organizations*, New York, Harpers & Raw.

PLATTEAU J. P. (2004), Community-based development in the Context of Within-group heterogeneity, *ABCDE*, World Bank, p. 241-270.

PNUD (1990), *Définir et mesurer le développement humain*, Rapport sur le Développement Humain, New York, PNUD Editions.

PNUD (1994), *Les nouvelles dimensions de la sécurité humaine*, Rapport sur le Développement Humain, New York, PNUD Editions.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

PNUD (2005), *Le temps des ambitions hardies*, Rapport sur le Développement Humain, New York, PNUD Editions.

POLET F. et ZACHARIE A. (2008), L'aide au développement au défi de l'efficacité à Accra, 4 septembre, http://www.cetri.be/spip.php?article815&lang=fr

POST J. E., PRESTON L. E., SACHS S. (2002), *Redefining the Corporation: Stakeholder Management and Organizational Wealth*, Stanford University Press.

POSTEL N. et SOBEL R. (2006), « Quelle théorie hétérodoxe de l'acteur économique ? », in F. Eymard-Duvernay (sous la dir. de), *L'économie des conventions : méthodes et résultats* ; tome 1 : Débats, La Découverte, Paris, p. 131-150.

POSTEL N. et SOBEL R. (2009), Vers une association d'économie politique, *La revue de la régulation*, n° 5, premier semestre.

POSTEL N., SOBEL R. et ROUSSEAU S. (2009), Economie politique, Institutionnalisme et Hétérodoxies : un essaye de généalogie conceptuelle de l'objet propre des hétérodoxies économiques, *Document de travail*.

PREBISCH R. (1950), Commercial Policy in the Underdeveloped Countries, *The American Economic Review*, 49 (2): 251-273.

PRITCHETT L. (2006), La quête continue, *Finances & Développement*, mars, p. 18-22.

RAFFINOT, M. (2010) L'appropriation (*ownership*) des politiques de développement : de la théorie à la pratique. Mondes en développement vol. 38, n°149, p. 87-104.

RAPOPORT A., GUYER M. et GORDON D. (1976), *The 2x2 Game*, Ann arbor, Université of Michigan Press.

RAPPORT BRUNDTLAND (1989), *Notre Avenir à Tous*, Québec, Les Éditions du Fleuve

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

RAZAFINDRAKOTO C. et ROUBAUD (2003), *Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté*, Paris, Ed. Economica.

REICH M. (1995a), The politics of agenda setting in international health: child health versus adult health in developing countries, *Journal of International Development* 7: 489–502.

REICH M. (1995b), The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy, *Health Policy* 32: 47–77.

RICHARDSON G.B., (1972), The organization of industry, *Economic Journal*, Vol/n? 82, pp. 383 396.

RICHTER J. (2003a), *"We the peoples" or "we the corporations"? Critical reflections on UN-business "partnership"'*. Geneva: Geneva Infant Feeding Association/International BabyF ood Action Network (GIFA-IBFAN). January.

RICHTER J. (2003b), *Building on quicksand:The Global Compact, democratic governance and Nestle?* Geneva, CETIM, IBFAN/GIFA, Berne Declaration.

RICHTER J. (2005), Partenariats public-privés et coopération internationale, *Annuaire suisse de politique de développement*, Numéro Vol. 24, n°2 (2005)

RIDDE V. (2003), Santé et développement, Communication réalisée aux XXVIèmes Journées des Économistes Français de la Santé Clermont-Ferrand, CERDI, 9 - 10 janvier 20, p 16

RIDDELL C. R. (1987), *Foreign Aid Reconsidered*, London, ODI/John Hopkins University Press.

RIDLEY R., GUTTERIDGE W. E., CURRAT L. J. (1999), New Medicines for Malaria Venture : a case study of the establishment of a public sector - private sector partnership, Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, 8-11 June, Geneva.

RIST G. (1996), *Le développement : Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Presses de Sciences Po.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ROGERSON A. (2005), Aid Harmonisation and Alignment: Bridging the Gaps between Relaity and the Paris Reform Agenda, *Development Policy Review*, n° 23(5), p. 531-552.

Roll Back Malaria (2000), *RBM Action at country level. Country updates October 1998-june 2000*, Geneva, WHO.

Roll Back Malaria (2002), *Achieving Impact: Roll Back Malaria in the Next Phase, Évaluation indépendante du Partenariat Roll Back Malaria 1998-2001*, Department for International Development of the United Kingdom

Roll Back Malaria (2009), *Évaluation indépendante du Partenariat Roll Back Malaria 2004-2008*, Global Development Advisors.

Roll Back Malaria (2010), *Collection Progrès et Impact du Partenariat RBM : Focus sur le Sénégal*, Genève, http://www.rbm.who.int/fr/ProgressImpactSeries/report4.php

Roll Back Malaria (2011), *Dix ans de partenariat et résultats*, Collection Progrès et Impact, N°7, septembre 2011, Genève, http://www.rollbackmalaria.org/ProgressImpactSeries/docs/report8-fr.pdf

Roll Back Malaria et Boston consulting group (2006), *Global Health Partnership: RBM Benchmarking*, http://www.rollbackmalaria.org/changeinitiative.html.

ROMER P. (1994), The Origins of Endogenous Growth, *Journal of Perspective Economics*, vol 8,winter, pp. 3-22.

ROMER P. M. (1983), *Dynamic competitive equilibria with externalities, increasing and unbounded growth*, University of chicago PhD Dissertation.

ROMER P. M. (1986), Increasing Returns and Long-run Growth, *Journal of Political Economy*, University of Chicago Press, vol. 94(5), pages 1002-37...

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ROODMAN D. (2003), The Anarchy of Numbers: Aid, Development, and Cross-Country Empirics, *Center for Global Development*, Working Paper 32, September.

ROODMAN D. (2006), Aid Project Proliferation and Absorptive Capacity, *Center for Global Development*, Working Paper Number 75, January.

ROSENSTEIN-RODAN P. (1943), Problems of industrialization of Eastern and South-Eastern Europe, *Economic Journal*, Vol. 53,

ROSENSTEIN-RODAN P. (1957), "Notes on the Theory of the Big Push", in: Ellis and H. Wallick: *Economic Development for Latin America* - Proceeding of the IEA Conference. St. Martins, New York. Repris en 1961, In: Ellis, dir., Economic Development for Latin America.

ROSENSTEIN-RODAN P.N. (1968), The Consortia Technique, *International Organization*, N° 22(1), p. 223-30.

ROSTOW W.W. (1960), *Les étapes de la croissance économique : un manifeste non communiste*, Paris, Seuil.

ROUSSEAU S. (2007), Vulnérabilité et résilience, analyse des entrées et sorties de la pauvreté : le cas de Manjakandriana à Madagascar, *Mondes en développement* 4/2007 (n° 140), p. 25-44.

RUGGIE J. G. (2002), The Theory and Practice of Learning Networks Corporate Social Responsibility and the Global Compact, *Journal of citizenship*: 5, 27-36.

SACHS J., FAYE M. L., McARTHUR J. W., and SNOW T., (2004), The Challenges Facing Landlocked Developing Countries, *Journal of Human Development*, Vol. 5, No. 1, March 2004.

SACHS J.D. (2005), *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*, New York, The Penguin Press.

SAETREN H. (1983), *Iverksetting av offentiflig politick* (Mise en œuvre des politiques publiques), Bergen, Universititetsforlaget.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

SALIM B., SOHANI, SWAFIYA M. SALIM, HENRY NYAMU and HUGH ANNETT (2003), « Health Care Financing: A Model From Rural Kenya », In AUDIBERT et al. (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu* », Paris, Karthala.

SAMUELS W. J. (1995), The Present State of Institutional Economics , *Cambridge Journal of Economics*, Vol 19, pp 569-90.

SAMUELSON P.A. (1954), The Pure Theory of Public Expenditure, *Review of Economics and Statistics*, vol. 11, pp. 387-389.

SANDLER T et SCHIRHART J. T. (1980), The economic theory of clubs: an evaluation survey, *Journal of economic literature*, 18 December, pp 1481-1521.

SAVAGE L. (1954), *The Foundations of Statistics*, New York, Dover.

SAYLES L. R. (1958), *Behaviour of industrial Work groups*, New York, Wiley.

SCHABAS M., (1990), *A World Ruled by Number, William Stanley Jevons and the Rise of Mathematical Economics*, Princeton, Princeton University Press.

SCHLEIFER A. (1995), Establishing property rights, Proceedings of the World Bank annual Conference on Development Economics 1994, 1995, p. 93-117.

SCHMIDT C. (1996), « Risk and uncertainty: a knightian distinction revisited », dans Schmidt C. (ed.), *Uncertainty in Economic Thought*, Londres, Edward Elgar.

SCHNEIDER-BUNNER C. (1997) : *Santé et justice sociale : L'économie de la santé face à l'équité*, Paris, Economica.

SCHULTZ T. W. (1980), Nobel Lecture: The Economics of Being Poor, *Journal of political Economy*, Août 1980, p. 827-846.

SCOTT W. R. (1987), The Adolescence of Institutional Theory, *Administrative Sciences Quarterly*, Vol. 32, Issue 4: 493-511.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

SEN A. (1981): Poverty and famines, an essay on entitlement and deprivation, Oxford, Clarendon.

SEN A. (1985), *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North-Holland.

SEN A. (1999), *Development as freedom*, New York, Oxford University press.

SEN K. and KOIVUSALO M. (1998), Health care reforms in developing countries, *International Journal of Health Planning and Management*, 13:199-215.

SEVERINO J. M. (2001), Refonder l'aide au développement au XXIe siècle, Critique internationale, n°10 - janvier

SEVERINO J. M. et DEBRAT J-M. (2010), *Idées Reçues sur l'Aide au Développement*, éditions Le Cavalier Bleu, Paris, janvier 2010

SHEPSLE K. A., WEINGAST B. (1987), The Institutional Foundations of committee Power, *American Political Science Review*, p. 85-104

SHIFFMAN J. (2005), Donor funding priorities for communicable disease control in developing countries, unpublished working paper, Department of Public Administration, Maxwell School of Public Administration, Syracuse University, New York, 40 p.

SHIFFMAN J. (2008), Has Donor Prioritization of HIV/AIDS Displaced Aid for Other Health Issues*?, Health Policy and Planning* 23(2): 95-100.

SHIFFMAN J. (2009), A social explanation for the rise and fall of global health issues, *Bull. World Health Organ.*, vol. 87, 8, 608-13.

SHIFFMAN J. and SMITH S. (2007), Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality, *Lancet* 2007, 370, 1370-9.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

SHIFFMAN J., BEER T. and WU Y. (2002), The Emergence of Global Disease Control Priorities, *Health Policy and Planning*, 17(3): 225-234.

SICAULT G. (1973), Les différentes orientations de la politique de santé, *Tiers-Monde*, tome 14 n°53, p. 9-18.

SIMON H. A. (1978/1982), On how to decide what to do?, *Bell Journal of Economics*, Vol.9, n°2, p.494-507, reproduit in Simon, H. (1982).

SIMON H. A. (1978a), Rationality as process and as Product of thought, *American Economic Review*, 68 (2), May, p.1-16.

SIMON H. A. (1978b), On how to decide what to do?, *Bell Journal of Economics*, 9 (2), Autunm, p. 494-507.

SINGER H. W. (1989), *The relationship between debt pressures, adjustment policies and deterioration of terms of trade for developing countries* (with special reference to Latin America) / H.W. Singer / H.W. SINGER. - The Hague : ISS, 1989

SINGER H.W. (1950), *U.S. Foreign Investment in Underdeveloped Areas: The Distribution of Gains between Investing and Borrowing Countries*, The American Economic Review, 40(2): 473-485.

SINGH, R.D. (1985), *State Intervention, Foreign Economic Aid, Savings and Growth in LDCs: Some Recent Evidence*, Kyklos 38(2), pp 216-32.

SIRVEN N. (2007), De la pauvreté à la vulnérabilité : Évolutions conceptuelles et méthodologiques, *Mondes en développement* 4/2007 (n° 140), p. 9-24.

SMITHSON M. (1999), Conflict aversion: preference for ambiguity vs conflict in sources and evidence, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 79 (3), p. 179-198.

SMYRL M.(2005), Vers un retour du politique dans le néo-institutionnalisme, *Pôle Sud* 2/2005 (n° 23), p. 115-130.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

SOGGE D. (2003), *Les Mirages de l'aide internationale*, Paris, Enjeux Planète.

SOLOW R. M. (1956), A Contribution to the Theory of Economic Growth, *Quarterly Journal of Economics*, 70:65-94.

STEPHANY D. (2001), *Développement durable et performance des entreprises*, Paris, Editions Liaisons.

STERN N. (2002), *Mondialisation, développement et pauvreté : bâtir une économie intégrée, Banque mondiale*, Paris, Eska, 2002.

STIERLE F., KADDAR M., TCHICAYA A. et SCHMIDT-EHRY B. (1999), Indigence and access to health care in Sub-Saharian Africa, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 14, 81-105.

STIGLITZ J. E. (1998), *Responding to Economic Crises: Policy Alternative for Equitable Recovery and Development*, Ottawa, North-South Institute Seminar.

STIGLITZ J. E. (2002), Overseas Aid is Money Well Spent, *Financial Times* (April 14).

STIGLITZ J. E. (2003), La grande désillusion, Paris, Fayard (Traduit par Paul Chemla).

SUCHMAN M. C. (1995), Managing Legitimacy: strategic and institutional approches, *Academy of Management Review*, Vol. 20, n°3, p.571-610.

TANDON, Y. (2008), *Ending aid dependency*, Oxford, Fahamu Books & Pambazuka Press.

TENNYSON R. and WILDE L. (2000), *The Guiding Hand: Brokering Partnerships for Sustainable Development*, New York, UN department of Public Information.

TESNER S. et KELL G. (2000), *The United Nations and Business: A Partnership Recovered*, New York, St. Martin's Press, 2000, 200 p.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

THOMAS H. (2008), Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc., Recueil Alexandries, Collections Esquisses, janvier 2008, url de référence: http://www.reseau-terra.eu/article697.html

TIDJANI ALOU MAHAMAN (1996), Les coopérations dans l'arène nationale, *Nouveaux Cahiers de l'IUED*, n° 4.

TIEBOUT C. M. (1956), A pure theory of local expenditures, *Journal of Political Economy*, n°64, 1956, pp 416-424.

TIZIO S. (2005), Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle, *Mondes en Développement*, Vol.33-2005/3-n°131

TIZIO S. et FLORI Y. A. (1997), L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun? , *Revue Tiers Monde* 38, 152837-858.

TOLLISON R.D. (1972), Consumption Sharing and Non-Exclusion Rules, *Economica*, Août 1972, 39(155), p. 276-291

TREISMAN D. (2000), Causes of Corruption: A Cross national Study, *Journal of Public Economics*, (76), p. 399-457.

TSOUKIAS A. (2003), De la théorie de la décision à l'aide à la décision, Document de travail, Rutberg University.

TUBIANA L. et SEVERINO J.M. (2002), *Biens publics globaux, gouvernance mondiale et aide publique au développement*, La documentation française, rapport du Conseil d'Analyse Economique (CAE), 2002, pp. 349-373.

TULLOCK G. (1967), The General Irrelevance of the General Impossibility Theorem, *Quaterly Journal of Economics*, 81, pp 256-270.

TURING. A. (1950), *Computing machinery and intelligence*, Mind, 49:433-460, 1950.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ULBERT C. (2008), The Effectiveness the Global Health of Partnership: What determines their success or failure?, Paper Presented at the 49th Annual ISA Convention, Sans Francisco, CA, March, 28th -29th 2008.

ULBERT C. and RISSE T. (2005), Deliberately Changing the Discourse: What Does Make Arguing Effective? *Acta Politica* 40: 3, 359-367.

UNDP (1998), *Consumption for Human Development*,Human Development Report, New York, Oxford University Press.

UNDP (2005), *International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world*, Human Development Report 2005, New York, UNDP.

UNGER J. P. and KILLINGSWORTH J. R. (1986), Selective primary health care: a critical review of methods and results, *Social Science and Medicine*, 22:1001-1013.

UNITED NATION (2001a), *World Economic and Social Survey 2000. Vulnerability in a Globalizing World*, New York, Department of Economic and Social Affairs.

UNITED NATION (2001b), *The Costs of Poverty and Vulnerability*, Department of Economic and Social Affairs.

UTTING P. (2000), *UN-Business Partnerships: Whose Agenda Counts?*, Geneva: UNRISD.

UTTING, P. (2002), The Global Compact and Civil Society: Averting a collision course, *Development in Practice*, 12(5): 644-647.

VAN LERBERGHE W. et BROUWERE V., 2000, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne » in Gruénais et Pourtier (eds.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine n° 195, juillet-septembre 2000, Paris, La Documentation française, p. 175-190.

VELASQUEZ G. (1989), Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du Tiers Monde, *Tiers-Monde*, Volume 30, Numéro 118 p. 455 – 463.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

VELASQUEZ G. (1991), Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS, *Tiers-Monde*, Année 1991, Volume 32, N° 127. p 673-680.

VENIERIS Y.P. et GUPTA D.K. (1986), Income Distribution and Sociopolitical Instability as Determinants of Savings: A Cross-Sectional Model, *Journal of Political Economy* 94.

VOGEL D. (2006), *The Market for Virtue*, Washington D.C, Brookings Institution Press.

- (2008), *Le Marché de la Vertu*, Economica, Paris.

VON NEUMANN J. AND MORGENSTERN O. (1950), *Theory of games and economic behaviour*, Princeton University Press, Princeton, 1944. Second edition in 1947, third in 1954.

WACZIARG R. (2002), Book review of Esterly's "Elusive quest for growth", *Journal of Economic Literature*, p. 907-918.

WAGSTAFF A. (2002), Poverty and health sector inequalities, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, n° 2,97-105.

WAGSTAFF A. et VAN DOORSLAER E. (2003), Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993-98, *Health Economics*, vol. 12, n° 11,921-934.

WALLSTEN T. S. (1990), "The cost and benefit of vague information", in HOGARTH R. (ed.), *Insights in decision making: Theory and applications*. A tribute to the late Hillel Einhorn. Chicago, Chicago University Press.

WALSH J. et WARREN K. (1979), Selective primary health care, an interim strategy for disease control in developing Countries, *New England journal of medicine*, 301:18:967-74.

WALT G. (1994), *Health Policy: An introduction to process and power*, London, Zed Press.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

WHITFIELD L. (2008), *The Politics of Aid: African strategies for dealing with donors*, Oxford University Press.

WHITFIELD, L. et FRASER A. (2008), "Understanding Contemporary Aid Relationship", *In* Whitfield L. (2008), *The Politics of Aid: African strategies for dealing with donors*, Oxford University Press.

WHO (World Health Organization) (1974), *WHO expert committee on malaria, sixteenth report*, Geneva, WHO.

WHO (1995), *Réduire les écarts*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, WHO.

WHO (1998), *The global eradication of poliomyelitis*, Available at http://www.who.int: WHO.

WHO (1999), Making a difference, The world health report, Geneva, Switzerland, WHO.

WHO (2005), *The Roll Back Malaria Strategy for Improving Access to Treatment through Home Management of Malaria*, Geneva, WHO.

WHO (2006), *Guidelines for the Treatment of Malaria*, Geneva, WHO

WHO (2007), *A safer future: global public health security in the 21st century*, The world health report, Geneva, Switzerland, WHO.

WIDDUS R., EVANS P. (1999), Lessons learned from the Children's Vaccine Initiative 1990-1999, Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, Geneva, 9 June 1999.

WIENER. N. (1948), *Cybernetics*, Cambridge, MIT Press.

WILDAVSKY, A. (1979), *The Politics of the Budgetary Process*, 3 edn. Boston, Little Brown and Company.

WILLETTS P (1982), *Pressure groups in the global system*, London, Frances Pinter.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

WILLIAMSON O. E. (1963), Managerial Discretion and Business Behavior, *American Economic Review*, 53, 1032-57

WILLIAMSON O. E. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and antitrust implications*, New York, The Free Press.

WILLIAMSON O. E. (1976), Franchise Bidding for Natural Monopolies - In General and with Respect to CATV, *Bell Journal of Economics*, 7:1, Spring, 73-104

WILLIAMSON O E (1979), Transaction-Cost Economics : the gouvernance of contractual relations, *Journal of Law Economics*, vol.XXII, n°2 p. 233.

WILLIAMSON O. E. (1985), *The economic institutions of capitalism*, New York, The Free Press.

WILLIAMSON O. E. (1987), Transaction Cost Economics: The Comparative Contracting Perspective, *Journal of Economic Behavior and Organization*; 8(4), December, 617-25

WILLIAMSON, O. E. (1995), *The institutions and governance of economic development and reform*, Proceedings of the World Bank. Annual Conference on Development Economics 1994, 1995, p. 171-197.

WILLIS C. Y. and LEIGHTON C. (1995), Protecting the poor under cost recovery : the role of means testing, *Health Policy and Planning*, vol. 10, n° 3,214-256.

WINSTANLEY D. and WOODALL J. (2000), The Ethical Dimensions of HRM, *Human Resource Management Journal*, 10 (2), p. 5-20.

WINTER G. (2002), *L'impatience des pauvres*, Paris, Presses Universitaires de France.

WOHLGEMUTH M. et BRANDI C. (2007), *L'Europe à la carte? Justification fondée sur la théorie des clubs*. Il s'agit d'un document de travail de la Fondation pour une innovation politique ; http://www.fondapol.org/wp-content/uploads/pdf/documents/DT_Union_a_27.pdf

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

WOLFE R. A., and PUTLER D. S. (2002), How tight Are the Ties that Bind Stakeholder Groups, *Organization Science*, vol 13., n° 1, january-february, p. 64-80.

WOLFGANG H. R., DENG F., WITTE J. M., BENNER T., WHITAKER B et GERSHMAN J. (2000), *Choix Cruciaux : Les Nations unies, les réseaux et l'avenir de la gouvernance mondiale*, Centre de recherche pour le développement international (CRDI), http://www.idrc.ca/openebooks/922-4/

WOODWART A, KAWACHI I. (2000), Why reduce health inequalities?, *J Epidemiol Community Health*, 54:923-929.

WORLD BANK (1987), Financing health services in developing countries: an agenda for reform, Washington, DC, The World Bank.

WORLD BANK (1993), *Investing in Health*, New York, World Development Report.

WORLD BANK (1997), *Health, nutrition, and population sector strategy*, Human Development Network, World Bank Group. Washington DC.

WORLD BANK (1998), *Assessing Aid: What Works, What Doesn't and Why*?, World Bank Policy Research Report, Oxford University Press.

WORLD BANK (2002), *Poverty and Climate Change: Reducing the Vulnerability of the Poor*, Washington D.C., World Bank.

WORLD BANK and IMF (2005), Aller de l'avant : modalités de financement en vue de la réalisation des OMD, Washington DC.

YAMEY G. (2004), Roll Back Malaria: A Failing Global Health Campaign Only increased Donor Support Malaria Control Can Save It, *British Medical Journal*, 238: 7448, 1086-1087.

YAYA H.S. (2005), Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique : ancrages théoriques et influences conceptuelles, *Economies et sociétés, La Revue de l'Innovation*, volume 10, n°3, pp 1-17.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ZACHER M. W. (2007), “The transformation in Global Health Collaboration since the 1990ss”, in: Cooper, Andrew F./Kirton, John J./Schrecker, Ted (Eds.): *Governing Global Health : Challenge, Response, Innovation*, Aldershot: Ashgate, 15-27.

ZAMMIT, A. (2003), *Development at risk: Rethinking UN-business partnerships*, Geneva, The South Centre and the United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).

ZÜRN M. (1992), Interessen und institutionen in der internationalen politik, Grundlegung und Anwendungen des situationsstrukturellen Ansatzes, Opladen, Leske Budrich. Cité par (Mayntz et Scharpf, 2001)

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Table des matières

Introduction générale 15

1. Le constat : une remise en cause et une dispersion de l'aide 17

2. Problématique et démarche 25

3. Plan 33

1ère partie : Fondements théoriques et méthodologiques de l'analyse 39

Chapitre 1 : Les fondements théoriques 40

1. Les limites de la théorie des jeux, de la théorie des clubs et de la nouvelle économie institutionnelle 41

1.1. Théorie des jeux 42

1.2. Théorie des clubs 46

1.3. Les institutionnalismes en économie et leurs implications pour notre objet 53

1.3.1. Institutionnalisme et économie de développement 53
1.3.2. Les deux courants institutionnalistes 56
1.3.3. De l'institutionnalisme historique à l'institutionnalisme centré sur les acteurs 60

2. Cadre d'analyse : un institutionnalisme centré sur les acteurs 63

2.1. Une vue d'ensemble du cadre d'analyse 65

2.2. Les éléments du cadre d'analyse et leurs articulations 67

3. Les éléments clés pour l'étude de la décision des politiques d'aide au développement 76

3.1. De la rationalité substantive à la rationalité procédurale 76

3.2. Origine et rôle des images politiques et lieux politiques 79

3.2.1. L'origine des concepts d'images politiques et de lieux politiques 79
3.2.2. Le rôle des images politiques 82
3.2.3. Les lieux politiques 83

3.3. L'ambiguïté comme outil de délibération 84

Chapitre 2 : Méthodologie 88

1. Démarche et matériaux 89

1.1. Une approche historico-analytique des politiques et des discours sur l'aide 91

1.2. Exploitation de la base de données de l'OCDE 91

1.3. Les entretiens 92

1.4. Exploitation des rapports d'évaluation sur l'évolution de la coordination des donateurs 92

1.5. Etude de cas : la question du processus de délibération conduisant à la coordination 93

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2. Un ciblage spécifique sur les entretiens 94
2.1. Les organisations rencontrées 94
1.2. La grille d'entretien 97
2.3. Le déroulement des entretiens 99

2ème Partie : L'aide à la santé des années 1960 aux années 1990 : une succession d'images politiques 103

Chapitre 3 : Des années 1960 aux années 1970 : du biomédical aux besoins humains 104

1. Les images politiques de l'aide à la santé 105
1.1. D'une vision biomédicale dans les années 1960… 105
1.1.1. Les stratégies de développement 106
1.1.2. Les programmes de santé 108
1.1.3. Les politiques d'aide à la santé 109
1.1.4. Les limites de l'approche biomédicale 111
1.2. … à une approche par les besoins humains dans les années 1970 112
1.2.1. Les stratégies de développement 114
1.2.2. Les programmes de santé 115
1.2.3. Les politiques d'aide à la santé 117
1.2.4. Les difficultés de mise en œuvre de l'approche par les droits humains 120
2. Le lieu politique de l'aide à la santé : une composition inchangée et une transformation du rôle de l'État 121
3. L'impact des images politiques 124

Chapitre 4 : Des années 1980 aux années 1990 : de la santé comme un bien public à la santé comme levier de développement 129

1. Les images de l'aide à la santé des années 1980 aux années 1990 130
1.1. Les années 1980 : le passage d'un service public à un bien public 130
1.1.1. Les stratégies de développement 131
1.1.2. La santé comme bien public 132
1.1.3. Les politiques d'aide à la santé 134
1.1.4. Les difficultés de mise en œuvre rencontrées par l'approche en termes de bien public 136
1.2. Les années 1990 : la santé comme levier du développement 138
1.2.1. Les stratégies de développement 138
1.2.2. La santé comme facteur de développement 141
1.2.3. Les politiques d'aide à la santé 142
2. Le lieu politique de l'aide à la santé : un élargissement qui s'accompagne d'une transformation du rôle de l'État 142
3. L'impact des images politiques 145

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3ème Partie : L'aide à la santé à partir de la fin des années 1990 : une pluralité d'images politiques 153

Chapitre 5 : Les images et les lieux politiques depuis la fin des années 1990 154

1. Les images politiques : sécurité et développement durable 155

1.1. La mondialisation et les « risques globaux » : la question de la sécurité 155

1.1.1. Une situation épidémiologique qui menace la santé publique internationale ... 156
1.1.2. La mondialisation, multiplicateur de risques pour la santé 157
1.1.3. La mauvaise santé devient un facteur de risque politique et sécuritaire 159
1.1.4. Sécurité et Biens Publics Mondiaux 161

1. 2. L'agenda du développement socialement durable 165

1.2.1. Les sommets internationaux : la montée en puissance de la thématique du développement socialement durable 165
1.2.2. Le développement socialement durable : analyse théorique et implications en termes de politiques d'aide à la santé 168

2. Le lieu politique de l'aide à la santé : les partenariats public-privés dans leur diversité 170

2.1. Les partenariats public-privés : quels fondements théoriques et institutionnels ? 171

2.2.1. Les fondements théoriques 171
2.1.2. Le fondement institutionnel des PPP et des autres mécanismes de coordination: l'agenda de la gouvernance et ses limites 182

2.2. Les partenariats public-privés dans le domaine de la santé : quelle réalité ? 186

2.2.1. Les PPP : Les caractéristiques d'une nouvelle approche de coopération internationale 188
2.2.2. L'importance de la démarche participative et contractuelle 189

3. L'impact de la pluralité des images politiques sur la mobilisation de l'aide 192

3.1. Une diversité mobilisatrice… 192

3.1.1. L'acception de la pluralité des images politiques 192
3.1.2. Le rôle stratégique des images politiques dans la mobilisation 195
3.1.3. Une mobilisation réussie 198

3.2. Une mobilisation de l'aide permise par un mécanisme de délibération adapté 201

3.2.1. L'ambiguïté : un instrument de délibération 201
3.2.2. Des exemples d'ambiguïté dans les partenariats entre acteurs variés 206

Chapitre 6 : L'impact de la coexistence des images politiques : une étude empirique 214

1. Les grandes tendances statistiques de l'aide pour la santé 215

1.1. Les trois catégories de l'aide à la santé 215

1.2. La santé dans les flux d'aide au développement 216

1.2.1. Les grands secteurs de l'APD : une attention effective accrue pour le secteur social…. 216
1.2.2. …dont profite en particulier l'aide à la santé 219

1.3. Les principaux donateurs 221

1.3.1. Les pays 221

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1.3.2. Les donateurs multilatéraux 226
2. Le poids des différentes images politiques de l'aide à la santé 229
2.1. L'évolution de la composition des flux d'aide à la santé : un changement de priorité 230
2.2. Un nouveau régime ? Une étude économétrique 233
2.2.1. Identification théorique des critères d'attribution de l'aide à la santé 233
2.2.2. Hypothèses 238
2.2.3. Le modèle 239
2.2.4. Les données 242
2.2.5. Estimation et résultats 242
4ème Partie : Une meilleure coordination est-elle possible ? 251
Chapitre 7 : Une coordination insatisfaisante 252
1. L'état de la coordination entre les organisations intergouvernementales 254
1.1. L'agenda de la coordination 254
1.2. Les conséquences de l'absence de coordination sur l'efficacité de l'aide 257
1.3. Evolution de la coordination institutionnelle 261
1.3.1. L'évolution de la coordination institutionnelle de l'aide dans son ensemble 261
1.3.2. L'évolution de la coordination institutionnelle de l'aide à la santé 263
2. L'évaluation de la coordination sur la base des critères de la Déclaration de Paris 271
2.1. La dispersion de l'aide au tournant des années 2000 272
2.1.1. Une évaluation au regard de la structure des flux internationaux d'aide 272
2.1.2. La part de l'aide multilatérale dans l'APD 273
2.1.3. La part de l'aide déléguée 274
2.1.4. L'étendue du champ d'intervention des donateurs 275
2.2. Évolution récente de la coordination au regard des indicateurs de mise œuvre de la déclaration de Paris **276**
2.2.1. Les progrès limités accomplis en matière de coordination 277
2.2.2. Les progrès limités accomplis en matière d'alignement 279
2.2.3. Les progrès limités accomplis en matière de gestion axée sur les résultats 282
2.2.4. Les progrès limités accomplis en matière d'appropriation : une analyse à partir de la qualité des stratégies de développement 284
2.2.5. En définitive, une aggravation de la fragmentation de l'aide 289
Chapitre 8 : Une étude de cas : la coordination pour lutter contre le paludisme 293
1. Roll Back Malaria Partnership : genèse et objectifs 295
1.1. Genèse 295
1.2. Objectifs 299
2. Evaluation de l'atteinte des objectifs 301
2.1. Une mobilisation réussie 301
2.2. Une coordination globale qui laisse à désirer 304

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2.2.1. Le recul du paludisme au Sénégal : un succès du à une mobilisation accrue des ressources et à une amélioration de la coordination locale 304
2.2.2. La coordination globale au sein de Roll Back Malaria 310
3. L'origine des échecs de RBM en matière d'élaboration de plans d'action stratégique 314
3.1. Analyse théorique : le plan d'action stratégique, un contrat transactionnel et/ou relationnel ? 315
3.1.1. Compréhensibilité, ré-interprétabilité ou l'acceptation des diverses lectures ... 317
3.1.2. Ambiguïté et coût du partenariat : l'apport de l'ambiguïté en termes d'efficience 317
3.1.3. Le plan d'action comme un compromis entre acteurs variés 318
3.2. Un plan d'action stratégique remis en cause par la diversité des images politiques 321
Chapitre 9 : La coordination de l'aide : un objectif aux présupposés contestables 333
1. Le constat des donateurs autour de l'inefficacité de l'aide 335
1.1. Une diversité de motivations stratégiques néfaste 335
1.1.1. Les motivations stratégiques et le détournement de l'aide de ses objectifs 335
1.1.2. Les motivations stratégiques et la dispersion de l'aide 336
1.2. Une coordination nécessaire 337
1.2.1. L'entente sur un nombre d'objectifs limités, voire un objectif unique 338
1.2.2. L'entente sur un modèle d'allocation internationale unique et des procédures coordonnées 339
2. À la recherche d'un modèle « optimal » : les principaux modèles d'allocation internationale de l'aide et leurs implications pour l'aide à la santé 339
2.1. Le modèle de Collier et Dollar (2000, 2001) et ses prolongements 340
2.1.1. Présentation des modèles 340
2.1.2. Application à l'aide à la santé : quelles implications en termes d'images politiques ? 345
2.2. Le modèle de Guillaumont et Chauvet (2001) : l'influence de la vulnérabilité sur l'efficacité de l'aide 347
2.2.1. Présentation du modèle de Guillaumont et Chauvet 347
2.2.2. Application du modèle de Guillaumont et Chauvet à l'aide à la santé : quelles implications en termes d'images politiques ? 348
2.3. Le modèle de Cogneau et Naudet (2004) : une allocation en termes d'égalité de chance 350
2.3.1. Présentation du modèle Cogneau et Naudet (2004) 350
2.3.2. Application du modèle de Cogneau et Naudet à l'aide à la santé : quelles implications en termes d'images politiques ? 353
3. Une coordination impossible 355
3.1. L'agenda actuel de coordination, en se focalisant sur les motivations stratégiques, ignore des freins importants à la coordination 355

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3.2. L'adoption d'un seul objectif par l'ensemble des donateurs est impossible 358

Conclusion générale 362

Bibliographie 375

Table des matières 428

Liste des tableaux 434

Liste des figures 434

Liste des graphiques 434

Liste des encadrés 435

Annexes 437

Résumé 480

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Liste des tableaux

Tableau 1 : La part de l'aide totale au développement orientée vers les services sociaux (santé, éducation, eau…) 125
Tableau 2 : Les différents sommets en lien avec le développement durable depuis 1992..... 166
Tableau 3 : Les PPP et les autres mécanismes de coordination 187
Tableau 4 : Ambiguïté et mobilisation 199
Tableau 5 : La part de la santé dans l'aide totale de chaque donateur (dollar constant, 2008)... 225
Tableau 6 : Coefficient de corrélation de Pearson 235
Tableau 7 : Le coefficient de corrélation linéaire de Pearson 237
Tableau 8 : Résultats de l'estimation 242
Tableau 9 : Résultats de l'estimation 246
Tableau 10 : L'appropriation par l'OMS des principes de la déclaration de Paris 265
Tableau 11 : Les partenaires au sein d'IHP+, 2007 - 2010 271
Tableau 12 : Les accords d'aide bilatérale au développement par objet..... 273
Tableau 13 : Evolution de l'aide programme depuis 2004 (constant 2008, milliards de USD) . 276
Tableau 14 : Les progrès accomplis en matière de coordination 277
Tableau 15 : Les progrès accomplis en matière d'Alignement 280
Tableau 16 : les progrès accomplis en matière de gestion axée sur les résultats 282
Tableau 17 : La qualité des stratégies nationales de développement, 2005-2010..... 286
Tableau 18 : Fragmentation de l'aide à l'échelle internationale (taux de fragmentation de l'aide par groupe de revenu)..... 290
Tableau 19 : Estimation du nombre de décès dus au paludisme évités chez les moins de cinq ans grâce à l'augmentation de la couverture en moustiquaire imprégnée d'insecticide et traitement préventif intermittent sur la période 2000–2009 dans les 12 pays 303
Tableau 20 : le fossé entre les conditions d'une coordination efficace et le fonctionnement des PPP 330
Tableau 21 : Les images politiques d'aide à la santé des modèles d'allocation 354
Tableau 22 : Différence entre la théorie des clubs et l'approche du club de clubs..... 367

Liste des figures

Figure 1 : Les coûts de la coordination et de la dispersion 30
Figure 2 : Allocation optimale du bien collectif par le club..... 48
Figure 3 : Carte des préférences individuelles 50
Figure 4 : Vue d'ensemble du modèle analytique..... 66
Figure 5 : Une présentation d'ensemble de la démarche..... 90
Figure 6 : Le lieu politique de l'aide à la santé dans les années 1960 et 1970 :..... 124
Figure 7 : Le lieu politique de l'aide à la santé dans les années 1980 et 1990 : États, Banque Mondiale, OIG spécialisées, ONG délibèrent ensemble pour identifier les objectifs et actions prioritaires de l'aide à la santé..... 145
Figure 8 : Les partenariats public-privés..... 184
Figure 9 : La diversité des images politiques de la santé et les stratégies possibles..... 193
Figure 10 : Liens entre coordination des donateurs et efficacité de l'aide..... 257
Figure 11 : Prévalence de la parasitémie au Sénégal 306

Liste des graphiques

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Graphique 1 : La part de l'aide destinée au secteur social dans l'aide totale des années 1960 aux années 2000 126
Graphique 2 : L'aide à la santé dans les années 1970 (dollars courants) 127
Graphique 3 : Espérance de vie à la naissance en fonction du total des dépenses de santé par habitant 137
Graphique 4 : L'aide à la santé dans les années 1980 (dollars courants) 146
Graphique 5 : La part de l'aide à la santé dans l'aide totale pour les années 1970 et 1980 147
Graphique 6 : L'aide à la santé dans les années 1990 149
Graphique 7 : La part de l'aide à la santé dans l'aide totale pour les années 1990 149
Graphique 8 : La part de la santé dans l'aide totale pour les années 2000. 200
Graphique 9 : Evolution de l'aide publique au développement par grands secteurs (dollar constant, 2008) 217
Graphique 10 : Part de l'aide engagée pour les grands secteurs dans l'aide publique totale (dollar constant, 2008) 218
Graphique 11 : Part de l'aide engagée pour les grands secteurs dans l'aide publique totale ventilable par secteur (dollar constant, 2008) 218
Graphique 12 : Evolution de l'aide publique à la santé entre 1995 et 2009 (dollar constant, 2008) 219
Graphique 13 : La part de l'aide à la santé et à la population dans l'APD totale comparée à celle des autres secteurs 220
Graphique 14 : Engagements annuels moyens des pays du CAD et des institutions multilatérales en matière d'aide à la santé entre 2007 et 2009 222
Graphique 15 : Evolution des engagements en matière d'aide publique à la santé pour les grands donateurs 223
Graphique 16 : Evolution des parts de l'aide publique à la santé dans l'APD totale pour les grands donateurs (dollar constant, 2008) 224
Graphique 17 : Evolution des parts de la santé au tournant des années 2000 226
Graphique 18 : Les engagements annuels moyens pour la santé sur la période 2007-2009 des institutions internationales 227
Graphique 19 : Evolution des engagements des donateurs multilatéraux au tournant des années 2000 228
Graphique 20 : Evolution des sous secteurs de l'aide à la santé entre 1996 et 2009 231
Graphique 21 : Part de chaque sous-secteur dans l'aide totale du secteur de la santé 231
Graphique 22 : Ln (aide par tête) en fonction du CPIA sur la période 2001-2006 237
Graphique 23: Fraction (en pourcentage) de l'aide passant pas les acteurs multilatéraux 274
Graphique 24 : La part de l'aide déléguée 275
Graphique 25: Y a-t-il une relation entre la qualité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et leur utilisation par les donneurs ? (56 pays, enquête 2011) 281
Graphique 26 : Engagements et décaissements annuels des bailleurs de fonds en faveur de l'APD pour la lutte 302
Graphique 27 : Financements du Fonds mondial et du Pmi pour le contrôle du paludisme au Sénégal, estimations pour 2003−2010 307

Liste des encadrés

Encadré 1 : Définition de l'aide à la santé 26
Encadré 2 : La gestion axée sur les résultats : origines et liens avec la coordination 30
Encadré 3 : Les autres modes de décision collective 72
Encadré 4 : L'ambiguïté 85
Encadré 5 : Définition et implications théoriques de l'approche biomédicale 106

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Encadré 6 : Des années 1960 aux années 1970 : une transformation du rôle de l'État..... 121
Encadré 7 : Le passage d'une conception des services de santé comme services publics à une conception comme biens publics (adapté d'après Boidin, 2005)..... 132
Encadré 8 : Principes directeurs de l'initiative de Bamako (IB) d'après Ridde (2003)..... 133
Encadré 9 : Le passage de l'aide projet à l'aide programme au sein d'un oligopole : concurrence, marchandage et coordination 139
Encadré 10 : Une transformation du rôle de l'État..... 142
Encadré 11 : l'approche « d'économie publique » et celle par « les biens communs », d'après Boidin (2005, p.31-33) 164
Encadré 12 : Le développement socialement durable (DSD) comme une synthèse de deux images politiques : droits humains et développement 167
Encadré 13 : Les motivations de l'industrie pharmaceutique 184
Encadré 14 : La stratégie en termes de sécurité humaine de l'OMS : ou comment s'adapter et s'ouvrir aux autres acteurs sans renoncer à sa propre image politique ? 194
Encadré 15 : Les problèmes de mise en œuvre 203
Encadré 16 : Le CPIA et les problèmes qu'il pose 236
Encadré 17 : La coordination : de New York à Accra 255
Encadré 18 : Les avantages attendus de la coordination..... 260
Encadré 19 : Les différentes notes des stratégies nationales de développement..... 287
Encadré 20 : Les dates marquantes de l'influence grandissante de RBM 297
Encadré 21 : Le Conseil d'Administration du Partenariat dans la structure fonctionnelle de Roll back Malaria (RBM) 298
Encadré 22 : le recul du paludisme au Sénégal : une *success story* de RBM ou un résultat des initiatives locales antérieures ?..... 309
Encadré 23 : la coordination au sein de RBM : des médicaments aux systèmes de santé..... 310
Encadré 24 : Est-il possible de rattacher les images politiques aux acteurs ?..... 312
Encadré 25 : La nature contractuelle de DSRP et des SWAPs 316
Encadré 26 : Une flexibilité mobilisatrice..... 318
Encadré 27 : La confiance et le consensus : deux éléments essentiels pour les partenariats 319
Encadré 28 : l'attachement au consensus de la part des partenaires 323
Encadré 29 : Le partenariat ASAQ entre Sanofi Aventis et la DNDI..... 324
Encadré 30 : les motivations de Sanofi 327
Encadré 31 : Le caractère limitatif de l'objectif de réduction de la pauvreté 338
Encadré 32 : Le modèle de Collier et Dollar (2000,2001) 341
Encadré 33 : Capacité d'absorption : réalité objective ou subjective ?..... 344
Encadré 34 : Théories post-welfaristes et aide au développement..... 352

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexes

Annexe 1 : Définition de l'aide publique au développement (APD)

Dans cette première annexe, nous donnons d'abord la définition générale de l'APD retenue par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) et ensuite, nous présenterons la définition de quelques notions liées à l'APD.

a. Définition du CAD

L'aide publique au développement (APD) recouvre, selon la définition du comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, les transferts constitués de fonds :

- **d'origine publique** ; l'aide doit tout d'abord émaner d'un organisme public. Il peut s'agir d'un État ou encore d'une collectivité locale (on parle alors de coopération décentralisée). Il peut également s'agir d'organismes agissant pour le compte d'organismes publics. Ce critère permet de distinguer l'aide publique et l'aide privée. La première repose sur le budget des autorités publiques ; la seconde est fondée sur les constructions volontaires de personnes physiques ou morales. A l'inverse de l'aide publique, l'aide privée ne fait l'objet d'aucune collecte systématique centralisée[489], mais d'évaluations fondées sur des déclarations fiscales.

- **à destination des pays en développement définis par le CAD** ; ce qui exclut notamment les pays en transition. Pour être classé comme APD, une aide publique doit bénéficier à un « un pays ou territoires en développement » ou, à défaut à un organisme international qui acheminera par la suite cette ressource vers de tels pays. Ainsi, l'aide d'un pays donateur acheminée directement vers un pays en développement est appelée « aide bilatérale » et celle transitant par un organisme international est appelée « aide multilatérale ». Aujourd'hui environ 70% de l'APD est bilatérale. La liste des pays éligibles est établie par le CAD et est révisée tous les trois ans selon l'évolution du revenu national brut (RNB).

- **dont le développement est la priorité** ; pour être comptabilisée dans l'aide publique au développement, une aide doit poursuivre des objectifs de développement pour le pays bénéficiaire et l'amélioration du niveau de vie de sa population. Comme le souligne Charnoz (2007), on peut remarquer que c'est sur la base d'un objectif déclaré et non pas d'un effet démontré, que les flux d'aide sont comptabilisés. Cette réalité est à la source de plusieurs incertitudes

- **qui sont soit des dons, soit des prêts avec facilité de paiement** (c'est-à-dire un élément don supérieur à 25% par rapport au taux actuariel de 10%, les prêts sont comptabilisés à leur valeur prêt, pas à l'estimation de l'équivalent don du prêt). On voit bien donc que l'aide publique peut être structurée en deux catégories : les dons et les prêts. Tous les dons qui satisfont aux conditions citées précédemment sont comptabilisés dans l'aide publique au développement, mais les prêts ne le sont pas systématiquement. Pour être comptabilisés dans l'aide publique au développement, les prêts doivent

[489] Cela rend l'analyse de son évolution relativement difficile.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

répondre à certaines exigences financières en l'occurrence 25% d'élément don au moins. Dit autrement, le don implicitement contenu dans le prêt doit représenter au moins 25% de la valeur du prêt. Mais il est important de préciser que l'élément don est un indice mathématique qui offre une représentation synthétique des termes de la transaction : il est influencé par le taux d'intérêt, sa maturité (durée du prêt), son délai de grâce (délai jusqu'au premier remboursement du capital).

b. Quelques définitions supplémentaires

Engagements et versements

Dans les discussions ou travaux sur l'aide il est récurrent de distinguer les engagements des versements. Par défaut, dans notre travail, les chiffres et les analyses de l'APD se réfèrent aux montants que les bailleurs se sont engagés à verser aux pays en développement. Lorsqu'un bailleur s'engage à verser une certaine somme, le total de cette somme est comptabilisé dans l'APD de l'année, même si les versements effectifs sont différés dans le temps. Cette approche peut induire une forte variabilité des montants de l'APD d'une année sur l'autre.

APD bilatérale et APD multilatérale

L'APD peut être bilatérale ou multilatérale :

- **l'APD bilatérale** est l'aide administrée et acheminée au pays receveur par le pays bailleur. Elle peut éventuellement transiter par des organisations non gouvernementales ou des organisations internationales, à condition de rester sous le contrôle des pays bailleurs[490]. Dans ce cas, l'APD est comptabilisée dans l'APD bilatérale du pays bailleur, et non dans l'APD multilatérale
- **l'APD multilatérale** est composée des contributions des pays membres de l'OCDE aux organisations internationales œuvrant dans le domaine du développement. Ces apports sont ensuite administrés et acheminés au pays receveur par ces organisations internationales.

Les aides multilatérales sont aussi dénommées « **apports multilatéraux** ». Concrètement, sont inclus dans la base de données de l'OCDE, les apports de la Banque mondiale, des banques régionales de développement et de certaines agences des Nations unies. Les projets financés par les membres du CAD mais mis en œuvre par l'intermédiaire des institutions multilatérales et des organisations non gouvernementales sont classés comme bilatéraux (car le donneur conserve le contrôle effectif de l'utilisation qui sera faite des fonds).

Aide liée et Aide déliée

L'APD peut être liée, partiellement liée ou déliée. On dit qu'une aide est liée lorsqu'une des conditions d'attribution de l'aide est que l'argent donné ou prêté soit utilisé pour acheter des biens et services en provenance du pays bailleur ou d'un autre pays en développement. Les pays bailleurs membres du CAD se sont engagés à délier l'aide pour les PMA en raison de ses effets néfastes sur l'efficacité de l'aide. En effet, en limitant la concurrence, la liaison de l'aide peut entraîner un surcoût pour les pays receveurs. Par comparaison, les biens, les ouvrages et les services achetés dans le cadre de dispositifs d'aide liée coûtent 15 à 25 % plus chers en moyenne

[490] Dans ce cas, l'organisation non gouvernementale ou l'organisme international joue le rôle d'agent exécutif. Le pays bailleur décide du destinataire de l'aide et du projet effectué.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

et sont davantage tributaires des intérêts et des capacités des fournisseurs.[491] Le déliement de l'aide est un processus lent, complexe et qui se poursuit encore aujourd'hui. En 2008, les ministres responsables de l'aide au sein des pays des l'OCDE ont clairement reconnu la nécessité de progresser davantage dans ce domaine en portant les efforts de déliement. Selon les données relatives à 2006, 54 % de l'aide bilatérale totale ont été notifiés comme non liés, 3 % comme liés, le degré de liaison des 43 % restants n'ayant pas été indiqué[492] (OCDE, 2008). Techniquement, pour qu'une opération soit reconnue respectivement comme non liée ou partiellement déliée, le donneur doit, au moment où l'aide est offerte, informer le bénéficiaire de manière claire et explicite des sources d'approvisionnement autorisées.

[491] Recommandation du CAD sur le déliement de l'aide (visite du site Juillet 2008), www.oecd.org/cad/deliement

[492] Pour qu'une opération soit reconnue respectivement comme non liée ou partiellement déliée, le donneur doit, au moment où l'aide est offerte, informer le bénéficiaire de manière claire et explicite des sources d'approvisionnement autorisées. Conformément **au Mémorandum d'accord** sur le déliement des prêts bilatéraux de développement en faveur d'achats dans les pays en développement, les membres souhaitant dispenser une aide publique au développement partiellement déliée communiqueront au Président du CAD et, par son intermédiaire, aux autres membres du Comité, leurs listes de pays fournisseurs agréés.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 2 : Aide publique au développement totale et pour la santé

Année	Santé Générale	Santé de Base	Population/Santé&Fert.	Santé et Population
1995	0,98	1,47	1,57	4,02
1996	1,78	1,72	0,86	4,36
1997	1,54	1,56	1,57	4,66
1998	2,48	1,50	1,82	5,80
1999	2,06	1,49	1,68	5,22
2000	2,00	2,31	2,48	6,80
2001	2,01	2,08	2,51	6,60
2002	2,12	2,77	3,31	8,20
2003	2,35	3,04	4,61	10,00
2004	2,69	3,33	4,54	10,57
2005	2,72	4,78	5,46	12,95
2006	3,49	5,44	7,01	15,94
2007	2,45	5,68	9,09	17,21
2008	2,14	6,16	9,68	17,98
2009	2,53	7,90	10,09	20,51

Source : Données tirées de la base de données de l'OCDE, (SNPC[493]). Les montants sont exprimés en milliards de dollars (constants 2008)

[493] Système de Notification des Pays Créanciers (SNPC) (http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 3 : Aide publique au développement par grand secteur de destination

Année	TOTAL VENTILABLE PAR SECTEUR	INFRASTRUCTURE ET SERVICES SOCIAUX	INFRASTRUCTURE ET SERVICES ECONOMIQUES	DESTINATION PLURISECTORIELLE / TRANSVERSALE
1995	42,06	15,97	14,08	5,37
1996	48,34	18,56	15,57	6,04
1997	46,23	19,25	14,01	5,66
1998	49,91	21,81	14,78	5,91
1999	53,55	24,28	14,66	7,93
2000	58,49	30,46	14,07	7,07
2001	60,13	29,61	15,41	7,28
2002	64,58	33,20	14,85	8,12
2003	70,29	38,62	14,13	9,24
2004	83,89	48,23	19,15	7,63
2005	85,11	49,20	17,80	8,93
2006	92,87	55,68	17,85	9,80
2007	100,78	59,43	20,92	10,55
2008	112,10	62,29	27,25	10,79
2009	124,56	69,17	26,99	14,73

Source : Données tirées de la base de données de l'OCDE. Les montants sont exprimés en milliards de dollars (constants 2008)

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 4 : Aide destinée aux secteurs de l'énergie, de l'éducation etc.

Année	Total Aide	Total Ventillable par Secteur	Education	Santé et Population	Energie	Agriculture	Industries
1995	57,44	42,06	2,88	4,02	6,17	5,35	1,11
1996	63,58	48,34	4,40	4,36	4,82	6,25	1,69
1997	60,56	46,23	4,73	4,66	5,52	5,29	1,89
1998	70,56	49,91	4,97	5,80	4,48	5,42	1,61
1999	78,13	53,55	6,57	5,22	2,72	4,92	1,32
2000	85,18	58,49	6,65	6,80	2,97	4,78	1,82
2001	85,93	60,13	6,75	6,60	3,92	5,32	1,77
2002	99,32	64,58	8,20	8,20	4,97	4,85	2,54
2003	115,01	70,29	9,38	10,00	4,65	4,99	2,42
2004	116,72	83,89	11,05	10,57	7,16	4,92	3,10
2005	142,86	85,11	8,66	12,95	5,25	5,57	2,56
2006	148,22	92,87	11,79	15,94	5,46	5,55	2,19
2007	136,11	100,78	11,89	17,21	7,18	7,28	1,60
2008	153,40	112,10	11,59	17,98	7,69	7,83	2,61
2009	163,43	124,56	13,85	20,51	7,10	9,77	2,40

Source : Données tirées de la base de données de l'OCDE. Les montants sont exprimés en milliards de dollars (constants 2008)

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 5 : Aide à la santé par donateur

Donateurs	Engagement moyen de l'aide au développement sur le période 2007-2009	Engagement moyen dans le domaine de la santé sur la période2007-2009	Engagement moyen de l'aide au développement sur le période 1998-2000	Engagement moyen dans le domaine de la santé sur la période 1998-2000
Total donateurs	150,98	18,57	77,96	5,94
Donneurs du CAD, total	107,26	12,19	54,13	3,88
Australie	3,11	0,31	1,52	0,21
Autriche	1,09	0,04	0,59	0,01
Belgique	1,81	0,20	0,84	0,11
Canada	3,75	0,60	1,91	0,09
Danemark	1,74	0,14	1,18	0,08
Finlande	0,98	0,05	0,33	0,02
France	9,33	0,24	4,95	0,14
Allemagne	10,87	0,47	4,88	0,22
Grèce	0,30	0,02	0,00	0,00
Irlande	0,85	0,16	0,27	0,01
Italie	1,68	0,12	1,19	0,06
Japon	14,19	0,32	10,66	0,19
Corée	1,33	0,18	0,00	0,00
Luxembourg	0,28	0,06	0,00	0,00
Pays-Bas	5,44	0,37	3,83	0,25
Nouvelle Zélande	0,30	0,03	0,00	0,00
Norvège	3,86	0,43	2,00	0,13
Portugal	0,31	0,01	0,39	0,01
Espagne	4,46	0,30	1,97	0,20
Suède	2,92	0,17	1,50	0,14
Suisse	1,70	0,07	1,07	0,05
Royaume Uni	8,33	1,45	4,92	0,77
États Unis	28,63	6,46	10,32	1,20
Multilatéral, total	42,96	6,32	23,83	2,06

Source : Données tirées de la base de données de l'OCDE. Les montants sont exprimés en milliards de dollars (constants 2008)

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 6 : Evolution des parts de l'aide à la santé dans l'aide globale au tournant des années 2000

Donateurs	Part de l'aide à la santé dans l'aide totale du donateur considéré pour la période 1998-2000	Part de l'aide à la santé dans l'aide totale du donateur considéré pour la période 2007-2009
Japon	1,75%	2,25%
France	2,73%	2,60%
Portugal	2,39%	3,16%
Autriche	1,43%	3,60%
Suisse	4,76%	3,84%
Allemagne	4,43%	4,35%
Finlande	7,13%	4,64%
Suède	9,37%	5,68%
Espagne	10,05%	6,66%
Pays-Bas	6,65%	6,85%
Italie	5,24%	7,28%
Danemark	6,94%	7,83%
Grèce	0,00%	8,19%
Nouvelle Zélande	0,00%	9,77%
Australie	13,95%	10,07%
Norvège	6,27%	11,05%
Belgique	12,58%	11,20%
Donneurs du CAD, total	7,18%	11,37%
Total, APD	7,62%	12,30%
Corée	0,00%	13,37%
Multilatéral, total	8,64%	14,71%
Canada	4,73%	16,04%
Royaume Uni	15,70%	17,45%
Irlande	3,69%	18,62%
Luxembourg	0,00%	19,83%
États Unis	11,63%	22,57%

Source : Calcul de l'auteur d'après des données de l'OCDE.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 7 : Les données du modèle

Pays	D	lnaidetete	DSida	Variation (lnpop)	Variation (lnr)
Albania	0	1,60461183	0	-2,74928603	-0,44833576
Angola	0	0,98511512	0	-1,29325774	-1,25456009
Armenia	0	0,84735992	0	-2,73970282	-0,93227248
Azerbaijan	0	-0,39269954	0	-1,81092522	-1,07851798
Bangladesh	0	0,6157935	0	1,02003876	-1,4063661
Belarus	0	n	0	-1,56866465	-0,02143879
Belize	0	0,65714429	0	-5,31998636	0,6425599
Benin	0	0,91563641	0	-1,96034758	-1,49785844
Bhutan	0	2,79201457	0	-4,51135348	-0,74938419
Bolivia	0	2,25073162	0	-1,80189349	-0,42553685
Brazil	0	-2,9704025	0	1,25155956	1,10060855
Burkina Faso	0	0,40319497	0	-1,46219541	-1,7483178
Burundi	0	-0,14093559	0	-2,01187577	-2,39634455
Cambodia	0	1,08270431	0	-1,37327345	-1,65300762
Cameroon	0	0,24037242	0	-1,161957	-0,80172172
Cape Verde	0	1,75101789	0	-4,7219641	-0,17490571
Chad	0	1,53043889	0	-1,81085282	-2,00073173
Chile	0	-0,91856288	0	-1,16945491	1,22288531
China	0	-2,30672533	0	3,24488417	-0,63191597
Colombia	0	-1,02480133	0	-0,1821694	0,44719591
Comoros	0	2,01736269	0	-4,53630245	-1,24987624
Djibouti	0	2,10374576	0	-4,25540908	-0,65742756
Dominican Republic	0	1,19110005	0	-1,74458271	0,18765301
Ecuador	0	0,32533454	0	-1,39748091	0,09710395
El Salvador	0	1,24701718	0	-2,09160175	0,21502198
Equatorial Guinea	0	2,58249176	0	-4,76870477	-0,46952299
Eritrea	0	2,40609125	0	-2,63880654	-1,98112326
Ethiopia	0	0,42827272	0	0,24828138	-2,38174575
Ghana	0	1,10320869	0	-0,92190645	-1,41735522
Guatemala	0	1,30218231	0	-1,5065271	0,09588814
Guinea	0	1,1539595	0	-1,81474151	-1,16053114
Guinea-Bissau	0	1,43680704	0	-3,61896406	-2,12721588
Haiti	0	1,37707699	0	-1,76529372	-1,21317487
Honduras	0	1,89399979	0	-2,09587844	-0,69427383
India	0	-0,30019527	0	3,01091768	-1,24987624
Indonesia	0	-0,25058177	0	1,42368912	-0,6021371
Jamaica	0	0,71860709	0	-2,94171404	0,57557708
Jordan	0	1,42687553	0	-2,35900832	0,09101009
Kenya	0	1,31718729	0	-0,48813809	-1,29284227
Lesotho	0	0,68677981	0	-3,27949872	-0,74373446
Liberia	0	0,7901901	0	-2,8906058	-2,5008884
Madagascar	0	1,05667501	0	-1,15311342	-1,82836051
Malawi	0	2,03812814	0	-1,48510445	-2,11604258
Maldives	0	0,44356932	0	-5,2129039	0,23797469
Mali	0	1,19018222	0	-1,63030327	-1,85367832
Marshall Islands	0	4,08752077	0	-6,84863924	0,43021464
Mauritania	0	1,98330922	0	-2,99321142	-0,99183475
Mongolia	0	1,39667681	0	-3,02297558	-1,26083954
Morocco	0	0,16385336	0	-0,5583386	-0,18452117

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mozambique	0	1,72535369	0	-1,02761015	-2,06197536
Namibia	0	1,45441953	0	-3,29406366	0,30481925
Nepal	0	0,28512944	0	-0,72967283	-1,94302342
Nicaragua	0	2,49445082	0	-2,2817091	-0,74092152
Niger	0	-0,09652661	0	-1,54075115	-2,13851544
Nigeria	0	-0,09742678	0	0,89501726	-1,71801245
Pakistan	0	-1,06446605	0	1,00131186	-1,12279081
Panama	0	0,47595295	0	-2,83611039	0,84233391
Papua New Guinea	0	2,64531715	0	-2,2483012	-0,56848007
Paraguay	0	0,74608975	0	-2,2443615	0,06374693
Peru	0	0,72818005	0	-0,66156662	0,38174373
Philippines	0	-0,2445402	0	0,41315655	-0,28257262
Rwanda	0	1,28985634	0	-1,93064425	-1,7483178
Samoa	0	2,89001066	0	-5,62855889	-0,10559391
Senegal	0	1,63553148	0	-1,5955569	-1,16053114
Seychelles	0	1,65506724	0	-6,41947024	1,57616466
Sierra Leone	0	1,54012162	0	-2,41675017	-2,16150495
Singapore	0	n	0	-2,5241106	2,79161618
Solomon Islands	0	2,47321731	0	-4,81130584	-0,58037082
South Africa	0	0,18725049	0	-0,14246415	0,81781429
Sri Lanka	0	-0,1819101	0	-0,94424315	-0,63191597
Sudan	0	-0,79502175	0	-0,41893578	-1,61863998
Suriname	0	3,05747741	0	-4,72746424	0,30284297
Swaziland	0	0,57948033	0	-3,89024374	0,013511
Togo	0	0,17938534	0	-2,26255473	-1,61863998
Tonga	0	1,86874577	0	-6,20262217	0,14456244
Tunisia	0	0,3268461	0	-1,64555504	0,32340169
Uganda	0	1,47713511	0	-0,73153052	-1,68859857
Ukraine	0	n	0	0,03565732	-0,60949909
Uzbekistan	0	-0,88378527	0	-0,7009446	-0,87605934
Vanuatu	0	2,66618124	0	-5,57919918	-0,16538183
Zambia	0	1,47948304	0	-1,57833047	-1,54067844
Zimbabwe	0	1,33388551	0	-1,36535644	-0,96336307
Albania	1	1,89644349	0,001	-2,74657071	0,29356831
Angola	1	1,42315255	1,6	-1,15214447	-0,37980887
Armenia	1	1,68561816	0,1	-2,76922303	-0,24709347
Azerbaijan	1	0,72895224	0,03	-1,76499649	-0,35722727
Bangladesh	1	0,55100902	0,1	1,04769383	-1,25691026
Belarus	1	-1,36428822	0,2	-1,59172248	0,3383094
Belize	1	0,82889447	2,1	-5,15907426	0,82155041
Benin	1	1,81473026	1,3	-1,79285401	-1,26083954
Bhutan	1	2,39259361	0,1	-4,36805859	-0,32892349
Bolivia	1	1,91242247	0,1	-1,69064415	-0,41974762
Brazil	1	-2,02207583	0,6	1,32844184	0,86382375
Burkina Faso	1	1,62430889	2,1	-1,34364403	-1,48990611
Burundi	1	1,43921858	3,5	-1,90599397	-2,72063636
Cambodia	1	2,02565117	1,5	-1,26366329	-1,39549643
Cameroon	1	1,02644625	6	-1,11257906	-0,58757373
Cape Verde	1	2,94995643	0,5	-4,59331091	0,06771727
Chad	1	0,97053835	3,4	-1,65186909	-1,57242713
Chile	1	-0,53530185	0,3	-1,10433258	1,25157248
China	1	-1,86548637	0,1	3,28514912	-0,03891854

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Colombia	1	-2,16658402	0,5	-0,09525059	0,35644155
Comoros	1	1,57048903	0,1	-4,41965235	-1,05197062
Djibouti	1	2,76986524	3,1	-4,139007	-0,49007537
Dominican Republic	1	0,80921659	1,3	-1,65406432	0,40820348
Ecuador	1	0,41096423	0,3	-1,31799876	0,34386277
El Salvador	1	1,35718133	0,8	-1,97675794	0,41926962
Equatorial Guinea	1	2,84484272	3,7	-4,59877354	0,9720494
Eritrea	1	1,60283278	1,2	-2,45961401	-2,15378291
Ethiopia	1	1,08945021	2,4	0,3588745	-2,3793332
Ghana	1	1,8436894	2,3	-0,81407829	-1,40001111
Guatemala	1	1,17998792	0,8	-1,38107609	0,34938546
Guinea	1	1,28133712	1,2	-1,70838276	-1,30511236
Guinea-Bissau	1	1,74220425	1,8	-3,46154642	-2,26557431
Haiti	1	2,34715545	2,2	-1,75683825	-1,20346243
Honduras	1	1,87013732	0,9	-1,93730096	-0,38144153
India	1	-0,57474619	0,5	3,0979724	-0,90101994
Indonesia	1	-0,08514354	0,1	1,49687289	-0,35882344
Jamaica	1	1,60946654	1,4	-2,90980394	0,76294778
Jordan	1	1,41825037	0,1	-2,22363693	0,38341814
Kenya	1	1,91556498	6,7	-0,37737464	-1,15626674
Lesotho	1	2,5446002	23,9	-3,29319254	-0,71824061
Liberia	1	1,42397039	1,4	-2,70064414	-2,48068569
Madagascar	1	1,07969882	0,1	-0,99560228	-1,71676944
Malawi	1	2,54861398	13,3	-1,35507986	-2,27638523
Maldives	1	1,41537347	0,1	-5,02674263	0,41780119
Mali	1	1,63304054	1,5	-1,31860393	-1,57242713
Marshall Islands	1	4,49991007	0	-6,69235081	0,63371811
Mauritania	1	1,47972455	0,7	-2,80126775	-1,05197062
Mongolia	1	1,37588861	0,1	-2,96238273	-0,93738758
Morocco	1	-0,15953391	0,1	-0,48882051	-0,00135009
Mozambique	1	2,38137511	10,3	-0,92243387	-1,741928
Namibia	1	2,97843919	14,6	-3,1885467	0,45104125
Nepal	1	1,13028849	0,5	-0,60857933	-1,78753851
Nicaragua	1	2,45062914	0,2	-2,24777331	-0,55789796
Niger	1	1,21173618	0,7	-1,29199093	-2,00238326
Nigeria	1	0,95138185	3,2	1,03633391	-1,26083954
Pakistan	1	0,06474498	0,1	1,13350024	-0,92324308
Panama	1	-0,35741994	1	-2,73264937	1,03740544
Papua New Guinea	1	2,00969373	0,3	-2,13651677	-0,89281196
Paraguay	1	0,2186383	0,4	-2,13255579	-0,27167895
Peru	1	0,64093197	0,4	-0,56970572	0,45600404
Philippines	1	-0,09068973	0,1	0,51420986	-0,23714314
Rwanda	1	2,30064195	4,3	-1,70193712	-1,90782468
Samoa	1	2,61307849	0	-5,57812038	0,14011068
Senegal	1	1,94855475	0,4	-1,45790552	-0,96922819
Seychelles	1	2,14632026	0	-6,35985472	1,65437419
Sierra Leone	1	1,66551662	1,3	-2,23040968	-1,99415276
Singapore	1	n	0,1	-2,43351242	2,78414383
Solomon Islands	1	2,87044429	0	-4,65583127	-0,90929585
South Africa	1	1,37671986	21,5	-0,04808015	0,90618736
Sri Lanka	1	0,4277781	0,01	-0,91840331	-0,37980887
Sudan	1	0,51817592	2,3	-0,31696641	-1,04878082

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Suriname	1	3,08554869	1,7	-4,68899569	0,4265796
Swaziland	1	2,72242157	26,3	-3,77773821	0,12742139
Togo	1	0,82674853	3,6	-2,10167404	-1,62202408
Tonga	1	3,93544648	0	-6,16499589	0,14011068
Tunisia	1	-0,40591448	0,1	-1,58659054	0,502974
Uganda	1	2,05877994	7,9	-0,56805651	-1,76773589
Ukraine	1	-0,76731008	0,8	-0,01545279	-0,21062379
Uzbekistan	1	0,20287788	0,1	-0,63129542	-1,084441
Vanuatu	1	2,94241485	0	-5,4636854	-0,09131147
Zambia	1	2,94922824	15,4	-1,44667267	-1,28072091
Zimbabwe	1	1,82440014	26	-1,32198414	-0,91206978

Source : Présenter par l'auteur d'après des données de l'OCDE.

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 8 : Résultats complets du modèle économétrique

The REG Procedure
Model: MODEL1
Dependent Variable: lnaidetete lnaidetete

Number of Observations Read 164
Number of Observations Used 160
Number of Observations with Missing Values 4

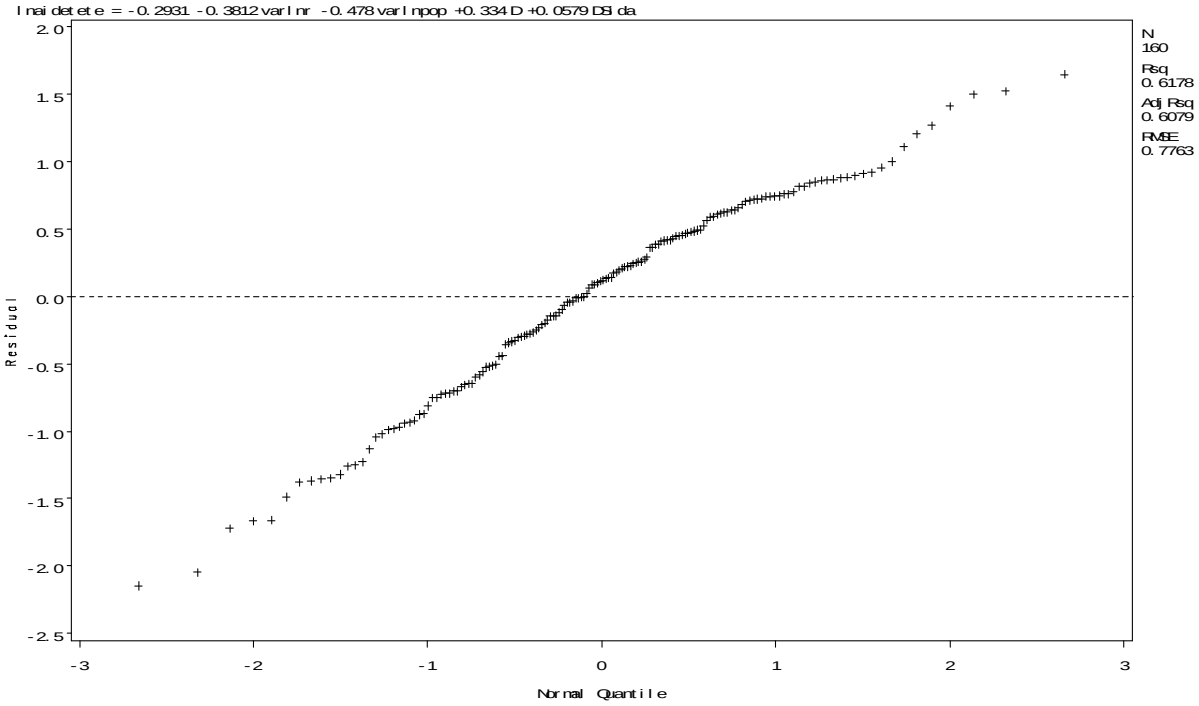
Analyse de variance

Source	DF	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur F	Pr > F
Model	4	150.99113	37.74778	62.63	<.0001
Error	155	93.41986	0.60271		
Corrected Total	159	244.41099			

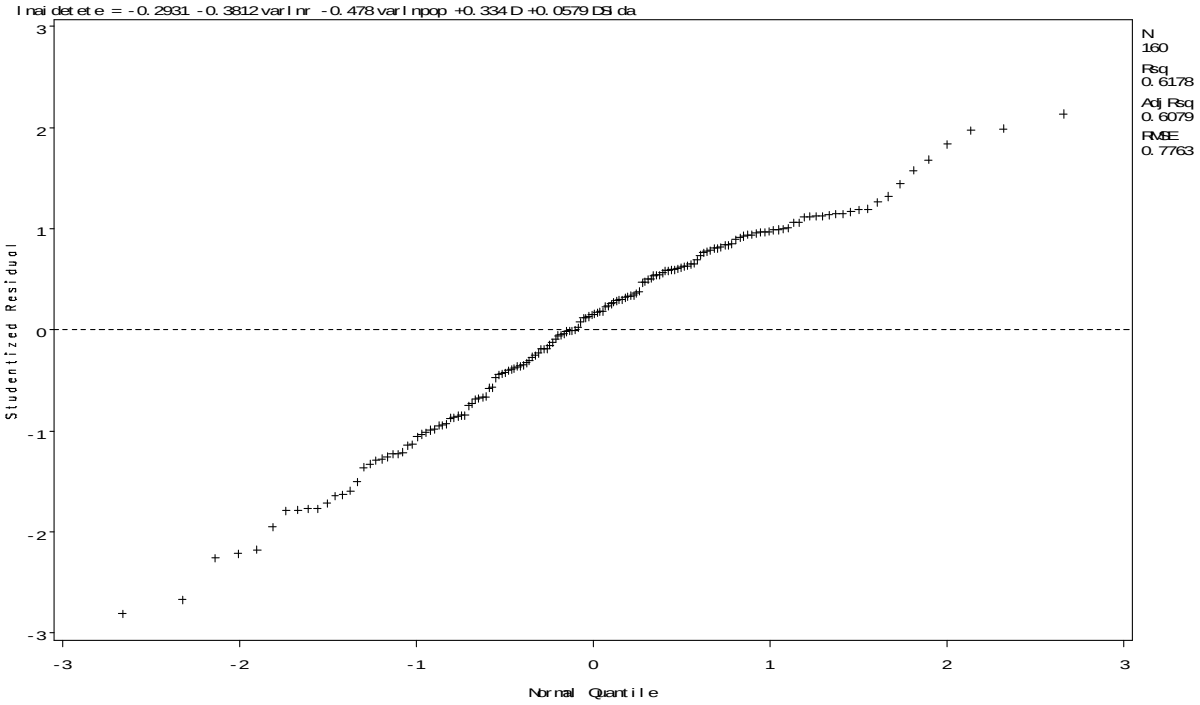
Root MSE 0.77634 R-Square 0.6178
Dependent Mean 1.16289 Adj R-Sq 0.6079
Coeff Var 66.75989

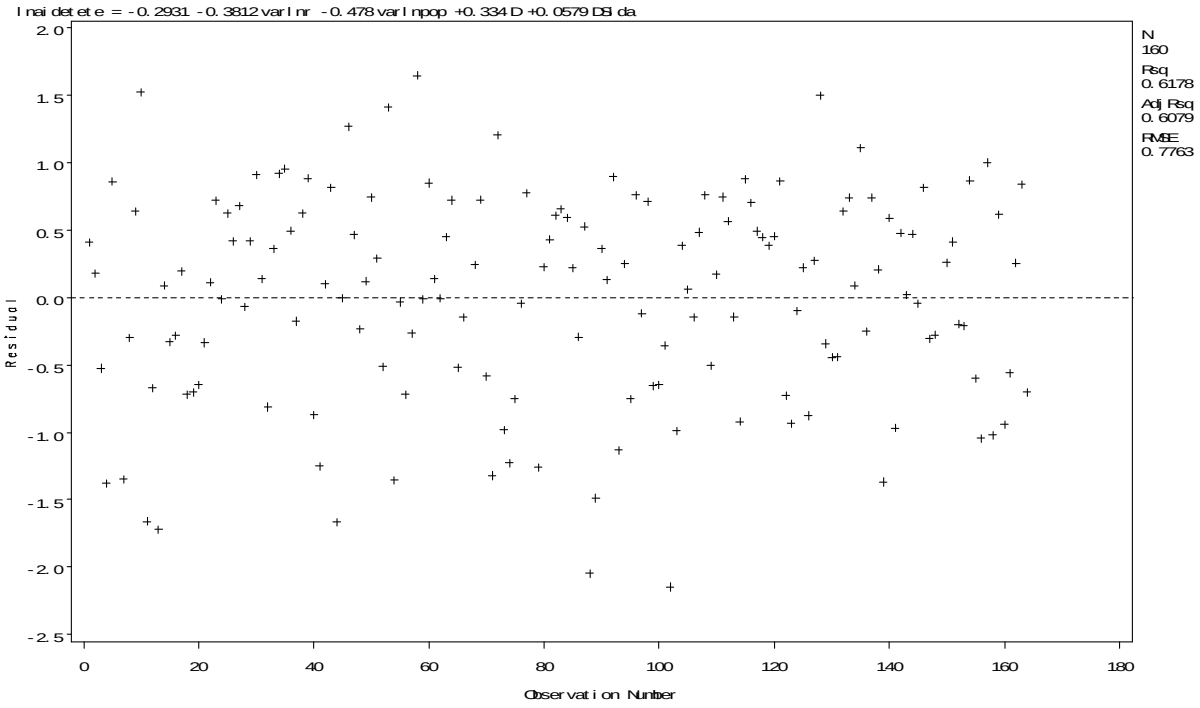
Résultats estimés des paramètres

Variable	DF	Résultat estimé des paramètres	Erreur std	Valeur du test t	Pr > |t|	Inflation de variance
Intercept	1	-0.29314	0.12745	-2.30	0.0228	0
varlnr	1	-0.38116	0.06531	-5.84	<.0001	1.09239
varlnpop	1	-0.47798	0.03217	-14.86	<.0001	1.08145
D	1	0.33395	0.13140	2.54	0.0120	1.14576
DSida	1	0.05790	0.01491	3.88	0.0002	1.13184



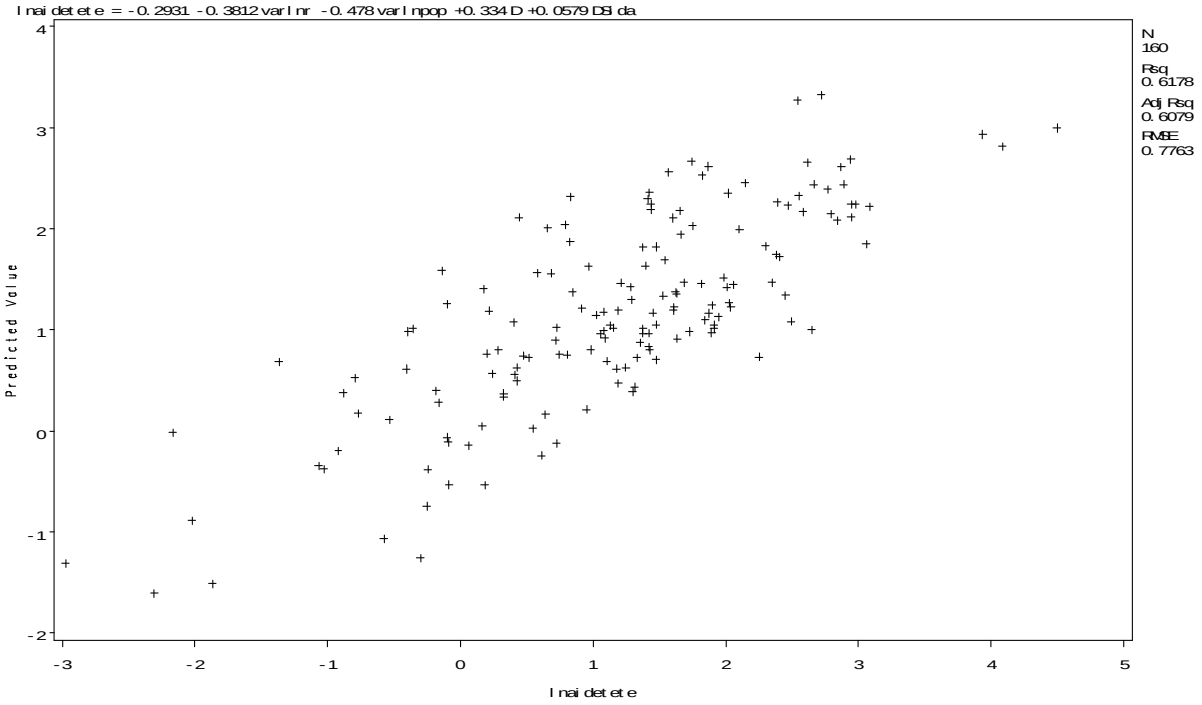
© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

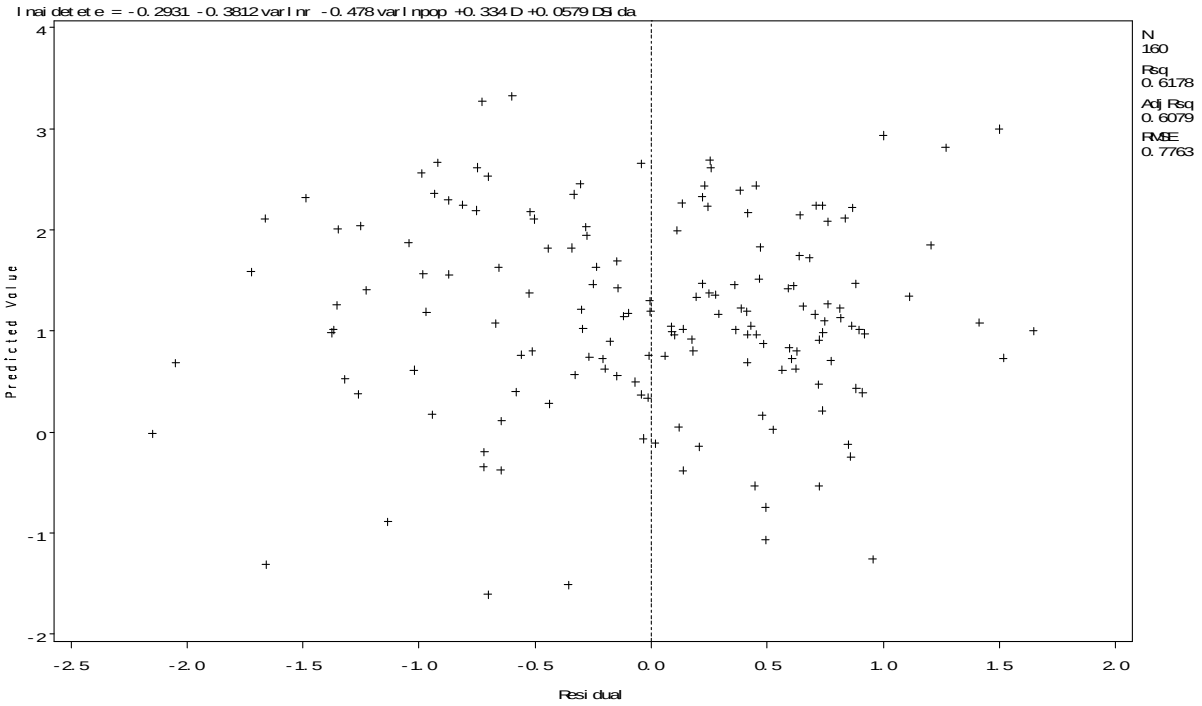




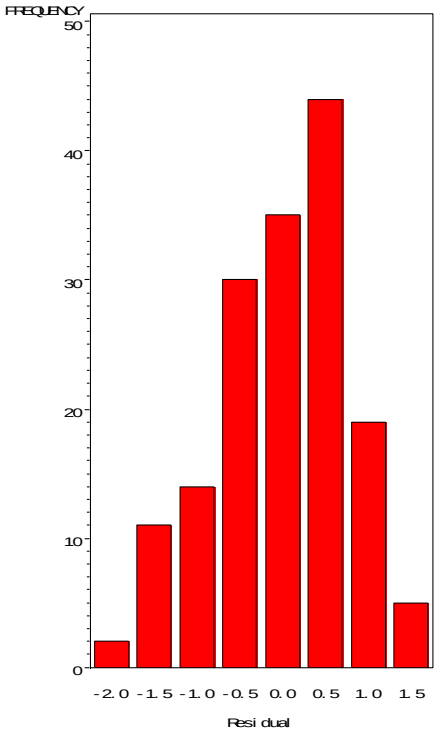
© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr





© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr



Résultats complets du modèle économique de l'évaluation du poids de la qualité de la gouvernance dans l'aide.

Le Système SAS 10:14 Thursday, September 30, 2010 35

The REG Procedure
Model: MODEL1
Dependent Variable: Resid Residual

Number of Observations Read	82
Number of Observations Used	55
Number of Observations with Missing Values	27

Analyse de variance

Source	DF	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur F	Pr > F
Model	1	4.21937	4.21937	16.17	0.0002
Error	53	13.82875	0.26092		
Corrected Total	54	18.04812			

Root MSE	0.51080	R-Square	0.2338
Dependent Mean	0.14289	Adj R-Sq	0.2193
Coeff Var	357.48967		

Résultats estimés des paramètres

Variable	Libellé	DF	Résultat estimé des paramètres	Erreur std	Valeur du test t	Pr > |t|
Intercept	Intercept	1	-1.75035	0.47581	-3.68	0.0005
cpia	cpia	1	0.56684	0.14096	4.02	0.0002

© 2012 Tous droits réservés.

Annexe 9 : Corrélation entre les différentes variables du modèle

SAS calcule le coefficient de corrélation et indique en dessous le seuil de significativité. Dès que cette valeur est supérieure au seuil de significativité (5%), on accepte l'l'hypothèse nulle d'absence d'auto-corrélation entre les variables étudiées. Ce calcul donne les résultats suivants :

Tableau de corrélation

	Variable ln (revenu par tête)	Variable ln (population)	Variable dummy (D)	Variable sida après 2001 (Dsida)
Variable : ln (revenu par tête)				
Coefficient de corrélation de Pearson				
Prob > |r| sous H0: Rho=0	1	-0.25746	0.08148	-0.02908
Nombre d'observations	0	0.0009	0.2997	0.7117
	164	164	164	164
Variable : ln (population)				
Coefficient de corrélation de Pearson				
Prob > |r| sous H0: Rho=0	-0.25746	1	0.02674	0.01317
Nombre d'observations	0.0009	0	0.7339	0.8670
	164	164	164	164
Variable dummy (D)				
Coefficient de corrélation de Pearson				
Prob > |r| sous H0: Rho=0	0.08148	0.02674	1	0.33758
Nombre d'observations	0.2997	0.7339	0	<0.0001
	164	164	164	164
Variable sida après 2001 (Dsida)				
Coefficient de corrélation de Pearson				
Prob > |r| sous H0: Rho=0	-0.02908	0.01317	0.33758	1
Nombre d'observations	0.7117	0.8670	<0.0001	0
	164	164	164	164

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 10 : Construction et problème du CPIA (adapté de Merckaert , 2004, p. 3-5)[494]

Le CPIA évalue les pays sur la base de vingt critères (notés de 1 à 68) également pondérés, regroupés en quatre groupes : la gestion économique, les politiques structurelles, les politiques de cohésion sociale, la gestion et les institutions du secteur public. Ces critères évoluent au fil des ans : s'ils sont toujours au nombre de vingt, certains disparaissent et d'autres font leur apparition en fonction de l'évolution des conceptions de ce qui constitue un environnement propice au développement. Ceux présentés ci-après constituent la version 2009 (voir tableau 1 pour la classification 2003 des pays à faible revenu).

1) Gestion économique

1. Gestion de l'inflation et de la balance des paiements : Les pays les mieux notés (6) n'ont eu besoin d'aucun programme de stabilisation depuis au moins trois ans. Les moins bien notés (1) n'ont pas eu de programme satisfaisant depuis au moins trois ans alors qu'ils en avaient besoin,
2. Politique fiscale : Les mieux notés ont une politique fiscale saine au regard des conditions macro-économiques et maintiennent un équilibre fiscal viable à long terme, y compris grâce aux flux prévisibles d'aide.
3. Gestion de la dette extérieure : ce critère tient compte de l'existence et du montant d'éventuels arriérés, du respect par le pays de ses échéances et depuis combien de temps, de la structure de la dette, de la probabilité d'un rééchelonnement et de son service de la dette futur au vu des projections d'exportations et des réserves.
4. Gestion et viabilité des programmes de développement : une bonne gestion bénéficie de compétence technique, d'un engagement politique stable, du soutien populaire et résulte d'un processus à travers lequel le public peut influencer les décisions.

2) Politiques structurelles

1. Politique commerciale et régime de change : dans quelle mesure le cadre politique encourage le commerce et les mouvements de capitaux. Les mieux notés ont de faibles barrières tarifaires (moins de 10%), une faible dispersion et peu ou pas de restrictions (quotas ou taxes) à l'exportation. Ils n'ont pas de monopoles commerciaux, ni de taxes indirectes discriminantes pour les importations. Les douanes sont efficaces et bien régulées. Il n'y a pas ou peu de restrictions de change sur les investissements en capitaux de long-terme.
2. Stabilité et assise financière : dans quelle mesure la régulation du secteur financier permet la diversité des services financiers et réduit les risques de crise systémique. Les mauvais élèves ont d'importantes barrières à l'entrée et un ratio bancaire (capital / avoirs) inférieur à 8%. Les meilleurs ont un secteur compétitif et diversifié qui comprend des institutions de gestion d'assurance, de crédit et d'épargne non-bancaire. Une ou des agences indépendantes régulent les acteurs bancaires et non-bancaires sur la base de règles prudentielles. Le droit financier garantit la protection des petits actionnaires.
3. Efficacité du secteur bancaire et mobilisation des ressources : dans quelle mesure les politiques et les régulations financières favorisent l'épargne et fournissent une intermédiation financière efficace. Les mieux notés voient leurs taux de crédit déterminés par le marché. Les taux d'intérêts réels sur les dépôts sont assez positifs. L'écart entre ces deux taux est raisonnable. La part du crédit dirigé est infime par rapport au total. L'emprunt privé excède l'emprunt public.
4. Compétitivité de l'environnement pour le secteur privé : dans quelle mesure l'État empêche le développement d'un secteur privé compétitif, à travers une intervention

[494] Merckaert J. (2004), La dictature de la bonne gouvernance ou l'impasse des indicateurs de performance politique, *Techniques financières et développement.*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

directe ou en réservant d'importantes activités économiques au secteur public ou para-public. Ce critère n'évalue pas la part du secteur public en tant que telle, mais dans quelle proportion celle-ci restreint la concurrence. Dans l'idéal, les entreprises ont les mêmes chances d'entrer ou de sortir sur tous les marchés.

5. Marchés de biens de consommation et de biens intermédiaires : ce critère évalue les politiques concernant l'efficacité des marchés pour la terre, le travail et les marchandises. Les mieux notés limitent les contrôles et les subventions sur les prix, les salaires, la terre et le travail. Ne sont maintenus que des contrôles appliqués à tous et explicitement justifiés par des considérations de cohésion sociale ou d'efficacité.
6. Politiques et institutions pour l'environnement : dans quelle mesure les politiques économiques et environnementales encouragent l'usage durable et la protection des ressources naturelles (sols, eau, forêts, etc.), le contrôle de la pollution et la maîtrise et l'investissement des rentes naturelles.

3) Politiques de cohésion sociale et d'équité

1. Egalité hommes-femmes : dans quelle mesure le pays a créé des lois, des politiques, des pratiques et des institutions qui promeuvent l'égal accès des hommes et des femmes aux ressources et aux opportunités sociales, économiques et politiques.
2. Utilisation équitable des fonds publics : dans quelle mesure toute la stratégie de développement et la structure de la dépense et de la recette publiques favorise les pauvres.
3. Renforcement des ressources humaines : ce critère évalue les politiques et les institutions qui affectent l'accès et la qualité de l'éducation, la formation, l'alphabétisation, la santé, la prévention du sida, la nutrition et d'autres aspects liés au développement des ressources humaines d'un pays.
4. Protection sociale et travail : Les politiques du gouvernement réduisent le risque de devenir pauvre et soutiennent les stratégies pour s'occuper des pauvres. Les filets de sécurité sont nécessaires pour protéger les pauvres chroniques et les personnes vulnérables. Les besoins de ces deux groupes sont importants, mais les pays qui n'ont pas de protection adéquate pour les pauvres chroniques sont assurés d'avoir une note insatisfaisante (2 ou 3).
5. Evaluation et analyse de la pauvreté. Ce critère évalue la qualité des données sur la pauvreté et l'usage qui en est fait dans la formulation des politiques.

4) La gestion et les institutions du secteur public

1. Gouvernance basée sur le droit de propriété et les règles : les pays bien notés ont une structure de gouvernance basée sur des règles. Les contrats sont respectés. Les lois et les régulations qui affectent les entreprises et les individus sont appliquées pour tous et ne sont pas négociables.
2. Qualité de la gestion financière et budgétaire : Ce critère évalue la qualité des procédés utilisés pour élaborer le budget et la comptabilité pour la dépense publique. Il mesure aussi si le public, à travers le parlement, participe à l'élaboration et à l'audit du budget. Les notes doivent refléter, selon leur poids respectif, à la fois le gouvernement central et les autorités décentralisées.
3. Efficacité de la collecte des revenus : ce critère évalue toute la structure de mobilisation des recettes, non seulement la structure de l'impôt telle qu'elle existe sur le papier, mais toutes les sources de revenus telles qu'elles sont en fait collectées. Les pays les mieux notés tirent le gros de leurs recettes d'impôts qui ne provoquent pas trop de distorsions, comme la TVA, les impôts sur l'immobilier, etc. Les taux d'imposition sur les sociétés et sur les personnes sont proches des niveaux internationaux. L'assiette des principaux

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

impôts est large et ne comporte pas d'exemptions arbitraires. L'administration fiscale est effective et entièrement réglementée.

4. Efficacité de la dépense publique : ce critère évalue dans quelle mesure les objectifs des politiques publiques sont clairement définis et les ressources disponibles utilisées de façon effective pour les atteindre. Le gouvernement central et les autorités décentralisées doivent avoir la taille appropriée. Les pays les mieux notés précisent les résultats attendus des politiques publiques. La performance est évaluée et influence l'allocation du budget. La rémunération des fonctionnaires est adéquate (au moins 75 % d'une rémunération comparable dans le secteur privé) et leur recrutement et leur avancement se font au mérite. Les instances dirigeantes ont de la marge de manœuvre dans la prise de décisions opérationnelles et sont responsables des résultats et du respect du budget.
5. Transparence, responsabilité et corruption dans le secteur public. Dans les pays les mieux notés, les raisons des décisions et de leurs résultats sont claires et publiques. La responsabilité pour les décisions prises est garantie par des audits, des inspections, etc. Les règles tranchant les conflits d'intérêts pour les fonctionnaires sont rendues obligatoires. Les autorités contrôlent le niveau de corruption et la sanctionnent de façon transparente.

La construction du CPIA pose un certain nombre de problèmes :

Un indicateur encore largement confidentiel, l'argument est commode : les pays emprunteurs ne souhaitent pas que l'indicateur soit rendu public. C'est donc avec la bénédiction des pays pauvres que la Banque mondiale maintient secrète la valeur nominale de ses évaluations. Elle publie, cependant, le classement relatif (qui situe les performances des uns par rapport aux autres).

D'un point de vue technique, les indicateurs choisis sont sujets à caution. Comme le remarque Barry Herman[495], la qualité des institutions d'une part et des politiques de l'autre est souvent évaluée dans un même critère, ce qui ôte toute clarté à l'exercice.

D'un point de vue politique que la construction du CPIA est douteuse. Selon la Banque mondiale, l'objectif de cet indicateur est d'évaluer la pertinence du cadre politique et institutionnel pour la lutte contre la pauvreté, la croissance durable et un usage optimal de l'aide au développement. En réalité, comme le souligne Nancy Alexander (p. 17)[496], « *le CPIA évalue dans quelle mesure un gouvernement a adopté des politiques économiques néolibérales et mis en place un environnement institutionnel propice au développement du secteur privé* ».

Les indicateurs présentés ci-dessus en sont une démonstration éclatante. Si les critères de gestion économique traduisent l'orthodoxie de rigueur (austérité budgétaire, inflation au plus bas), les critères de bonnes politiques structurelles sont particulièrement éloquents : la dérégulation de tous les marchés, des prix et des salaires, de même que l'ouverture de tous les secteurs à la concurrence valent à coup sûr une bonne notation.

[495] « How well do measurements of an enabling domestic environment for development stand up? », mars 2004 - texte publié à l'occasion de la réunion du G24 les 8 et 9 mars 2004 à Genève, dans le cadre de la CNUCED.
[496] Alexander, « Judge and Jury: the World Bank's scorecard for borrowing governements », in Fear and Want: Obstacles to human security, Social Watch Report 2004, Montevideo, 2004, p. 23. Pour suivre les dernières évolutions des critères de classification : www.worldbank.org/ida.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 11 : Grille d'entretien

Cette grille comporte trois grandes parties (I, II et III) :

I. Emergence des programmes mondiaux

A. Questions sur l'émergence d'un programme mondial de lutte contre le Sida dont le fonds mondial est la manifestation

1. L'épidémie de Sida a commencé à sévir depuis les années 1980, qu'est ce qui a fait qu'elle est devenue une préoccupation mondiale au tournant des années 2000 ? quels sont les éléments déclencheurs ?

2. Qui est le premier acteur à initier le dialogue autour du projet de création du fonds mondial ?

3. Quel processus de décision ou délibération a permis la mobilisation autour du projet ?

4. Pourquoi l'échec du projet français (création du fonds de solidarité thérapeutique) ? Pensez- vous que la méthode qui consiste à montrer à chacun des acteurs majeurs qu'il est dans son intérêt que le projet soit réalisé a été déterminant ?

5. Selon vous quels sont les éléments qui ont été déterminants pour que ce Fonds Mondial voie le jour ?

6. Comment le fonds mondial est-il sorti de la crise budgétaire de 2003 ? (La problématique de la remobilisation).
    i. En rappelant l'intérêt d'une telle institution aussi bien pour les pays riches que pour les pays en développement ?
    ii. La pression des ONG ?

B. Questions sur l'émergence du paludisme dans les agendas internationaux.

1. Qu'est ce qui a conduit au déclic, c'est-à-dire à relancer l'intérêt pour la lutte contre le paludisme ? Le fait que le paludisme touche beaucoup de pays a-t-il été déterminant ou est ce le fait des ONG ou OIG qui ont rappelé et médiatisé ce combat? Ou plus largement qu'est ce qui a fait évoluer l'attention accordée au paludisme ?

2. Quel acteur est le premier à initier le dialogue autour de la lutte contre le paludisme ces dernières années ?

3. Comment ce (s) acteur (s) est/sont il (s) parvenu (s) à mobiliser autour du projet ?

4. Pensez vous qu'il est important de mettre en avant l'intérêt de chaque acteur pour mobiliser beaucoup d'acteurs ?

5. Selon vous quels sont les éléments qui ont été déterminants pour qu'un programme de lutte contre le paludisme puisse voir le jour (3 à 4 éléments) ?

II. Questions sur les déterminants d'une mobilisation d'acteurs variés

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1. J'ai constaté à partir de mes lectures que les réunions internationales qui président à la constitution des fonds se caractérisent par des décisions générales ou ambigües. Du coup une mise en œuvre peut s'éloigner de cette généralité. C'est pourquoi je voudrais savoir s'il y a des acteurs qui se retirent avant ou durant la mise en œuvre d'un projet (ou programmes de santé) après qu'il soit est lancé ? si oui pourquoi ? (un désaccord sur les modalités de mise en œuvre ?)
    iii. et si non pourquoi ?

2. Pensez-vous que l'adoption d'objectifs clairs et précis, lors de la création des fonds ou programme, améliorerait la mise en œuvre des politiques envisagées ? (c'est une des conditions d'une coordination efficace). Exemple de décisions générales : présenter la lutte contre le sida aussi bien sous l'angle du droit que sous l'angle de la sécurité et sous l'angle de création de marché pour les entreprises.

3. Vous arrive t-il de rediscuter des arbitrages (priorités) après l'engagement financier des donateurs ? Si oui cela retarde t-il le projet ? Ou cela permet-il de repréciser les objectifs ?

4. Selon vous ou votre institution, qu'est qui fait qu'un programme de santé mobilise au niveau international des ressources et des acteurs ? La conscience de l'impact mondial de la maladie ? Le lobbying, c'est-à-dire la mise sous pression des décideurs ? le fait de montrer que tout le monde a intérêt à ce qu'on s'occupe de cette maladie ? autre ?

5. Est-ce l'importance du budget (essentiellement public) qui conduit à une coalition importante (ONG, entreprise, fondation) ou l'inverse, c'est-à-dire, est-ce l'importance de la coalition qui déterminerait l'importance du budget?

6. Pour votre organisation, quel est l'intérêt de promouvoir et de participer à des telles initiatives ?

    iv. Avez-vous des documents de travail ou rapports de travail sur votre participation à ce programme?

7. J'ai constaté que l'aide par tête reçue par l'Afrique sub-saharienne dans le cadre de la lutte contre le paludisme varie fortement d'un pays à l'autre (Le dilemme entre grands pays et petits pays). Qu'est ce qui explique la différence entre les pays africains en termes d'aide par tête reçue ? Différence de besoins, de gouvernance, préférence pour les petits pays ? (choix des pays où l'action peut conduire à des résultats visibles puisque le bon résultat mobilise les donateurs ?).

III. Questions sur les difficultés de coordination

1. Partagez vous le constat qu'il y a une difficulté de coordination des donateurs au niveau de la mise en œuvre, notamment à l'intérieur des partenariats public-privés ?

2. Selon vous à quoi peut-on attribuer cette difficulté de coordination ?

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3. Les différences de visions et d'orientations des acteurs participant aux partenariats sont-elles pour quelque chose dans la difficulté de coordination ?

4. À quoi attribuez-vous l'apparition, le développement et la survie des PPP ? Une volonté particulaire d'atteindre des objectifs communs ?

5. Qu'est qui motive votre participation à ce genre de partenariats ? Peut-on dire que les motivations varient selon l'acteur ou selon les catégories d'acteurs ?

6. Selon un rapport d'évaluation indépendante de 2009, *RBM partnership* PPP n'a réussi à élaborer un véritable plan d'action stratégique. Le rapport semble attribuer cela à l'hétérogénéité des acteurs dans un contexte de fonctionnement très démocratique (recherche systématique de consensus par exemple). Qu'en pensez-vous ? A quoi attribuez-vous cela ?

7. Ressentez-vous au sein du partenariat les différences de visions des partenaires (santé comme un droit, santé comme un BPM…) ?

8. Vous arrive t-il de rediscuter (ou de voir d'autres acteurs discuter) des arbitrages (priorités) après l'engagement financier des donateurs ? Si oui cela retarde t-il le projet ? Ou cela permet-il de repréciser les objectifs ? Le donateur proteste-t-il quand les priorités sont sensiblement modifiées ?

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 12 : La structure fonctionnelle de Roll back Malaria (RBM) (adapté d'après le cadre opérationnel du partenariat RBM, 2008[497])

Les organismes directeur, administratif et consultatif du Partenariat RBM sont : le Forum du Partenariat RBM, le Conseil d'Administration, le Comité Exécutif, le Secrétariat, les Groupes de travail, les Groupes d'action, les Réseaux sous-régionaux. Nous allons dans ce qui suit présenter chacune de ces instances.

1. Le Forum du Partenariat

Le Forum est une assemblée réunissant tous les groupes d'intérêt des partenaires RBM. C'est à la fois le lieu où le Conseil d'Administration rend compte aux groupes d'intérêt des réalisations du partenariat et des défis qu'il a rencontrés. Ces derniers apportent leur contribution aux orientations stratégiques du Forum, faisant ainsi de celui-ci un mécanisme d'échange pour et entre tous les partenaires du Partenariat RBM.

Le Forum des partenaires RBM reconnaît au moins sept grands groupes d'intérêt engagés dans la lutte contre le paludisme[498]. Il a lieu tous les deux ans, mais la fréquence des réunions peut être ajustée selon les besoins. Si le Forum permet de faire un bilan général et de formuler des recommandations, il ne constitue pas un organisme de prise de décision et confie au Conseil d'Administration l'identification des actions spécifiques à mener pour mettre en œuvre la mission du Partenariat RBM.

2. Le Conseil d'Administration du Partenariat (voir encadré 12)

3. Le Comité Exécutif

La fonction première du Comité Exécutif est de déterminer l'ordre du jour du Conseil d'Administration et rédiger les points de décision qui seront soumis à l'examen du Conseil d'Administration, de surveiller le Secrétariat dans la mise en œuvre du plan de travail, et de conseiller sur les activités non-planifiées. Le Comité Exécutif est composé en règle générale de dix membres : un membre du Conseil d'Administration de chacun des sept groupes d'intérêt et un représentant de l'agence d'hébergement (jouissant tous de droits de vote), ainsi que le président du Comité Exécutif qui aura une voix prépondérante. Le Directeur exécutif sera un membre non-votant du Comité Exécutif. En somme un comité représentatif de la diversité des acteurs.

Le Comité Exécutif prend ses décisions par consensus lorsque cela est possible. Si aucun consensus ne peut être obtenu, toute décision du Comité Exécutif nécessitera une majorité des deux tiers des membres présents et votants. Les décisions qui ne sont pas prises par consensus seront immédiatement communiquées au président du Conseil d'Administration qui déterminera si la mise en œuvre de cette décision doit être retardée et si elle doit être soumise au Conseil d'Administration.

4. Le Secrétariat

Le Secrétariat est composé de professionnels chargés de faciliter la mise en œuvre des plans de travail et de mener à bien les opérations quotidiennes du Partenariat en termes d'administration et les opérations permettant de poursuivre les buts et objectifs du Partenariat.
En se fondant sur les priorités du Partenariat établies par le Conseil d'Administration, le Secrétariat coordonne et supporte le développement des plans de travail et des budgets qui seront soumis au Conseil d'Administration pour approbation.

5. Les Groupes de travail

Les Groupes de travail sont des assemblées volontaires de partenaires[499] ; en tant que tels, l'adhésion est ouverte à tous les partenaires institutionnels intéressés. La participation à une

[497] Voir sur le site de Roll Back malaria : www.**rbm**.who.int/partnership/secretariat/.../**RBM**operatingFramework-fr.pdf

[498] Les groupes d'intérêt suivants sont actuellement représentés au Conseil d'Administration du Partenariat RBM : les pays endémiques, les partenaires de développement multilatéraux, les pays donateurs de l'OCDE, la recherche et milieu universitaire, le secteur privé, les organisation non-gouvernementales, les fondations.

[499] Pour plus détails, voir le voir le Cadre Opérationnel du Partenariat RBM avec lien suivant : www.**rbm**.who.int/partnership/secretariat/.../**RBM**operatingFramework-fr.pdf *(p.14 du document Pdf)*

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réunion d'un Groupe de travail (physique ou par voie électronique) est ouverte à toutes les parties intéressées, y compris des individus. Les Groupes de travail agissant actuellement au sein du Partenariat sont :

1. Groupe de travail sur la prise en charge des cas (CMWG) ;
2. Groupe de travail sur les communications (CWG) ;
3. Groupe de travail sur l'harmonisation (HWG) ;
4. Groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme (MAWG) ;
5. Groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse (MIP) ;
6. Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERG) ;
7. Groupe de travail sur la gestion des achats et des approvisionnements (PSM) ;
8. Groupe de travail sur les ressources (RWG) ;
9. Groupe de travail sur les moustiquaires imprégnées (WIN) ;

6. Les Groupes d'action

Le Conseil d'Administration peut décider d'établir un ou plusieurs Groupes d'action. Il s'agit d'une assemblée volontaire de partenaires RBM organisée pour une durée limitée et destinée à adresser une recommandation au Conseil d'Administration sur une question spécifique, après quoi le Groupe d'action doit être dissous. Les Groupes d'action rendent compte au Conseil d'Administration (ou au Comité Exécutif si le Conseil d'Administration le juge nécessaire) et fonctionnent selon les termes de référence établis par le Conseil d'Administration. Les Groupes d'action peuvent inclure et être dirigés par des membres du Conseil d'Administration ou d'autres partenaires. Les Groupes d'action agissant actuellement au sein du Partenariat sont les dispositifs pour des médicaments accessibles pour le paludisme (DMAp) et les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (LLIN).

7. Les Réseaux sous-régionaux

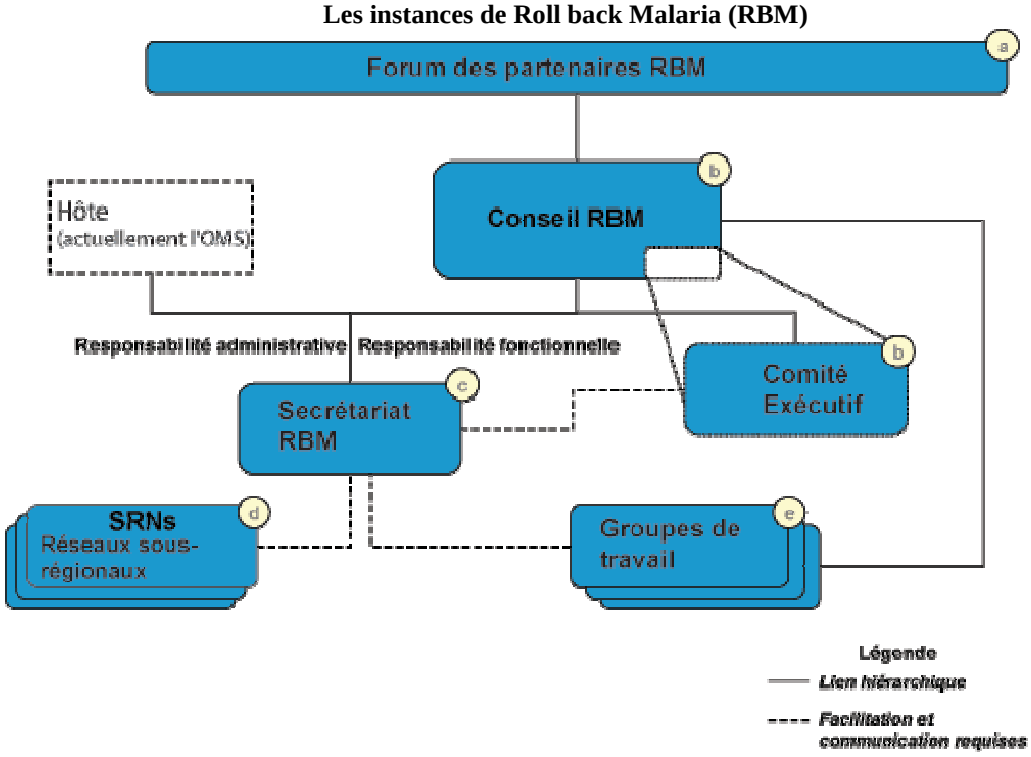
Les Réseaux sous-régionaux sont des assemblées volontaires ayant un mandat géographique précis et désireuses d'assumer les fonctions suivantes :

- assurer l'identification au niveau national des facteurs empêchant la mise en œuvre : (coordonner la réponse locale, Faciliter la réponse mondiale, Rendre compte de la résolution opportune des barrières de mise en œuvre).
- assurer la diffusion et l'utilisation dans les pays des déclarations de consensus du Partenariat.

Les Réseaux sous-régionaux ne possèdent pas de droits de décision. Le Secrétariat attribue à chacun d'entre eux un point focal qui est hébergé par une institution sous-régionale. Le point focal assume les mêmes fonctions que le Secrétariat : faciliter, interagir, soutenir la gestion, apporter son expertise, examiner les progrès et mener des activités de plaidoyer.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les instances de Roll back Malaria (RBM)



Source : RBM[500]

[500] Voir sur le site de Roll Back Malaria : http://www.rollbackmalaria.org/fr/mechanisms/index.php

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 13 : Tableau récapitulatif des personnes et organisations interviewées

	Modalité d'enquête	Fonction	Date	Lieu	Organisation
Conférence de presse de Roll Back Malaria avec : Pr Awa-Marie Coll-Seck Pr Patrice Debré Pr Michel Kazatchkine Michèle Barzach	Observation participante	 Directeur exécutif Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles Directeur exécutif Ancien Ministre de la Santé, Présidente des Amis du Fonds Mondial Europe	18/03/2010	Paris	 *Roll back malaria partnership* Ministères des Affaires Etrangères de la France Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida Amis du Fonds Mondial Europe
Pr Patrice Debré,	Entretien direct	Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles	01/04/2010	Paris	Ministères des Affaires Etrangères de la France
François Bompart,	Entretien direct	Directeur adjoint aux affaires médicales au sein du département accès aux médicaments et responsable du programme Impact Malaria	07/04/2010	Paris	Sanofi-Aventis
Réné Kazetien,	Entretien par téléphone	Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux médicaments et représentant de Sanofi au près de Roll Back Malaria	22/04/2010	Lille	Sanofi-Aventis
Michel *Smitall*,	Entretien par téléphone	Chargé de la communication et du plaidoyer auprès du Directeur exécutif.	26/07/ 2010	Lille	*Roll back malaria partnership*
Sylvie Chantereau,	Entretien direct	Directrice de l'Association des amis du fonds mondial Europe	16/08/2010	Paris	Les Amis du Fonds mondial Europe
Patrick Betrand	Entretien	Associé Principal de *Global Health Advocates*	Août 2010	Paris	*The Global Health Advocates – GHA*-

© 2012 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Annexe 14 : Retranscriptions des entretiens

François Bompart, directeur adjoint aux affaires médicales au sein du département accès aux médicaments et responsable du programme Impact Malaria chez sanofi-aventis.
François Bompart

Q : L'épidémie de Sida a commencé à sévir depuis les années 1980, qu'est ce qui a fait qu'elle est devenue une préoccupation mondiale au tournant des années 2000 ? Quels sont les éléments déclencheurs ?

F : Déjà vous dire que le sida a tout changé. Le sida, ça commencé dans les pays du nord par la mobilisation de ceux qu'on appelle les activistes, qui ont commencé à avoir une forte action au niveau des autorités d'enregistrement (les médicaments mettent trop de temps à être enregistrés), ensuite vis-à-vis des industries pharmaceutiques (il faut accélérer la recherche, c'est une question de vie et de mort) et enfin sur les politiques (Reggan assassin). Vers le milieu des années 1990 quand les trithérapies ont commencé à arriver, la situation s'est un peu calmée dans les pays du Nord, mais en ce moment là est arrivé sur l'agenda les besoins dans les pays du sud. Le point culminant est le procès de Durban en 2001 intenté par des firmes pharmaceutiques contre le gouvernement sud africain qui voulait génériquer des médicaments anti HIV. Pour l'anecdote, Sanofi ne s'est pas associé à ce mouvement. Il est vrai que Sanofi n'était pas présent non plus dans le domaine des médicaments anti HIV, mais elle ne pense pas non plus que c'était une bonne idée. […[501]] Ça a coïncidé aussi avec une prise de conscience de l'industrie pharmaceutique qu'il y avait des choses justifiées sur le plan légal mais qui étaient des erreurs d'un point de vue moral. Ça a aussi coïncidé avec le moment où la fondation Gate a émergé. Cette fondation, à partir des années 2000, a formulé une vision d'une grosse fondation axée sur l'accès aux médicaments dans les pays en développement. Ensuite, il y a eu le G8 de Gênes en 2001 qui pour la première fois a mis sur l'agenda des décideurs des pays riches la santé publique dans les pays du sud. Alors au tout début, c'est avec un axe recherche développement (il faut des nouveaux médicaments), et puis très vite on a réalisé qu'il faut faire avec ce qu'on avait en main. Donc le sida a été le pionnier, le brise glace qui a ouvert la voie. Derrière sont arrivés très vite le paludisme et la tuberculose. Ces maladies négligées dans les années 1990 à l'exception du sida, en particulier le paludisme, sont devenus de moins en moins négligées grâce à l'appel d'air créé par le sida. […] Ces grandes conjonctions de choses, je pense, la prise de conscience de l'ensemble de la société, à commencer par les hommes politiques avec l'industrie pharmaceutique en se disant qu'on ne peut pas rester à côté, les gens posent des vraies questions, on doit y répondre, on ne peut pas se dire qu'on fait de l'argent au Nord et on ignore le sud, donc l'industrie pharmaceutique a beaucoup évolué là-dessus et a commencé à considérer les activistes pas seulement comme des opposants, mais aussi parfois comme des parlementaires, ayant une expertise complémentaire, avec qui on doit travailler, des gens qui ont une certaine vision et qui savent mobiliser les politiques. Il y a dix ans qui aurait cru l'Afrique aurait accès aux anti-retroviros. Des gens qu'on pensait être des illuminés avaient raison. On a tous évolué, avec ça, grâce au Sida. Disons les grandes maladies, c'est ça.

Q : Les activistes, dont vous parlez, s'agissait-il des malades du Sida ?

[501] Les pointillés entre crochet indiquent l'exposé abordé par l'enquêté n'est intéressant pour l'objet que nous étudions.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

F : Les premiers étaient les malades du Sida. Les activistes étaient principalement des malades de sida avec Act-Up, AId, curruncy funds. C'était donc les malades eux même. Ça a correspondu à un changement complet. Puisque, jusqu'à lors les malades étaient passifs face au pouvoir médical. Le médecin savait, le malade ne savait pas. Les gens décidaient pour eux. Là, ce sont des gens qui se sont pris en charge eux même et qui ont commencé à poser des questions, à aborder les laboratoires en disant pourquoi vous ne fabriquez des nouveaux médicaments, à harceler les politiques en disant pourquoi l'enregistrement des médicaments n'est pas rapide. Ils se sont mis aussi sur des campagnes de préventions. C'est comme ça que les choses ont changé. C'était dans les années 1990, internet viendra renforcer ce changement en mettant à la portée de tout le monde l'information sur tous les sujets. Aujourd'hui avec Google n'importe qui peut aller chercher des informations sur n'importe qu'elle maladie. Tout cela a beaucoup changé, les malades sont de moins en moins passifs. Effectivement ce sont les malades du sida qui ont tout changé dans les années 1980-1990.

Q : Toujours sur l'émergence des programmes de santé, qu'est ce qui a conduit à l'émergence du *Roll Back malaria partnership* ?

F : Je ne connais pas l'historique de RBM, mais un point intéressant pour vous est qu'au début des années 2000, dès qu'on a commencé à s'intéresser aux pays du sud, la question du coût est arrivé vite. Dans les pays du Nord la question du coût ne se posait pas. La question était d'inventer des nouveaux médicaments. D'un point de vue historique, beaucoup de ces initiatives ont commencé par se préoccuper simplement par l'achat des médicaments. Le problème est le manque de médicaments. Et très vite après, les gens ont commencé à réaliser qu'il faut des gens pour les distribuer, des gens pour les administrer. Pour le sida, il faut contrôler la charge virale, il faut les diagnostiquer. On est passé progressivement, d'un système où le seul problème était le manque de médicaments, ce qui était vrai dans les pays du Nord, mais pas dans les pays du sud, à un système où on a commencé à se dire, on a conçu ce médicament mais si on n'achète pas de diagnostique ça ne sert à rien, si on n'a pas des gens former pour faire le diagnostique ça ne sert à rien. Il faut donc une prise charge globale de la maladie. […] Aujourd'hui un autre mouvement : Est-ce que ce n'est pas un peu idiot d'avoir des gens dédiés au sida d'un côté qui vont vivre à côté des gens dédiés au paludisme…, il y a un mouvement pour que tout cela converge. L'efficacité de toutes initiatives est dépendante de l'existence d'un système de santé. On est passé à un système dont la préoccupation est l'achat des médicaments à un renforcement des systèmes de santé qui va d'abord bénéficier à quelques maladies et ensuite à l'ensemble des patients. […] Le RBM est un souci démocratique […], chaque type d'expertise a voix au chapitre. Il y a un processus par lequel l'ensemble des acteurs intervient. Ça ne peut pas être tout le monde parle de tout. On forme des sous groupes selon des problématiques : traitement, prévention, évaluation, financement… Après, les grandes décisions sont prises au niveau du Board sur la base de rapport de chaque groupe.

Q : La prise de décision n'est-elle relativement, avec cette diversité des acteurs, difficile ?

F : Pas trop, parce qu'il y a un système de gouvernance qui est assez au point par la façon dont les décisions sont prises, sur la façon dont les sujets sont mis à l'agenda. […..] Et puis il y a un leader Hawa Marie Koll Sek. Hawa, c'est quelqu'un de concret, c'est une femme décidée. Ce n'est pas une bureaucrate qui se contente de faire tourner la machine. […] Je ne suis pas dans le *Board*, mais ce que j'entends d'un de mes collègues qui lui y est, ça se passe bien avec des téléconférences, chacun peut amener un sujet à l'agenda à partir du moment il a un mandat de son groupe thématique. […] Ce que j'en retire de mon collègue qui est l'un des représentants des industries pharmaceutiques, c'est qu'il ne s'est jamais plaint de décision arbitraire, ou de refus de

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

discussion sur un sujet. On a l'impression que les choses se font de façon aussi harmonieuse et transparente que possible. Je ne l'ai jamais entendu récriminer du type on nous a bloqué ou empêché de parler.

Q : Pour votre organisation, quel est l'intérêt de promouvoir et participer à des telles initiatives ?

F : On est dans ce genre de partenariat pour deux raisons qui sont pour nous au même niveau d'importance. D'abord, la responsabilité sociale de l'entreprise : on a des moyens, on a des médicaments qui peuvent être efficaces dans lutte contre certaines maladies, un savoir faire donc c'est notre responsabilité de faire quelque chose, c'est une démarche altruiste, c'est notre devoir en tant que être humain de faire quelque chose. [….] Au même niveau, pour nous, il y a une démarche de développement économique de l'entreprise, c'est-à-dire en faisant des actions contre le paludisme on va aider les pays à sortir du cercle pauvreté sous-développement. En faisant ça on crée un environnement qui, à terme dans 10 ans 30 ans, pourra être potentiellement bénéfique pour Sanofi aventis. Pour nous, l'enjeu est d'être présent dans les pays du Sud. On sait bien que le modèle économique classique des industries pharmaceutiques qui consistait à dire qu'on est présent dans les pays riches (Europe et Amérique du Nord), c'est de là qu'on tire nos revenus, marche de moins en moins bien. On a de moins en moins de grands médicaments que les assurances ou sécurités sociales sont d'accord pour rembourser, donc moins d'argent à se faire au nord, il faut être clair. En même temps il y a des besoins qui émergent au sud. Il y a des pays intermédiaires comme le Mexique, le brésil ou l'inde ou la chine qui représentent des marchés. A terme, c'est tout à fait vital pour les industries pharmaceutiques de s'intéresser non seulement aux pays du Nord mais aussi aux pays du Sud. A travers ces initiatives (partenariats), on construit de la présence. On est présent dans les pays, on les aide, on connaît le pays. A terme, on les aide à sortir du cercle vicieux de la pauvreté peut être que ça profitera à l'entreprise. C'est une logique qui est sur le moyen et long terme, l'idée ce n'est pas de faire l'argent aujourd'hui, l'idée c'est de dire qu'en faisant du bien on peut créer un environnement favorable à terme au développement de l'entreprise. Le jour où ces pays décolleront, on aura été là depuis le début, peut être que ça offrira des perspectives de développement. C'est qui est important que ces raisons sont au même niveau. La démarche altruiste est authentique et la démarche économique qui consiste à dire que pour faire des choses bien il faut qu'on soit économiquement viable. [….] Après, les partenariats ça part de l'idée que tout seul on ne peut rien faire, on a un certain nombre d'expertises qu'on a en propre, mais on ne peut pas être efficace sans l'expertise des autres. Par exemple, nous on sait faire des médicaments, mais on ne sait pas les apporter au bout de la piste (distribution). Ça ce n'est pas notre métier. Donc, on a de gens qui sont spécialistes de la distribution de médicaments. On a besoin du décideur politique. C'est lui qui va indiquer que la santé publique est une priorité [….] Les partenariats, c'est de l'expertise complémentaire. C'est aussi des challenges. Quand on a développé le nouveau médicament contre le paludisme qu'on appelle ASAQ. Avec DNDI (*Drugs for Neglected Diseases Initiative),* on s'est dit qu'il faut que ce médicament coûte moins d'un dollar pour un traitement complet (trois jours) pour l'adulte et moins de 0.55 dollar pour l'enfant. Ça, ça été le résultat d'une discussion avec DNDI et on pensait que cela était extrêmement ambitieux. A l'époque les médicaments contre le paludisme coûtaient 2 à 3 fois plus chers. C'est quelque chose qu'on a pu faire en se challengeant mutuellement. Je pense que tout seul Sanofi aurait été un plus timide dans son approche en disant qu'on aurait proposé le médicament en étant moins agressif sur le prix. Le moins d'un dollar est le résultat d'un challenge qui nous a conduit à mettre la barre un peu haut. Pour faire ce genre de chose vous avez besoin d'un extérieur pour vous bousculer. […] Ensemble on raconte une histoire beaucoup plus intéressante que celle que raconte Sanofi seule ou DNDI. C'est un mariage de raison entre deux partenaires curieux. D'un côté vous avez DNDI, DNDI c'est un peu comme Médecins sans

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

frontière, ce sont des challengers de l'industrie pharmaceutique, donc ils se sont alliés avec le grand méchant loup qu'est l'industrie pharmaceutique. Finalement on a fait un bout de chemin ensemble. On a fait des choses ensemble que chacun pris isolement n'aurait réussi à faire. C'est un mariage qui dure car on a commencé avec le paludisme et là on est en train de développer un médicament contre la maladie de sommeil. C'est un vieux médicament de notre coffre qui n'a jamais été développé. Donc ils sont allés le chercher dans nos vieux cartons et ils nous ont dis ça c'est quoi. Ah on avait ça, on va travailler avec vous pour le développer

Q : Est-ce, selon vous, l'importance du budget (essentiellement public) qui conduit à une coalition importante (ONG, entreprise, fondation) ou l'inverse, c'est-à-dire, c'est l'importance de la coalition qui déterminerait l'importance du budget?

F : C'est un peu les deux, c'est-à-dire que les politiques se réveillent si leurs électeurs les interpellent. Si les électeurs ne demandent rien, si la société civile ne demande rien, ils ne bougent rarement. Après, par contre il y a une autre dimension qu'on appelle la diplomatie sanitaire. Les actions à l'extérieur sur le plan sanitaire font partie de leurs démarches diplomatiques. Par exemple G. Bush est la personne qui a créé le PEPFAR et le *president malaria initiative*. Et j'en discutais avec l'amiral Ziemer [502] qui est le président *du president malaria initiative* qui se demandait si l'administration allait être reconnue pour tout ce qu'elle a pour la lutte contre le paludisme. Je lui ai dis que je ne suis pas sûr […]. C'est qui est intéressant, ce que G. Bush avait son armée qui était un instrument de puissance et de présence d'une part et d'autre part il avait d'actions diplomatiques pour ne pas s'isoler et garder une capacité d'action diplomatique. Pour une entreprise pharmaceutique, c'est un peu pareil. C'est-à-dire nous, on a notre force de vente, notre force commerciale qui travaille au quotidien pour gagner des marché, décrocher des contrats, c'est un peu notre armée et nous on est un peu là en tant que réseaux diplomatique, c'est-à-dire nous on est là dans une initiative qui donne accès à l'administration Obama, qui donne accès à la fondation Gate, qui donne accès à l'ambassadeur Debré, Hawa Koll Sek. Voilà, tout cela est complémentaire. Tout ça pour vous dire que les États ont des objectifs d'influence à l'extérieur qui passent parfois par les armes, parfois par le commerce et parfois par des initiatives comme ça. La France par exemple a des initiatives à destination de l'Afrique de l'ouest qui ne sont pas désintéressées : c'est pour lutter contre l'immigration, pour l'uranium. » Pour moi, Les états se mobilisent parce que :

- leurs électeurs leurs demandent. Les activistes jouent un rôle important à ce niveau en utilisant efficacement les médias,
- par ailleurs il y a la volonté des États d'être présents (là où les choses se passent). Par exemple les chinois sont très présents en Afrique aussi par leur présence commerciale (la construction des infrastructures), mais très souvent quand les ministres se déplacent, ils font aussi une donation aux médicaments. Ils veulent aussi être présents à travers la diplomatie sanitaire. Les américains appellent cela le *soft power*. Moi, je verrai les deux.

Mais vous avez raison de poser la question. Puisque à la base, c'est le politique qui décide. C'est lui qui décide que telle question est prioritaire par rapport à une autre question. […]

Q : Mais ce système d'aide sera-t-il viable ?

[502] L'Amiral Timothy Ziemer a été nommé en Juin 2006 pour diriger la President's Malaria Initiative (PMI). Le PMI est une initiative historique de 1,2 milliard de dollars pour lutter contre le paludisme en Afrique. Annoncée par G. Bush le 30 Juin 2005, ce projet est le fruit d'une collaboration entre le gouvernement américain représenté par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), le Ministère de la Santé et des Services humains (Centers for Disease Control and Prevention), le département d'Etat, la Maison Blanche et d'autres administrations. L'objectif de cette initiative est de réduire la mortalité liée au paludisme de 50 pour cent dans 15 pays africains en obtenant une couverture de 85 pour cent de la population avec des interventions préventives et curatives.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

F : La vision qu'on a est la seule façon pour que les pays du sud puissent s'en sortir : c'est s'il y a une chaine de solidarité. Pour nous, le système idéal c'est par exemple dans le domaine des vaccins, on accepte que les prix des vaccins soient différents entre le nord et le sud, c'est-à-dire le même vaccin va être vendu 1 dollar au Zimbabwe et 50 dollars aux USA et entre les deux que le vaccin puisse être vendu à 15, 20 et 30 dollars dans des pays comme le Brésil ou Mexique. Le système va s'écrouler si tout le monde demande un vaccin à dollar (manque d'argent pour la recherche ou production notamment). Pour nous, dans une vision idéale, ça serait qu'on puisse vendre nos médicaments avec des prix qui soient adaptés aux revenus des pays. Par exemple pour le paludisme on a vendu 25 millions de traitements à 1 dollar dans les pays pauvres, mais il faut les pays intermédiaires acceptent des pays un peu plus cher. Il faut que les riches paient beaucoup, les pays intermédiaires un peu et les pauvres rien pour que ça fonctionne. Donc une chaine mondiale de solidarité. […] l'aide au développement est une façon de lutter contre l'immigration, d'ouvrir des marchés. C'est pourquoi, on se dit est-ce que c'est dans l'intérêt des pays riches aussi que les pays pauvres se développent. Ça ouvre des marchés, ça ouvre des perspectives de croissance […]. C'est quelques personnes qui changent les choses. Ce des personnes qui ne pensent pas comme tout le monde, qui voient avant. Je crois beaucoup au dialogue avec les activistes, la société civile, les illuminés d'aujourd'hui. De temps en temps, ils voient plus loin qu'on ne le verrait tout seul. C'est tout l'intérêt des partenariats, c'est-à-dire qu'on est en contact avec des gens, comme on dit chacun a son agenda dans la vie, mais ça peut être intéressant d'écouter des gens qui vous forcent un peu à regarder plus loin que votre intérêt immédiat.

Q : Lors des réunions internationales qui président à constitutions des fonds ou des PPP, on a des objectifs de moyen ou long terme. Du coup, on peut dire que les conditions d'une mise en œuvre efficace de ces décisions ne sont pas réunies. La précision de l'objectif poursuivi étant une des conditions.

F : Oui ce sont des objectifs exaltants qui visent à mobiliser. Mais en entreprise, on ne peut se permettre cela. Il faut qu'on soit un plus concret. On ne peut pas se donner comme objectifs des choses grandioses dont on sait qu'on ne les atteindra jamais. Ce n'est pas mal de voir loin si on veut être ambitieux, mais en entreprise on est jugé sur des résultats selon un calendrier court et régulier.

Q : Mais ces PPP sont relativement difficiles quand même ?

F : Le PPP, on y croit beaucoup parce que l'utilisation d'une expertise complémentaire et utile par ce que l'industrie pharmaceutique a une image épouvantable. On le sait on a une mauvaise réputation. Probablement largement en raison d'un pêché originel. C'est vrai qu'il est révoltant pour un individu de se dire que ma santé dépend de l'argent que je mets sur la table.
Avec les PPP, on montre qu'on va au-delà des aspects mercantiles. […] La santé devrait être gratuite pour l'utilisateur où qu'il soit. Le problème est que la santé a un coût, il faut que quelqu'un la finance. C'est vrai l'industrie pharmaceutique, c'est des milliards de dollars, mais à coté des milliards, on devrait parler des milliards de vies sauvées.

Réné Kazetien, Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux médicaments chez sanofi-aventis (entretien effectué par téléphone).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Q : Les groupes de travail sont créés à chaque fois qu'il y a besoin de travailler sur un thème[503] ?

R : Non, ils existent. Mais après il faut les financer, cela demande de l'argent. Ils sont activés en fonction de l'argent disponible. Ils aident à ce que les pays soient capables de gérer leurs programmes. Ce sont plutôt des groupes de travail flottants.

Q : Autour du paludisme, la ligne défendue par RBM est une prise en charge globale. Alors arrive-t-il que des groupes ayant travaillé, par exemple, sur la prévention ou le traitement ne se mettent pas d'accord sur ce qui est prioritaire ou pas ? Et comment cela se passe t-il en cas de désaccord ?

R : bien sûr, il y a des discussions à chaque fois. Il y a des *board meetings* qui sont organisés, durant lesquels sont discutées des questions cruciales liées à l'état d'avancement des programmes. Et durant l'année vous avez ce qu'on appelle des *executives comitees* qui discutent de chaque thème au fur et à mesure qu'il y a des questions, des problèmes qui se soulèvent.

Q : Est ce par un vote qu'on détermine ce qui est prioritaire ?

R : C'est consensuel. Le consensus étant construit sur la base de documents et de présentations. Et s'il y a besoin d'un vote… Le vote, c'est l'élection du shaman, le président par exemple. Ensuite, il y a un vote où on endosse. Il y a quelqu'un qui présente une motion et s'il n'y a personne qui la conteste, cette motion est endossée par une deuxième personne et est validée. Il faut que vous sachiez que le consensus est important […], il n'y a pas de méchants et de gentils, il faut tout discuter, négocier, l'important c'est de montrer qu'il est de l'intérêt de chacun qu'on agisse et de changer les mentalités progressivement.

Q : La motion ainsi validée est-elle mis dans les programmes ?

R : Voilà, ensuite elle est mise en action.

Q : En ce qui concerne le plaidoyer, est-il axé sur des discours sécuritaires ou développement ?

R: Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, c'est principalement le discours économique qui prévaut. Le discours économique qui est le plus important. Par le coût de l'absentéisme, par le coût de la morbidité et la mortalité, par les conséquences sur l'environnement de production et de travail. Ça, c'est le principal. Après, la sécurité si les gens n'ont pas un système de santé sein, des services pour les prendre en charge, ils vont aller chercher cela ailleurs. Il y a donc un côté migratoire qui peut apparaître, qui n'est pas dit, mais qui est existe aussi et qui est lié aux systèmes de santé.

Q : en ce qui concerne les plans d'action stratégiques, arrive-t-il, dans la mise en œuvre, que les acteurs rediscutent de certains éléments parce que les partenaires ne sont pas tous d'accord sur un point précis ou parce qu'un des financeurs s'est retiré ?

R : oui absolument. C'est rediscuté régulièrement. Il y a, aujourd'hui, des financeurs qui peuvent se retirer parce qu'ils ne sont pas contents, il y a des financeurs qui peuvent dire qu'ils voudraient avoir un audit justement parce que leurs conseils d'administration veulent savoir où en est les

[503] Il s'agit des groupes de travail au sein de RBM.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

résultats. Non, non, c'est très discuté. Il y a un gros travail fait à ce niveau là pour montrer que le système fonctionne.

Q : Mais est ce que cela ne nuit pas à l'efficacité ? Discuter et évaluer peuvent prendre un temps relativement important

R : Non, il faut réorienter à chaque fois. C'est un bateau qui nage et parfois il ne se dirige dans le bon sens. Le but du partenariat RBM est de réorienter le bateau, donc on a un plan à 10 ans avec les objectifs du millénaire, mais il faut regarder à chaque deux ou trois où est ce qu'on en est parce qu'il faut gérer des priorités, des budgets. Donc, il faut gérer du court terme, moyen terme et du long terme. Pour cela, il y a un plan d'action stratégique (GMAP) qui existe et un *partnership work* plan qui est sur trois ans.

Patrick Betrand, Associé Principal Global Health Advocates

Q : Partagez le constat de certains rapports d'évaluation indépendante qui semblent indiquer qu'il y a des problèmes de coordination à l'intérieur des PPP et que la mise en ouvre de la déclaration de Paris est lente?

P : Ça dépend de quel niveau parlez-vous, […]. Il y a une coordination dans les pays […]. Ensuite, il y a la coordination au niveau des pays donateurs, c'est-à-dire comment on se coordonne ici entre donateurs, en France par exemple la société civile pour avoir des positionnements communs, comment est ce qu'on se coordonne avec les décisionnaires comme les membres du parlement et ensuite comment est ce qu'on se coordonne avec le privé.

Q : Alors au niveau des donateurs constatez-vous des difficultés ou non ?

P : Moi je peux vous donner mon avis sur comment ça se passe au niveau français, moins sur des aspects de la déclaration de Paris, […]. C'est un réseau de 15 associations qui travaillent sur les OMD santé, il y a des profils pays que vous pouvez récupérer avec *Action for global health*. Au niveau français, je trouve que la coordination est compliquée du fait […] par rapport à une séparation entre le monde VIH/Sida et les associations de santé générale telles que médecins du monde, médecins sans frontière, des associations qui font du développement et santé. […] jusqu'à deux ou trois ans, il y a peu de relation entre le monde du sida […] et les autres associations. C'est qui est un peu dommageable, parce que c'est comme si chacun ne luttait que pour son propre domaine. Par exemple, c'est comme si moi je souhaitais plus de financement pour le Sida sans me soucier des autres besoins. C'est le même débat qu'on retrouve au niveau international sur l'aide verticale sur une maladie et l'aide horizontale. C'est un débat qu'on espère terminer puisque maintenant tout le monde dit que c'est n'est pas l'un ou l'autre, c'est l'un avec l'autre […] Je reviens de Vienne[504]. Je crois que là ce débat est terminé. En ce moment l'aide stagne, et il est vrai que les donateurs ont tendance à passer d'une problématique à l'autre. Maintenant, on parle des OMD 4 et 5. C'est vrai qu'on en retard en matière de santé maternelle et infantile, mais la solution n'est pas de s'occuper de l'OMD 4 ou 5 en abandonnant de l'OMD 6. Non c'est toujours avec. Donc, il ne faut pas que les donateurs mettent l'OMD 4 face à l'OMD 6 pour dire qu'on a financé trop l'un et pas assez l'autre. C'est pourquoi, nous nous disons, au lieu de l'un contre l'autre, il faut augmenter le pot commun. C'est clair qu'on n'a pas assez de financement pour la santé de façon générale. Une des demandes d'Action Global for Health

[504] Il s'agit de la 18ème Conférence sur le sida qui s'est tenue à Vienne en Autriche sur fond d'inquiétude face à une baisse de financements internationaux.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

basée sur les travaux de la commission de la santé de l'OMS dirigée par J. Sachs en 2001 est que 0,1% du PIB des pays du Nord aille à l'OMD santé et on en est très loin. […] Par exemple, à Vienne il y a eu tout un débat intéressant avec les discours de B. Clinton et de Bill Gates sur l'efficience de l'aide et une meilleure utilisation. Et pour être efficient, il faut être mieux coordonné. C'est évident. On est d'accord avec ça. Mais il ne faut pas que les bailleurs de fonds utilisent cet argument d'efficience pour oublier les engagements qui ont été faits autour du sommet du millénaire avec les 0,7%. Coordination, c'est bien, on a besoin de coordination, c'est évident, c'est essentiel. Ça fonctionne plus ou moins suivant les pays. C'est difficile de faire une analyse globale, il y a des pays où ça fonctionne et des pays où ça ne fonctionne pas. C'est une évidence qu'on doit se coordonner. Il y a eu cette initiative IHP qui a été mise en place pour coordonner les actions des donateurs. On part d'un plan national d'action stratégique et ensuite demander les partenaires à se coordonner là-dessus. Mais, malheureusement, on n'a pas vu beaucoup de résultat de l'IHP (*International Health Partnership*[505])

Q : Est ce qu'une coordination efficace entre acteurs variés est possible dans un contexte de rareté des ressources, donc de concurrence entre objectifs.

P : Oui, la base doit être la coordination au niveau pays. Moi, je trouve qu'il y eu des avancées ces dernières années. Au niveau pays déjà, il y a eu des IHP qui ont été lancées dans certains pays. Il y a les CCM (*Country Coordinating Mechanism)* du fonds mondial qui sont sensés réunir les gouvernements, les ONG, les entreprises, les organisations communautaires et religieuses. Et le CCM ne peut fonctionner que si tous ces membres sont dedans. Après, il faut que ces partenaires apprennent à travailler ensemble et après dans certains pays ça fonctionne et d'autres non. Mais bon, c'est un challenge les CCM […] et tout cela par ce qu'il y a la pression du fonds mondial qui dit que vous ne recevrez de l'argent que si vous êtes coordonnés. Vous devez démontrer votre coordination, démontrer la transparence de votre CCM. Ça, c'est plutôt une bonne chose. L'IHP, c'est un peu la même chose, sauf que ça fait au niveau donateur avec une certaine division du travail, donc beaucoup d'effort.

Q : Par exemple, au niveau pays les plans d'action ne sont pas efficients car les acteurs s'entendent sur des objectifs généraux et comme cela chaque acteur garde la possibilité de mettre en œuvre des actions de façon isolée tout en les rattachant à l'objectif global en cas d'évaluation ?

P : Oui, cela pose la question du rôle des ONG nationales. Vous savez en Europe, l'histoire du VIH/Sida, ce n'est pas une prise de conscience soudaine de la part des décideurs, c'est uniquement parce qu'il y a eu des activistes qui se sont réveillés, qui ont demandé et qui continuent à surveiller pour que les engagements pris soient respectés. Et ils ne sont pas nécessairement dans des coalitions réunissant États et entreprises. C'est la même chose dont les pays du sud ont besoin […], les pays du sud ont besoin d'une société civile qui soit suffisamment forte et indépendante pour faire de telle sorte que les engagements de coordination pris par les partenaires soient respectés […].

[505] Le Partenariat International pour la Santé vise à l'amélioration des résultats de santé a travers une mobilisation des pays donateurs, les partenaires de développement et des agences internationales de santé autour d'une seule stratégie nationale de santé Cette stratégie est guidée par les principes de la Déclaration de Paris sur l'Efficacité d'Aide et a pour but la réalisation des OMDs en matière de la santé. Lancé en Septembre 2007, le Partenariat cherche en particulier a mieux harmoniser les engagements de financement provenant des bailleurs de fonds et à améliorer la manière dont les agences internationales, pays donateurs et les pays en voie de développement travaillent ensemble pour préparer et exécuter les plans nationaux de la santé.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Q : Un plan santé du gouvernement…

P : pas un plan santé du gouvernement, mais un plan santé du pays. À partir de là, il y a un besoin de ressource et les outils comme les fonds communs sont mis en place. [….] Sur le papier IHP est le meilleur outil et après c'est difficile à mettre en place. Parce que déjà la santé n'est pas prise comme une priorité pour l'État dans les pays bénéficiaires [….] récemment, l'UA s'est réuni à Kampala, ils ont parlé de quoi ? Des conflits, du terrorisme au lieu de parler de la santé. La santé maternelle et infantile devait être la priorité. On a même peur que certains États reviennent sur les engagements d'Abuja (15% du budget à la santé). […] Après, avec une volonté politique au plus haut niveau, il y aura la coordination. […] Au Benin, le secteur privé commence à s'investir dans la lutte contre le paludisme, pas parce qu'ils sont sympas, mais parce qu'ils se sont aperçus qu'ils ont une perte de productivité de leurs salariés […], on ne peut pas avoir un plan stratégique efficient si on n'a pas une volonté politique importante.

Q : Mais recourir à une volonté politique n'est –il synonyme à une remise en cause des ONG et du privé et plus largement des coalitions ?

P : Une ONG est une structure qui doit aider un pays, une ONG se crée parce qu'il y des besoins spécifiques dans un pays, très souvent non satisfaits par l'État. […] Les ONG ne doivent pas se battre pour leur existence, mais pour que l'État soit fort et pour qu'il puisse délivrer ce qu'il est censé délivrer à la population. […]. On sait que ce n'est pas le privé que ce soit au niveau associatif ou au niveau des entreprises qui va répondre aux besoins de santé des populations, surtout les population les plus vulnérables. C'est uniquement un État fort qui peut le faire […].

Q : Mais ce que vous dites est différent du discours de la banque mondiale sur la gouvernance qui semble donner aux acteurs privés un rôle de premier à l'État un rôle de sécurité et de facilitateur. Elle ne veut pas d'un État fort.

P : Ce n'est pas un État fort qu'il faut, mais un pays fort. [….] Mais la banque mondiale n'est pas un exemple d'efficacité dans le domaine de la santé. C'est l'exemple même d'un échec total dans le domaine de la santé. Il y a eu le rapport de la cour aux comptes de la Banque mondiale qui montre que les projets de la banque mondiale qui fonctionnent le moins, ce sont les projets de la santé. La banque mondiale est une catastrophe dans le domaine de la santé. On se pose la question de savoir si la BM mérite un rôle de leader dans le domaine de la santé compte tenu de son passif, notamment l'ajustement structurel. […]

Q : En ce qui concerne l'émergence des programmes de santé, notamment le paludisme, est ce la réunion d'acteurs variés qui a permis cela ?

P : Dans le domaine du paludisme, on vient tellement de loin qu'on ne pouvait faire mieux. C'est un exemple d'une évolution, par rapport à avant, parce qu'il y a eu une mobilisation politique très forte de la part des pays du Sud. En fait, il n'y a pas de choix avec le paludisme. A la différence du Sida, de la tuberculose, le paludisme est une maladie qui ne touche pas les pays du Nord. Donc c'était soit les pays du Sud s'engageaient ou rien. C'est parce qu'on a eu des chefs d'États africains qui se sont engagés avec ALMA (*African Leaders Malaria Alliance*) par exemple qui est une alliance de chef d'États [….]. C'est un exemple typique, c'est-à-dire qu'on a une volonté politique forte des pays du Sud, on a les outils qui sont là, et qu'on a une pression des pays du Sud suffisamment importante en relation avec les ONG du Nord, on arrive à un résultat. [….] Maintenant on est dans un monde où on ne parle plus de G8 mais de G20, c'est fini la dictature des pays du Nord. […]

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Q : Pour le plaidoyer comment est ce que vous faites pour mobiliser les États autour de questions de santé qui ne sont pas a priori une priorité pour eux ?

P : C'est en ayant des témoignages du Sud [… action.org] Nous avons développé une stratégie Nord-Sud de plaidoyer. Il ne s'agit des habituelles conférences de presse pour informer sur les refus d'engagements des États ou les engagements non suivis d'effet. Le travail qu'on fait est qu'on donne la voix aux gens du Sud. On fait venir des partenaires associatifs qu'on fait témoigner ici au Nord, par exemple dans différents parlement (France, Grande Bretagne…). Des anciens patients sont aussi invités pour montrer où va l'argent. Vous savez il y a toujours une propension des bailleurs de fonds du Nord de dire oui on dépense l'argent, mais où est ce qu'il va et quelle efficacité ? On fait voyager aussi des parlementaires du Nord dans les pays du Sud. Là, par exemple, on a organisé un voyage de parlementaires français au Burkina Faso pour visiter ce que font la société civile, les parlementaires locaux et l'État. C'est l'un des outils le plus efficace. En même temps, on utilise la visite de parlementaire dans les pays du Sud pour sensibiliser les parlementaires locaux [….].

Q : Douste Blazy lui utilise souvent un discours sécuritaire, c'est-à-dire une mondialisation qui ferait que les maladies ne connaissent plus de frontières ?

P : Sécurité oui, mais ce n'est pas le plus efficace. Les gens se mobilisent pourquoi pas ? Parce que ça les touche. C'est pourquoi, il faut absolument rendre visible les choses, il faut rendre visible les maladies et les problèmes. C'est un des outils de plaidoyer qu'on utilise. Ça peut être rendre visible les risques encourus par le monde. Mais, soyons clairs, les discours ou les engagements il y a des dizaines et des dizaines […] Maintenant, tout le monde le sait qu'on est dans un monde global et qu'on ne peut pas lutter contre la plupart des maladies au niveau pays. Le sida par exemple. On est dans monde global, donc pour moi la question de la sécurité sanitaire internationale est quelque chose d'évident pour moi. Nous on le dit pour la tuberculose. On ne peut pas traiter cette maladie au niveau local si on ne la traite pas au niveau global. C'est une maladie transmise par l'air, donc qui ne peut être prise en charge qu'au niveau global. On a vu pour la rougeole, il a fallu des actions au niveau mondial pour l'éradiquer. Les problèmes de santé ne peuvent être traités qu'au niveau mondial. Donc pour nous, c'est évident. Après… Si on regarde les engagements pris depuis dix ans, ils sont tous très bien. Maintenant, c'est la mise en ouvre qui pêche. La mise en œuvre pêche parce que dans un certains pays il n'y a pas une volonté politique forte, il n'y a pas de société civile forte, parce qu'on n'a pas donné la priorité à la santé.

Q : C'est la fin de l'entretien. Y a-t-il des choses qui vous semblent importantes que je n'aurais pas abordé ?

P : La question de la coordination est essentielle. Mais avant la question est de savoir comment obtenir un plan national d'action stratégique au niveau de chaque pays. Pour cela il faut un pays fort et une volonté politique forte pour que […] Là où je mettrai un bémol, c'est sur le rôle du secteur privé. On parle beaucoup du rôle du secteur privé, mais je trouve que c'est là où on a fait moins de progrès. C'est beaucoup d'effets d'annonce. On doit se demander est ce qu'il y a un rôle extrêmement important du secteur privé dans le domaine de la santé. Il y a un rôle, c'est clair. Mais est ce qu'il est important ? Non. L'industrie pharmaceutique est là pour faire de l'argent, on ne peut leur demander de faire le bien du public, de la population. Souvent, il y a beaucoup de discours autour du secteur privé, mais quel est son impact sur la santé ? Pas grand-

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

chose. Je me demande même si on n'utilise pas cet argument de renforcement du secteur privé pour justifier un désengagement de l'État. Ça, c'est dangereux. [….]

Q : Mais cette divergence dans les priorités, n'empêche t-elle l'élaboration d'un plan d'action efficient ? Je m'explique. Si on réuni des États, entreprises, ONG, communautés religieuses, le plan sera un plan de compromis axé sur une multitude d'objectifs mais pas un plan axé sur des objectifs limités et évaluables

P : Au niveau pays, c'est seulement si seulement on a un plan d'action fort qui implique les autres acteurs ONG, communautés […] Il faut des leaders. C'est le rôle des ONG de dénoncer ces conflits d'intérêts (comment le feront-elles en ayant déjà accepté de faire une coalition avec les entreprise ?). Il faut un leadership des États pour qu'on puisse dépasser les intérêts privés de chaque organisation. [….]
je ne doute pas de l'efficacité que pourraient avoir des partenariats incluant la société civile/ les institutions internationales et le secteur privé mais il y a une limite forte en terme de plaidoyer. Peut-être même pour d'autres actions, mais ça ce n'est pas mon domaine. Ils (ces partenariats) sont utiles comme plateforme d'échange d'information mais ont un rôle limité dans des campagnes de plaidoyer. En effet, ils réunissent en leur sein les cibles mêmes des actions. En revanche, l'efficacité des coalitions d'ONG est indéniable. Les ONG seules en coalition parviennent à faire évoluer les choses plus que certains partenariats vastes incluant des entreprises et des États.

Sylvie Chantereau, Directrice de l'Association des amis du fonds mondial Europe.

Q : je m'intéresse à la mobilisation d'acteurs variés et des difficultés de coordination que cela peut engendrer. On peut imaginer que faire travailler ensemble des acteurs allant des États aux entreprises est relativement complexe.
S : moi je vais vous raconter ce qu'on a connu, nous, lorsqu'on a essayé de monter l'association. On a été crée en 2005 et on a vocation de promouvoir le fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose dans notre zone géographique, c'est-à-dire l'Europe. Promouvoir le fonds mondial, c'est à la fois le faire connaître et aussi aider à la mobilisation des ressources pour le fonds. Il y a huit amis du fonds mondial qui existent dans le monde […]. Donc quand on a été créé avec cet objectif au sein d'une grande zone de donateurs, un des premiers constats, notamment sur le paludisme, est qu'il y avait pas mal de choses qui se faisaient, mais ces acteurs ne se parlaient, n'échangeaient pas. Chacun agissait finalement dans son domaine sans communiquer, sans échanger avec les autres. Il n'y avait pas de relations structurées. C'est pourquoi, nous, on s'est dit que si on veut donner de la visibilité à la lutte contre le paludisme, il faut que tous ces acteurs se ressemblent autour d'une même table pour échanger, savoir où sont les complémentarités et les possibilités de synergie de façon à donner une voix commune. Donc, on a pris l'initiative de créer la coalition française de lutte contre le paludisme. On est partit de l'idée qu'il fallait que cette coalition […] rassemble les gros comme les petits, le secteur public comme le secteur privé, les instituts de recherche comme les industries, les ONG […] des universitaires. L'ONG a débuté avec 15 membres maintenant il en en compte plus d'une quarantaine en quatre ans. **Alors, son originalité est qu'on sait dit que si on laisse largement ouvert, ça risque d'être compliqué à gérer. Et que l'équilibre, pour que ça fonctionne bien, il faut que ça reste relativement flexible.** Donc progressivement en fonction du nombre de membres, on s'est doté de règlement intérieur, de modalité de fonctionnement. L'idée est quand même que ça reste, c'est tout à fait atypique [….], une plate forme d'échange. Quand il y a une

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

action à mener, se joignent à l'action ceux qui veulent se joindre à l'action[506]. Ce n'est pas pour autant que ça va faire sortir ceux qui ne se sont pas joints à cette action là. Donc, c'était une façon d'inciter à des partenariats à deux, à trois, à trente, à trente cinq. **On est même arrivé à mettre en ouvre des actions communes[507]**. Donc cela veut dire qu'il n'y a pas de diabolisation des autres acteurs, mais on sait que qu'on a des positions divergentes, des objectifs à court terme qui sont divergents, mais on savait que, par exemple sur le paludisme, on avait tous la même volonté qui est qu'on arrive à échanger des informations et à mobiliser des ressources pour lutter contre le paludisme. Là-dessus il n'y avait pas d'ambiguïté. L'objectif général commun était très partagé. […] C'est donc […] c'est bien vrai que ça gagne en complexité, mais on a trouvé les moyens pour travailler ensemble et pour échanger. Après, je ne dis pas qu'on atteint tous les objectifs de la coordination. [….] **Moi je ne poserai pas le problème que vous le posez en disant que plus il y a de partenaires plus c'est compliqué. Moi je dirai, plus il y a de partenaires, plus c'est enrichissant et plus importante est la chance de trouver des solutions innovantes et globales. […]**

Q : Vous m'avez déjà indiqué comment est ce que vous faites pour vous coordonner. C'est un petit peu selon la volonté du partenaire. Mais il y a-t-il d'autres éléments qui facilitent la coordination ?

S : L'information et la transparence. La coordination est précédée par cela. Pour bien se coordonner il faut déjà savoir qui fait quoi et où, comment? Comment circulent les informations, comment chaque partenaire appréhende un problème. **C'est quelque chose d'essentiel, si non vous avez des déséquilibres dans l'information, des structures ou groupes qui croient avancer dans le bon sens alors qu'ils n'ont qu'une partie de l'information. On ne agir collectivement qu'avec des informations communes[508] [**….]

Philippe Douste-Blazy, ancien ministre de la santé et actuel président du conseil d'administration d'UNITAID. Il est aussi depuis 2008 secrétaire général adjoint chargé des financements innovants[509].

UNITAID est un projet qui finance des achats de médicaments à grande échelle pour les pays Africains en taxant les billets d'avion. Ce principe de financement a été mis en place en 2006 par deux présidents que sont Chirac et Lulla. L'initiative UNITAID s'inspire des expériences de financements alternatifs non soumis aux états, pour alimenter en médicaments les ONG sur le terrain.

Jérôme : présentez nous UNITAID

P. D-B : UNITAID, c'es très simple. C'est prendre en considération le fait que le 21ème siècle va être énormément violent si on ne fait rien. Pourquoi ? Parce que les pauvres deviennent de plus

[506] Ici la règle n'oblige pas au consensus mais elle ne réduit pas non plus la dispersion
[507] Phrase qui indique que cela n'est pas toujours facile.
[508] Nous n'avons pu retranscrire qu'une partie de l'entretien en raison de problèmes techniques avec le dictaphone. Par ailleurs cette phrase illustre la croyance à la possibilité d'une décision collective rationnelle (neutre) une fois que les acteurs disposent de toute l'information.
[509] Interview de Philippe Douste-Blazy par Jérôme Bouteiller pour Neteco, lors de la 10e université d'été du MEDEF (28 août 2008). http://www.dailymotion.com/video/x6rrhw_itw-de-philippe-douste-blazy-par-je_news

© 2012 Tous droits réservés. http://doc.univ-lille1.fr

en plus pauvres avec une différence considérable avec les riches et donc il y a des problèmes d'éducations, des problèmes de santé qui sont là. Ce n'est pas les États qui vont faire quelque chose, parce que les États sont pris par leurs affaires d'élections, de pouvoirs d'achat, il y a toujours par définition une énorme pression sur les chefs d'États, donc ils ne le feront pas quelque chose. Donc il faut trouver autre chose, c'est les financements nouveaux. On a une idée, prendre un euro ou un dollar par billet d'avion. Dix pays ont dit oui […], on essaye de travailler justement là où le marché ne peut pas travailler. Par exemple en Afrique, les enfants qui ont le sida, par définition ils ne peuvent pas payer les médicaments. Pourquoi ? Parce que premièrement ils sont enfants et deuxièmement il n'y a pas d'argent en Afrique. Donc nous avons décidé de produire des médicaments pour les enfants qui ont le sida dans les pays pauvres et particulièrement en Afrique. Trois quart des enfants traités contre le sida en Afrique sont et dans les pays pauvres c'est UNITAID.

Jérôme : votre organisation est financée par les taxes sur les billets d'avion, mais est ce que vous pourriez solliciter des internautes, des blogueurs pour des investissements dans votre organisation ?

P.D-B : Nous allons réfléchir parce que le système de la taxe obligatoire on a pu le faire dans 10 pays. Mais dans 186 autre pays on a eu un refus idéologique contre l'impôt. Donc il faut trouver autre chose. L'idée ça serait à chaque fois que l'on prend un billet d'avion par internet, essayer de demander à celui qui le prend s'il peut donner un dollar de plus. Et là, je crois que nous pouvons monter une contribution volontaire de solidarité mondiale parce qu'il n'y a que trois personnes dans le monde qui se sont partagées le marché de la réservation[510] . […] une étude Mckenzie […] nous dit que ce sera au moins 1 milliard de dollars par an. C'est vous dire l'importance que peut représenter cet outil internet associé à la carte de crédit pour lutter contre la pauvreté dans le monde.

Jérôme : Est-ce qu'aujourd'hui, la carte de crédit est plus efficace que la carte d'électeur pour changer le monde ? Le consommateur a-t-il finalement plus de pouvoir que l'électeur pour changer le monde ?

P. D-B : C'est une vraie question. En tout cas face à la pauvreté mondiale, la carte d'électeur ne suffira pas. Pourquoi ? Parce que les représentants, ceux qui vont se présenter aux élections n'en parleront pas. Et en même temps à force de ne pas en parler, on va avoir devant nous un énorme risque politique. Donc les citoyens du monde par esprit de conservation tout simplement vont devoir s'emparer de ce sujet et ils ont à leur disposition […] une carte qui est la carte de crédit. De manière volontaire qu'ils s'en servent […]

Jérôme : Qu'est ce que vous attendez d'internet ? Un relais pour votre action ?

P. D-B : Moi je suis persuadé que les blogueurs, cette génération pour laquelle internet fait partie de la vie de tous les jours est une génération qui prend en compte les grands éléments du monde. Quels sont les grands éléments du monde ? Le changement climatique d'un côté et l'énorme bombe atomique que représente la faim dans le monde et la pauvreté dans le monde. C'est ce cela la bombe atomique. Je pense qu'il n'y a rien que mieux que l'internet pour expliquer l'importance de ces enjeux [….] parce que chacun avec une petite contribution peut changer le monde […]. C'est ce qu'on appelle la langue traine»

[510]Il s'agit des trois grandes centrales de réservation de billets d'avion sur internet à savoir Gallileo, Amadeo, et Sabre.

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Philippe Douste Blazy et Jean François Rial interviewés par Mathieu Kasovitz[511]

M.K : je vais vous demander de vous présenter et d'expliquer pourquoi je vous filme ?

P. D-B : Philippe Douste Blazy, je suis médecin. J'ai fais de la politique aussi. J'ai été ministre de la santé et ministre des affaires étrangères. Et maintenant […], nous avons une idée de monter une organisation internationale basée sur une idée très simple que. Ce certainement pas le communisme ou fascisme qui menace nos enfants et petits enfants pour le 21ème siècle, je ne le crois pas. Par contre ce qui les menace, c'est l'énorme différence scandaleuse entre d'un côté la financiarisation du capitalisme avec des gens qui peuvent gagner des milliards en un an [….] et de l'autre côte 2, 8 milliards de personnes qui sont à moins de 2 $ par jour […]. Et pour la première pas de l'histoire de l'humanité ces damnés de la terre regardent par internent […] les supers riches que nous sommes, et bien ça, ça va pas fonctionner longtemps. On s'est dit que l'immigration est inéluctable […] ce n'est pas 100 000 et c'est des millions de gens qui vont y aller, ce n'est pas des lois, […]. Je ne parle pas de la misère qui aboutie au désespoir et le désespoir à la colère. La colère peut être utilisée par les hommes politiques qui font de la politique avec de la religion, qui s'appellent des fanatiques, des fondamentalistes […] »

J.F-R : L'idée de départ était quand même assez géniale. […] On est quand même dans un système où on est tous d'accord pour dire que c'est scandaleux les écarts Nord-Sud, on sait que ça ne coûte grand-chose d'aller régler la base des problèmes des pays du sud, on estime que ça coûterait 0.3% du PIB mondial , mais les État depuis 50 ans prennent des engagements qu'ils ne respectent pas et l'idée du président Lula et Chirac qui est de mettre en place ce qu'on appelle des financements innovants c'est-à-dire prendre des toutes petites sommes sur des industries privées sans pour autant les pénaliser sur l'activité économique, ni générer des distorsions de concurrence est fantastique […].

Annexe 15 : La pression croissante de la société civile et la réaction des grandes entreprises

Mises sous pression par les ONG Coincées, la réaction des entreprises s'organise et se focalise sur la restauration de leur image. L'objectif est de regagner la confiance perdue. Ici et là émerge un discours (et parfois des pratiques) RSE, d'abord sous les termes « d'entreprise citoyenne », « entreprise éthique », puis « entreprise socialement responsable » (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007 p. 9). « *Plus que jamais, les grandes firmes sont à recherche d'une légitimité sans laquelle elle ne dispose pas du droit moral et symbolique d'exercer leurs activités. Leur utilité sociale étant questionnée par la société, il leur faut donc la justifier en présentant une vision du monde en adéquation avec les valeurs sociales du moment. Le mouvement de la RSE*[512] *est susceptible d'apporter ce « supplément d'âme », cette justification qui rend*

[511] http://www.dailymotion.com/video/x4dgb3_unitaid_travel

[512] L'approche éthique anglo-saxonne, devenue dominante au niveau internationale, de la RSE a voulu faire de l'entreprise un « être moral » (*au* même titre qu'un individu) alors que, lieu de pouvoir et d'intérêts antagonistes, son comportement ne peut être réduit à un comportement individuel , comme l'ont montré des auteurs importants de la théorie des organisations (Cyert et March, Crozier et Friedberg… ». Cependant, le « le terme de « responsabilité » a pris un sens philosophique qui le détache de la faute et donc de la réparation et de la sanction ; il devient synonyme d'obligation ou d'engagement comme chez Jonas (*1990*), pour qui le « principe de responsabilité » consiste à agir de façon que les actions ne soient pas destructrices pour les possibilités de vie future sur terre. La responsabilité devient une modalité d'action : agir de façon responsable signifie réfléchir aux conséquences de ses actes pour soi et surtout pour autrui (Ewald, 1997), ce qui implique la mise en œuvre d'une vertu de prévoyance. En conséquence la RSE dominante (d'origine anglo-saxonne) présente la RSE comme un engagement (volontaire), alors que les latins

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'entreprise acceptable aux yeux de la société civile. Elkington (1999), en particulier, s'est fait le chantre de cette croisade en faisant valoir que le capitalisme courait à sa perte s'il ne devenait pas plus vertueux et les entreprises ne prenaient la peine d'évaluer leurs impacts dans les domaines sociaux et environnementaux ; il a ainsi popularisé la notion de triple botton line signifiant que le résultat d'une entreprise ne doit pas s'apprécier uniquement selon les critères économiques. C'est ainsi que s'est ouvert « un marché de la vertu » (Vogel, 2006) destiné à redonner une légitimité aux grandes entreprises. Les discours d'entreprise ont pris ainsi, au cours de ces dernières années, des accents humanitaires et écologiques pour souligner les apports des activités de l'entreprise à la satisfaction des besoins nutritionnels (y compris pour les plus pauvres), de santé, d'éducation, de culture, etc. Des pratiques et des dispositifs sont mis en place pour assurer la crédibilité des discours : codes de conduite, chartes éthiques, certification sociale et environnementale[513] » (Ibid, p. 11)

Ainsi, les enjeux des entreprises ne seraient plus seulement économiques, mais aussi sociaux (Stéphany, 2001, p. 54-46). La RSE incite l'entreprise à considérer chaque contrainte comme une source d'opportunités potentielles ; l'avantage de marché, la différenciation et l'augmentation de la valeur de la marque ; la réputation ; la performance économique et financière qui découlerait des facteurs cités précédemment. ***La RSE s'inscrit essentiellement dans une théorie de dépendance à l'égard des ressources.*** Cette théorie « *fait dépendre l'organisation des acteurs de son environnement et affirme que pérennité dépend de son aptitude à gérer des demandes de groupes différents, en particulier ceux dont les ressources et le soutien sont déterminants pour sa survie (Pfeffer et Salancik, 1978)* » (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007, p. 33). La vulnérabilité d'une organisation provient de son besoin en ressources et du fait que ces ressources sont contrôlées par son environnement (les parties prenantes).

Cependant, les pratiques de RSE sont guidées par des principes puisés dans de grands documents de référence, produits lors de sommets internationaux, qui fixent des contenus normatifs appelés à orienter le comportement des firmes dans les domaines social et environnemental. Ces principes produits par des organismes internationaux peuvent être interprétés comme des fondements institutionnels de la RSE.

En s'en tenant aux textes les plus marquants depuis le début des années 1990[514], on doit mentionner la Déclaration de la conférence de Rio sur l'environnement et le développement en 1992 (Agenda 21) ; le protocole de Kyoto relatif à la lutte contre le réchauffement climatique, approuvé en 1997, en est le prolongement. L'Assemblée générale de 1997 a consacré le rôle des entreprises et un document du Programme des Nations-Unies pour l'Environnement (PNUE) de 1998 a déterminé le cadrage de ce que devrait être la responsabilité des entreprises. En 1999, le pacte mondial (Global Compact) issu d'un appel lancé par Koffi Annan invite les grandes entreprises, par des engagements volontaires, à contribuer à la promotion et à la mise en œuvre

---

l'interprètent comme une obligation (contraignante). D'un côté, on semble faire confiance aux démarches volontaires ; de l'autre, on semble réclamer des réglementations publiques.

[513] Pour ce qui du lien entre Développement durable et RSE, il faut savoir que *« le concept de développement durable interpelle l'entreprise dans ses finalités, dans la conception de son organisation, en fournissant les principes qui encadrent ou conditionnent les activités économiques. La RSE constitue les modalités de réponses de l'entreprise aux interpellations sociétales en produisant des stratégies, des dispositifs de management, de conduite de changement et des méthodes de pilotage, de contrôle, d'évaluation et reddition incorporant (du moins en principe) de nouvelles conceptions de performances* » (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007, p. 16).

[514] Parmi les textes majeurs antérieurs aux années 1990 et qui servent de référence à la pratique RSE, nous avons : la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 et la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 (ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'une « mondialisation à visage humain », notamment par la lutte contre la pauvreté[515]. En 2002, le programme d'action adopté par le Sommet mondial sur le développement durable à Johannesburg confirmait le mouvement en encourageant les entreprises à améliorer leurs résultats sur les plans sociaux et environnementaux[516]. **L'OCDE constitue une autre source de la RSE opérationnelle.** Les principes directeurs de l'OCDE à l'intention des entreprises multinationales dont la dernière révision date des années 2000 constituent une autre source de référence internationale d'importance. C'est le seul code de conduite à portée générale sur le comportement des entreprises approuvé au niveau multilatéral par des gouvernements. Ce sont des dispositions volontaires recommandées par les gouvernements pour les entreprises multinationales ressortissantes des pays membres de l'OCDE. Elles couvrent un large spectre de domaines : divulgation de l'information, emploi et relations industrielles, droits de l'homme, environnement, lutte contre la corruption, intérêts des consommateurs, science et technologie, concurrence et charges fiscales**. Les acteurs privés participent aussi à cette élaboration des principes de la RSE opérationnelle**. A titre d'exemple, on peut citer la coalition *Business Leaders Iniative on Human Rights* (BLIHR) regroupant notamment (ABB, Barclays, Novartis, Novo Nordisk The Body Shop). Cette dernière s'est donnée pour objectif de favoriser une plus large intégration des droits de l'homme dans les pratiques économiques et commerciales et s'est engagé dans un soutien actif des projets de l'ONU[517].

[515] S'inspirant des de la Déclaration des droits de l'Homme, des principes fondamentaux de l'OIT et des accords de Rio sur l'environnement, il comprend neuf principes : deux concernent le respect des droits humains, quatre les droits fondamentaux au travail, trois la protection de l'environnement, un dixième principe relatif à la lutte contre la corruption a été ajouté. Ces engagements sont peu contraignants, car le Pacte ne prévoit aucun dispositif de contrôle et se contente des déclarations des entreprises.

[516] *Plus récemment, « en 2003, la Sous-commission de la protection et de la promotion des droits de l'homme a proposé un texte qui fut salué par les syndicats et les ONG comme un progrès vers l'établissement d'obligations juridiques claires en matière de responsabilité des entreprises dans le domaine des droits humains. Mais, à la suite d'une opposition très ferme des milieux des affaires, ce texte fut gelé en 2004 et le Secrétaire général de l'ONU a nommé en 2005 un représentant spécial, John Ruggie, ayant pour mission d'approfondir et de clarifier le texte »* (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007, *p.66).* La norme ISO 26000 est d'une autre nature. Elle a fait appel à une vaste consultation mondiale et résultent de laborieuses négociations depuis 2005. Il s'agit d'une norme internationale de lignes directrices (guidance standard) sur la responsabilité sociétale des organisations. Elle manifeste la montée en puissance de la normalisation professionnelle comme mode de régulation dans les domaines sociaux, ce qui constitue une nouveauté et défi important pour l'ISO (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007).

[517] D'autres, comme Carrefour, sans faire référence explicitement à ce projet, milite pour une convention internationale qui rendrait de telles normes obligatoires afin de mettre un terme aux distorsions de concurrence et de permettre de différencier les entreprises les plus responsables (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2007).

© 2012 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Résumé

La coopération internationale pour la santé a connu, cette dernière décennie, une des périodes les plus dynamiques de son histoire. Les ressources disponibles ont augmenté, une pléthore d'organismes de santé a été créée, et la société civile et le secteur privé ont été mobilisés. Des approches plus participatives ont émergé dans la façon de lever les fonds et de livrer l'assistance. Cependant, l'enthousiasme suscité par ces changements a été accompagné par un malaise croissant, un sentiment que les actions sur le terrain sont « dispersées », faiblement articulées et que les « gaspillages » continuent. Le nombre croissant d'acteurs aurait donc compliqué la gestion de l'aide pour les bénéficiaires, alourdi les coûts de transaction et augmenté les coûts fixes dans l'aide globale. En conséquence, la littérature indique qu'une amélioration de l'efficacité de l'aide internationale passe par une coordination accrue des acteurs de l'aide, notamment les donateurs. **Notre thèse vise à montrer que, s'il est fondé de remettre de l'ordre dans l'architecture chaotique de l'aide, notamment celle de la santé, l'entente des donateurs sur des objectifs limités sur la base de critères coût-efficaces est irréaliste**. En nous appuyant sur l'abondante littérature consacrée à l'aide, sur des rapports d'évaluation, sur des entretiens qualitatifs et sur une exploitation de données empiriques, nous soulignons pourquoi l'agenda actuel de coordination ne permet pas une réduction de la dispersion de l'aide.

Mots clefs : Aide au développement, Coordination, Santé, Représentations sociopolitiques, Efficacité, Gestion axée sur les résultats, Donateurs, Partenariat public-privé.

Abstract

International cooperation in health has experienced over the last decade, one of the most dynamic periods in its history. The resources available have increased, a plethora of health agencies have been established, and civil society and the private sector have been mobilized. More participatory approaches have emerged in how to raise funds and deliver assistance. However, enthusiasm for these changes was accompanied by a growing unease, a feeling that the actions in the field are "scattered", loosely connected and that the "waste" continue. The increasing number of players would thus have complicated the management of aid to recipients, increased the transaction costs and increased fixed costs in total aid. As a result, the literature indicates that improving the efficiency of international assistance has to go through increased coordination of aid actors, including donors. **Our thesis aims to show that if it is justified to restore order in the chaotic architecture of aid, including that of health, donor agreement on limited objectives on the basis of cost- effectiveness criterias is unrealistic**. Based on the extensive literature on aid, on the evaluation reports, interviews and qualitative operation of empirical data, we emphasize why that the current agenda of coordination does not allow a reduction in the dispersion of aid.

Keywords: Development Assistance, Coordination, Health, Social and political representations, effectiveness, Donors, Management for results, Public-private partnership.

© 2012 Tous droits réservés.