



# Les limites des mécanismes de coordination de l'aide à la santé : une analyse à partir des images politiques

By/Par | **Mamadou Barry**

Clerse, Faculté des sciences économiques et sociales  
Université Lille 1  
mamadou-i.barry@ed.univ-lille1.fr

## ABSTRACT

The agenda of the coordination emerged in the early 2000's based on the idea that the more actions of donors are harmonized and transparent, the greater the effectiveness of collective action is. This is at least the spirit shown by the various statements on aid effectiveness (Accra in 2008, Paris 2005, Rome in 2003) which pointed out the importance of coordination. Therefore, since a decade we are witnessing the development of various "optimal" common programs of coordination (coordination mechanisms): strategic action plans of the public-private partnerships (PPP), poverty reduction strategy papers, assistance programs... Through a study in the health sector, I will show that coordination mechanisms have difficulties to fulfill the conditions of effective coordination for two reasons: plurality of the policies images and contractual nature of these coordination mechanisms.

**Keywords:** Coordination, Mechanisms of coordination, Public-Private Partnerships, Official assistance for health, Policies Images, Socio-political representations, Efficiency

## RÉSUMÉ

L'agenda de la coordination apparu au tournant des années 2000 repose sur l'idée 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 porté par les différentes déclarations sur l'efficacité de l'aide (Accra en 2008, Paris en 2005, Rome en 2003) qui ont mis en avant la coordination. C'est pourquoi, depuis une décennie nous assistons à l'élaboration de dispositifs communs « optimaux » de coordination (mécanismes de coordination) qui peuvent aller des plans d'action stratégique des partenariats public-privés (PPP) aux documents de stratégies de réduction de la pauvreté en passant par l'aide programme. Partant du secteur de la santé, nous essayons de montrer dans cet article que les images politiques, combinées au caractère contractuel de ces mécanismes de coordination, font qu'ils remplissent difficilement les conditions d'une coordination efficace.

**Mots Clés :** Coordination, Mécanismes de coordination, Partenariats public-privé, Aide la santé, Images politiques, Représentations sociopolitiques, Efficacité

JEL Classification: I15, I18, O15, O19, P11

*Éthique et économie/Ethics and Economics, 9(2), 2012*  
<http://ethique-economique.net/>

## INTRODUCTION

L'agenda de la coordination apparu au tournant des années 2000 repose sur l'idée que plus les actions des donateurs sont harmonisées et transparentes, plus grande est l'efficacité de l'action collective. C'est du moins l'esprit porté par les différentes déclarations sur l'efficacité de l'aide (Accra en 2008, Paris en 2005, Rome en 2003) qui ont mis en avant la coordination. En conséquence, depuis une décennie nous assistons à l'élaboration de dispositifs communs « optimaux » de coordination, que nous qualifions de mécanismes de coordination, qui peuvent aller des plans d'action stratégique des partenariats public-privés (PPP) aux documents de stratégies de réduction de la pauvreté en passant par l'aide programme. Ces mécanismes de coordination, composés d'acteurs variés (Etat, OIG, ONG et fondations...), sont considérés comme contribuant à relever l'information sur les besoins (essentielle à l'élaboration d'une bonne politique), à légitimer les politiques (important pour une bonne mise en œuvre), à construire le meilleur mode de production des biens collectifs<sup>1</sup> (efficacité productive). Les membres de ces mécanismes, aux statuts juridiques différents, sont guidés par des images politiques différentes. Comme Shiffman et al. (2002), nous définissons les images politiques comme la façon dont un problème donné (ici de santé) et un ensemble de solutions sont conceptualisés<sup>2</sup>. Concrètement il s'agit des valeurs et orientations des acteurs, de leurs représentations sociopolitiques<sup>3</sup>.

Aujourd'hui plusieurs travaux et rapports d'évaluation reviennent sur ces mécanismes de coordination apparus il y a une décennie pour souligner la faiblesse des résultats obtenus en matière de coordination. Nous pouvons citer le travail de Cling et al. (2003) sur les DSRP, de Kérouedan (2009, 2010) sur le fonds mondial du lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et du rapport d'évaluation indépendante de Roll Back Malaria de 2009. **L'objectif de cet article est d'expliquer, après avoir mis en évidence les principes de fonctionnement de ces mécanismes, les difficultés de coordination à partir de la pluralité des images politiques.** Nous divisons notre article en quatre sections. Dans une première, nous revenons sur la nécessité d'une prise en compte des images politiques dans l'analyse de la coordination. Dans une deuxième section, nous identifions les principes qui guident la coordination actuelle. Dans une troisième section, nous présentons les limites des mécanismes de coordinations telles qu'elles soulignées dans différents travaux. On s'apercevra, en particulier, qu'il existe un décalage entre les conditions (organisationnelles et programmatiques) d'une coordination efficace et le fonctionnement des mécanismes de coordination. Se pose alors la question de savoir pourquoi ce décalage. Dans une quatrième section, nous relierons ces limites à la diversité des images politiques des acteurs en partenariat. Nous montrons, notamment, que le fait que les acteurs soient guidés par des représentations sociopolitiques différentes rend inévitable des compromis « sociopolitiques » qui violent les conditions d'une coordination efficace.

---

<sup>1</sup> Les donateurs discutent pour sélectionner le meilleur moyen en se servant de la « gestion axée sur les résultats ».

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> Cette définition sera d'avantage développée dans la section 1. .

## **POURQUOI FAUT-IL PRENDRE EN COMPTE LES IMAGES POLITIQUES DANS L'ANALYSE DE LA COORDINATION ?**

### *Origine et importance du concept d'images politiques*

Dans différents travaux (Shiffman, 2009; Shiffman, 2008 ; Shiffman 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<sup>4</sup>. 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.

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 efficaces (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 efficaces, n'attirent que des financements modestes.

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

---

<sup>4</sup> Il concentre sa recherche sur les pays à moyen et faible revenu.

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*)<sup>5</sup>.

- tout programme de coordination pour être réalisé doit prendre en compte la diversité des images politiques puisque l'objectif de l'action collective est un construit social. Cela justifie une attention particulière aux discours des acteurs et aux processus de délibération.

### *Les principales images politiques de la santé*

Chaque donateur (ONG ou Etat) a, au moins, une image politique, une façon de percevoir les problèmes de développement, et de cette perception découle un programme d'action<sup>6</sup>. Ces images politiques renvoient à des motivations « sociopolitiques » qui participent, au même titre que les motivations stratégiques<sup>7</sup>, à la détermination d'une action et de sa nature. L'encadré ci-dessous reprend les images politiques dominantes.

Le trait commun de ces différents « images politiques » est qu'elles considèrent la santé comme un élément important de l'action internationale. Cependant, le statut que chacun attribue à cette dernière n'est pas le même : dans l'approche de sécurité, tout comme dans celle du développement, la santé est un instrument (parmi d'autres) qui doit être subordonné à l'objectif primordial de sécurité ou de développement. 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 utilitaristes (sécurité et développement) divergent sur la façon dont il faut traiter les problèmes de santé (l'une met l'accent sur l'éradication des maladies infectieuses et l'autre sur l'intégration partielle 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 objectif et donc à l'élaboration de politiques fondées sur le respect d'un droit humain qui subordonnerait tous les autres objectifs. En somme, à chaque image politique correspond des objectifs spécifiques et une politique particulière de santé. Les politiques de santé sont donc liées aux systèmes de croyance, souvent le plus dominant, concernant la santé (Kleiber, 1991).

---

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> Soulignons que toute image politique peut être influencée par des motivations stratégiques.

<sup>7</sup> Les considérations stratégiques sont : guerre froide, lutte contre le terrorisme, achats d'alliances ou de votes, communication pour les entreprises... Il s'agit de toute forme de détournement de l'aide de ses objectifs officiels par les donateurs.

### Encadré 1: Les images politiques dominantes dans le domaine de la santé

Les principales images de l'aide publique à la santé sont :

**La santé comme facteur de développement.** Cette approche résulte de l'approfondissement des connaissances des liens entre la santé et la croissance économique et légitime l'objectif 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.

**La santé vue comme facteur de sécurité.** Fonder les actions sanitaires dans les pays en développement sur la sécurité est une approche nouvelle au regard des soixante années d'aide au développement. Cette image politique a émergé avec la fin de la guerre froide et la découverte d'une planète où les pays sont de plus en plus interdépendants, donc ayant de plus en plus de problèmes communs.

**La santé vue comme un droit humain.** La santé est considérée, depuis longtemps, comme un droit humain fondamental. Cette approche a présidé à la création de l'OMS et au lancement du programme Alma Ata.

**La santé comme un Bien Public Mondial (BPM).** Au cours de la dernière décennie, la notion de biens publics mondiaux (BPM) s'est imposée dans le discours sur le développement. Le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a été le moteur de cette tendance (Kaul et al., 1999). Comme d'autres biens publics nationaux, les biens publics mondiaux sont considérés comme des marchandises ou des services que le marché, à lui seul, ne peut fournir en quantité suffisante. La principale justification de cette approche est l'existence d'externalités positives ou négatives.

Source : Présenté par l'auteur

## LES MÉCANISMES DE COORDINATION : FONDEMENTS ET CONDITIONS THÉORIQUES DE FONCTIONNEMENT

### *Les fondements institutionnels des mécanismes de coordination*

L'agenda de la gouvernance est aujourd'hui le cadre qui guide l'action des Etats, notamment dans les pays en développement. Avec les échecs du PAS, la Banque mondiale (BM) entérine vers la fin des années 1990 un changement de paradigme vis-à-vis de l'Etat<sup>8</sup>. « *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

<sup>8</sup> Pour une présentation critique voir 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.

les maîtres mots sont : société civile, *empowerment*, capacité... Les éléments clés sont désormais : participation, transparence et rigueur analytique (enquêtes, diagnostics). L'idée est qu'une « bonne » gouvernance suppose (Cartier-Bresson, 2010, p. 115) :

- d'abord, que le rapport de l'Etat 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 soient transparents, et les pouvoirs publics étant responsables de leur choix et de leur application.

Cette conception de la Banque mondiale de ce qu'est la bonne gouvernance, 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'Etat. Avec la nouvelle approche de la gouvernance, marché et démocratie vont ensemble pour la grande satisfaction des penseurs néolibéraux (North, Coase, Williamson). En effet, le concept d'Etat providence qui a longtemps fondé l'action des Etats, tant dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines sociaux, est remis en cause. L'approche Williamsonienne de la gouvernance (1979) qui fut adoptée par la Banque mondiale semble l'avoir remplacé (Cartier-Bresson, 2010). Cette approche, défendue par la Banque mondiale, considère qu'un Etat moderne est un Etat ne commandant plus du haut mais acceptant de négocier avec son environnement, un Etat 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.

En conséquence, il est demandé aux Etats de s'ouvrir aux acteurs privés (ONG, fondations, entreprises et associations). Comme pour donner l'exemple, les institutions internationales, comme l'OMS traditionnellement fermée aux acteurs privés, invitent des acteurs privés (entreprises, ONG) à participer à l'élaboration de leurs politiques d'aide à travers différents mécanismes. Cette conception de la gouvernance propage l'idée selon laquelle des acteurs différents peuvent non seulement travailler ensemble, mais surtout s'entendre sur des modes de coordination dits optimaux<sup>9</sup>. Ces mécanismes, qualifiés souvent de 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<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Nous montrerons plus loin que cette croyance accorde une confiance à la rationalité économique qui voile les représentations sociopolitiques des acteurs (images politiques) (Cf. section 2.3.).

<sup>10</sup> Ces partenariats sont présentés, pas toujours de façon explicite, comme le passage d'une confrontation « futile » (notamment entre activiste des ONG et industries pharmaceutique) à la coopération « utile ». Les partenariats public-privés (PPP) pour la santé sont notamment présentés comme une façon d'attaquer les problèmes de santé publique et de développement social en conjuguant les efforts d'organisations publiques, privées et de développement international. On parle de synergie et de force des « liens faibles ».

*Les mécanismes de coordination : présentation et typologie*

Le tableau 1 ci-dessous montre trois éléments essentiels pour notre analyse. Premièrement, les mécanismes de coordination sont des véritables partenariats multi-acteurs. Ils rassemblent des Etats, 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 mécanismes. L'approche semble avoir été de réunir ensemble les acteurs agissant dans le même domaine. La diversité des représentations sociopolitiques (images politiques), puisqu'on réunit des acteurs ayant des valeurs différentes, est considérée comme non problématique. Troisièmement, la méthode de délibération au sein des PPP semble être une approche participative reposant sur la concertation entre des acteurs supposés égaux.

Notre analyse porte sur les PPP des colonnes 3 et 4 et sur les mécanismes de coordination des colonnes 5 (tableau 1). 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 sont exclus puisqu'ils ne laissent pas une grande place aux représentations sociopolitiques.

Partant des travaux de la banque mondiale, Cling et al. (2003, p. 173) définissent le processus participatif comme suit : « *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.* ». La démarche participative et contractuelle, support des mécanismes de coordination, est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans l'élaboration des politiques de développement aussi bien au niveau local qu'au niveau international.

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 les partenaires au développement) (tableau 1). Cette approche est supposée permettre, une plus grande appropriation des politiques de développement, un diagnostic complet 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 des institutions internationales va dans le même sens. L'approche partenariale, fondée sur un processus participatif, qui s'est imposée au tournant des années 2000, va modifier l'architecture de l'aide publique traditionnellement dominée par les organisations intergouvernementales (OIG). Les organisations civiles et volontaires privées tendent à être omniprésentes dans les prises de décision durant les sommets et assemblées internationaux. Ces organisations jouent deux rôles. Le premier est de faire participer une « société civile » mondiale qui serait représentée par ces organisations. Le deuxième rôle est 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 (Etat, marché, Organisations civiles) n'est *a priori* plus légitime que l'autre. Cette approche donnera 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, 2003).

**Tableau 1. Les différents types de mécanismes de coordination**

Les partenariats public-privés					Les autres mécanismes de coordination
	<i>PPP dont l'objectif est le développement de produits<sup>11</sup></i> (1)	<i>PPP visant le développement de produits destinés à améliorer l'accès<sup>12</sup></i> (2)	<i>PPP visant le renforcement des systèmes de santé</i> (3)	<i>PPP de Coordination globale et financière<sup>13</sup></i> (4)	<i>Plans nationaux de santé ; Documents de stratégie de réduction de la pauvreté ; conventions internationales Health partnership ...</i> (5)
Exemple	Medecine for Malaria Venture (MMV) ou médicaments contre le Paludisme, lancé en 1999.	Initiative Accelerating Access Initiative, lancée en 2000.	African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP), créé en 2000.	Roll Back Malaria (initiative pour faire reculer le paludisme), 1998 <sup>14</sup> .	
Partenaires	MSF ; Institut Pasteur ; Oxfam ; Ministère de la Santé (Malaisie) ; OMS/TDR et MSF ; PNUD ; UE (INCO DEV) <sup>15</sup> ; 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	Etat ; Parlement ; Collectivités locales ; ONGs ; Associations de malades ; Communautés Villageoises ; Partenaires de développement ; Professionnels de du secteur santé (secteurs public et privé).
Modes de délibération : processus participatif	Concertation, négociation, recherche de consensus.	Concertation, négociation, recherche de consensus.	Concertation, négociation, recherche de consensus.	Concertation, négociation, recherche de consensus.	Consultations entre acteurs gouvernementaux , collectivités locales, société civile, parlement et partenaires au développement.

Source : Présentation de l'auteur

<sup>11</sup> Selon N'dour (2006, p. 31), l'Initiative pour le partenariat public-privé pour la santé (IPPPH) a recensé trente-quatre (34) de ce type.

<sup>12</sup> Selon N'dour (2006, p. 32) vingt-sept (27) PPP de ce type ont été recensés.

<sup>13</sup> Selon N'dour (2006, p. 33), douze (12) PPP de ce type ont été recensés.

<sup>14</sup> Nous étudierons cette organisation dans le chapitre 8.

<sup>15</sup> Programme de coopération internationale de l'UE.



### *Les conditions d'une coordination efficace*

La coordination des donateurs signifie une coordination horizontale entre les donateurs, également appelée l'harmonisation<sup>16</sup> 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 (Bigsten, 2006). Il s'agit très souvent d'accords sur les objectifs, sur les priorités et sur le rôle de chacun des acteurs membres du mécanisme de coordination.

#### **Encadré 2 : les avantages attendus de la coordination**

D'une manière générale, les avantages attendus de la coordination sont (Cling, 2006) :

**Coût de transaction transféré des PED aux bailleurs**, en effet, l'aide dispersée pèse lourdement sur les administrations des pays pauvres. Celles-ci souffrent déjà de dures contraintes de capacités et sont confrontées à une multiplicité d'interlocuteurs, de procédures, etc<sup>17</sup>. 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 (le contenu des programmes d'ajustement structurel 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'Etat, 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 ».

Les membres des mécanismes de coordination sont d'une grande diversité. Il s'agit, nous l'avons vu plus haut, d'Etats, d'organisations intergouvernementales, d'organisations non gouvernementales (ONG), d'entreprises etc. Ces donateurs différents peuvent avoir des objectifs généraux communs, mais avoir des lectures assez variées des moyens qu'il convient d'utiliser et des priorités à mettre en avant. Réussir donc une action collective efficace peut s'avérer délicat. La littérature traitant de « l'efficacité » de la coordination des donateurs, notamment au sein des partenariats public-privés pour la santé (Ridley et al., 1999 ; Frost et

<sup>16</sup> Les praticiens du développement utilisent le terme d'« harmonisation » de préférence à celui de « coordination », plutôt utilisé par les économistes. Dans cet article, nous adoptons la seconde terminologie

<sup>17</sup> Les cas du Cambodge et du Vietnam recevant plus d'une mission de bailleurs de fonds par jour sont souvent cités comme exemple de ces excès (OCDE, 2005).

al., 1998 ; Widdus et al., 1999 ; Ulbert, 2008), souligne qu'une coordination exige d'avoir : 1) des objectifs communs limités 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 ; 7) et de satisfaire, entre autres, aux obligations convenues (Buse et Walt, 2000a et 2000b). A ces conditions il faut ajouter l'hypothèse de rationalité des acteurs, rarement abordée de façon explicite, fondamentale à la faisabilité de la coordination efficace. 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. Le respect de ces conditions est censé permettre une coordination efficace dont les avantages potentiels sont présentés dans l'encadré ci-dessus.

Ces avantages attendus de la coordination feront d'elle l'un des maillons majeurs dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide.

### **LE FONCTIONNEMENT DES MÉCANISMES ET LES CONDITIONS D'EFFICACITÉ : UN FOSSÉ ?**

Dans cette section, nous cherchons à montrer, à partir de travaux et de rapports d'évaluation, que le fonctionnement de ces derniers ne respecte pas des conditions essentielles à une coordination efficace.

Comme cela a été souligné plus haut, les mécanismes de coordinations sont des accords entre acteurs variés. Leurs actions sont le fruit de contrats entre des acteurs divers (ONG, Etat, OIG, Entreprise). Ces contrats sont des contrats « horizontaux » qui ne font pas de place aux relations d'agence. Tous les acteurs sont des partenaires qui cherchent dans une relation contractuelle les moyens d'améliorer une situation donnée ou d'atteindre des objectifs communs ou devant être communs. Les SWAPs (*Sector Wide Approaches*) 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 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<sup>18</sup>.

A ce stade, il convient de distinguer les contrats de type contractuel ou relationnel 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* ». La question de l'engagement réciproque est au cœur d'une relation contractuelle. Cependant le degré d'engagement peut varier. Ce dernier peut varier selon qu'il s'agit d'un contrat « classique », appelé aussi transactionnel, ou d'un contrat « relationnel<sup>19</sup> ». Le contrat « classique » se

<sup>18</sup> Ces conventions comportent en général des obligations de moyens pour les parties prenantes et non des obligations de résultats (Perrot et Roodenbeke, 2005).

<sup>19</sup> Cette distinction citée par Perrot (2005) est due à Mcneil I. (1978) : *contracts : adjustments of long-term economic relationships under classical, neoclassical and relational contract law*, Northwestern University Law Review, 72 :854-905.

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. Ce type de contrat qui respecte les conditions d'une coordination efficace.

La contractualisation dans les systèmes de santé, elle, obéit à un contrat relationnel (Perrot et Roodenbek, 2005). Ce contrat relationnel, qui structure les mécanismes de coordination, est lui basé sur la confiance que se font les acteurs pour agir dans l'intérêt commun. De ce fait il n'est pas nécessaire que le contrat soit complet et détaillé ; il suffit de s'entendre sur les grands objectifs de la relation, sur les méthodes 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 » contractuelles (Perrot, 2005). Il faut noter que dans le contrat « relationnel », contrairement au contrat classique, l'opposabilité est absente, les objectifs et les rôles des acteurs ne sont pas clairement définis.

Ces observations de Perrot et Roodenbek (2005) sont confortées par les conclusions du rapport d'évaluation indépendante sur *Roll Back Malaria* de 2009. En effet, ce rapport qui a porté sur la période 2004-2008 indique que (p. xiv et p.88) « *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* ». En 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* ». Enfin, « *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* ». De ces différents extraits, nous voyons bien qu'il y a une réelle difficulté pour les acteurs en partenariats à élaborer un contrat de type classique avec ce que cela implique sur la précision des objectifs, la division du travail entre partenaires, et la mise en cohérence des actions. L'exemple de l'approvisionnement de la Tanzanie est illustratif. Nous avons dans cet exemple un Etat (Etats-Unis), une institution multilatérale (Banque mondiale) et un partenariat public-privé (Fonds mondial) qui n'arrivent pas sans intervention tiers à s'entendre pour une distribution coordonnée de moustiquaires.

Face à cette difficulté de se coordonner efficacement, les acteurs en partenariat choisissent un contrat relationnel afin de donner une chance à la réalisation de l'action collective comme le montre les documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Parlant des documents des DSRP, élaborés sur la base d'un partenariat entre des acteurs variés, Cling et al. (2003) soulignent que « *la solution [...] 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 rend par conséquent moins abouties. [...] 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). La conséquence de ce manque d'arbitrage est qu'on a une multitude d'objectifs qu'on liste ou qu'on cherche à concilier par une formulation générale des objectifs. On peut ajouter que pour minimiser les risques de conflits, les acteurs qui revendiquent leurs images politiques, les syndicats en particulier, sont exclus du processus participatif (Cling et al., 2003, p. 188)<sup>20</sup>. Mais parfois, cette exclusion des « radicaux » ne suffit pas pour contenter tout le monde et pour permettre des actions collectives (coordonnées). Ainsi, « dans certains pays, comme la Bolivie, les gouvernements ont voulu contenté 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 (Habbar, 2002) » (Cling et al., 2003, p. 190). Cette satisfaction de l'ensemble des partenaires est le seul moyen, puisqu'aucun acteur ne doit imposer ses vues, de réussir une action collective.

En conséquence, les acteurs au sein des mécanismes de coordination font donc principalement appel à la confiance, à la souplesse et l'emploi de formules générales pour parer aux incertitudes de l'environnement (politique et financier) ainsi qu'à la difficulté de fixer des objectifs précis et de mesurer les résultats (Perrot, 2005, p.140). Ainsi, les mécanismes de coordination ont un fonctionnement éloigné des conditions d'une coordination efficace. Le fossé entre les conditions d'efficacité et le fonctionnement des mécanismes de coordination est résumé dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 : le fossé entre les conditions d'une coordination efficace et le fonctionnement des mécanismes de coordination**

Conditions d'efficacité	Fonctionnement des mécanismes de coordination	Respect des conditions d'efficacité
Des objectifs communs clairement précisés et réalistes	Des objectifs nombreux et imprécis	Non
Des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord	Des rôles et des responsabilités des acteurs non délimités	Non
Des avantages distincts pour l'ensemble des parties	Des avantages distincts pour l'ensemble des parties	Oui
Une transparence totale	Transparence accrue, mais pas totale	Partiellement respectées
Une participation active au partenariat	Une participation active	Oui
Une égalité de participation	Une certaine égalité de participation	Partiellement respectées
Satisfaire aux obligations convenues	Des obligations convenues pas toujours satisfaites	Oui
Rationalité substantive des acteurs	Rationalité procédurale des acteurs	Non

Source : Présenté par l'auteur

<sup>20</sup> 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) ».

Les mécanismes de coordination portés par des contrats de type relationnel sont donc par nature imprécis et flexible par rapport aux discours et objectifs des partenariats et ne respectent pas les conditions d'une coordination efficace. Se pose alors la question de savoir pourquoi une négociation, une délibération entre acteurs variés débouche sur un contrat relationnel. Dans ce qui suit, nous analysons les raisons de cette situation. Nous montrons, notamment, que les représentations sociopolitiques des acteurs que nous avons appelé des images politiques jouent un rôle majeur.

### **LA DIVERSITÉ DES IMAGES POLITIQUES EMPÊCHE-T-ELLE UNE COORDINATION EFFICACE ?**

Dans cette section, nous cherchons à étayer l'hypothèse selon laquelle la diversité des images politiques des donateurs conduit à un type de coordination, reposant sur un compromis « sociopolitique », qui ne respecte pas les conditions d'une coordination efficace.

#### *Des images politiques qui empêchent une délibération axée sur les résultats...*

Pour les promoteurs des mécanismes les acteurs sont rationnels. Cette hypothèse de rationalité est en effet essentielle à l'atteinte de l'objectif d'une coordination efficace. Cette hypothèse considère 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<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>. Et l'évaluation de ces solutions sur la base d'un ensemble de critères « objectifs » fonde la décision. Il s'agit de sélectionner et de mettre en œuvre les meilleures solutions.

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 et al., 1993 ; Hutubessy et al., 2003 ; Laxminarayan, 2006). Cette volonté d'introduire « l'objectivité » dans les politiques de santé est manifeste dans le rapport de l'OMS 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.

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

<sup>21</sup> Dans le schéma analytique cela renvoie aux modes d'interaction.

<sup>22</sup> L'histoire de la lutte contre le Sida et des nouvelles maladies infectieuses montre que cette capacité n'est pas toujours disponible.

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 efficaces (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, recevaient au début des années 2000 plus du tiers de toutes les grandes donations en matière de santé. Ceci renvoie au fait que la réalité n'est pas un donné objectif mais un construit social.

Une telle situation n'est explicable que par une approche constructiviste de la santé. En effet, si des acteurs du 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 multiples : un mode de délibération participatif qui vise le consensus ; des organisations (Etat, ONG, fondations et entreprises) trop jalouses de leur indépendance pour accepter un partenariat contraignant ; souvent les objectifs de taille mondiale (développement, droits de l'Homme, Biens Publics Mondiaux -BPM-) dont l'atteinte exige 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 (ONGs, entreprises, associations). C'est pourquoi les acteurs proposant des réformes utilisent une formulation générale ou ambiguë de leur projet afin d'intégrer les préoccupations ou valeurs des différents acteurs : c'est ce que nous appelons stratégie ambiguë<sup>23</sup>. En conséquence, il se peut que des besoins, « statistiquement importants », soient marginalisés au profit de besoins importants du point de vue « sociopolitique ».

*...et qui conduisent à un compromis sociopolitique acceptant l'imprécision et la dispersion...*

Un mécanisme de coordination résulte plus d'un compromis relationnel que d'un choix de moyens dits optimaux pour atteindre des objectifs limités. Mais cela ne signifie pas qu'un mécanisme de coordination ne résulte pas d'un choix raisonnable. En termes de coût de transaction la précision n'est pas toujours souhaitable. Mais ce n'est pas la seule raison. 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<sup>24</sup>. « *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 que la précision renforce les comportements procéduriers et le non respect de l'esprit du contrat* (Perrot, 2005, 142). Ainsi, comme on se fait confiance

<sup>23</sup> 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). Il est possible d'identifier dans les discours en prêtant attention à la formulation ambiguë ou générale de l'objectif de l'aide et à la pluralité des images politiques présentes dans un programme d'action.

<sup>24</sup> Notons que la confiance peut réduire les coûts de négociations.

(ou plus exactement on doit se faire confiance), les acteurs négocient et font des compromis. En conséquence, aussi bien 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 images politiques différentes : c'est ce que nous appelons stratégies ambiguës. L'enjeu est donc pas la sélection d'un instrument optimal. 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. C'est ce qui fait de tout mécanisme de coordination un compromis. Les partenariats public-privés assument d'ailleurs qu'ils s'inscrivent dans une démarche de compromis (Boidin, 2009).

C'est à ce stade, c'est-à-dire seulement après les compromis sociopolitiques, qu'intervient le « calcul économique ». En effet, 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 négociation 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. Il y a donc un équilibre à trouver entre la précision du programme d'action contractuel et le coût de sa négociation. La précision limite la liberté des parties en contrat. Or comme le montre l'encadré 3 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 3 : une flexibilité mobilisatrice<sup>25</sup>

*« 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 il 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 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 action à mener, se joignent à l'action ceux qui veulent se joindre à l'action<sup>26</sup>. 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 ».*

<sup>25</sup> Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantreau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.

<sup>26</sup> Ici la règle n'oblige pas au consensus mais elle ne réduit pas non plus la dispersion

Ceci renvoi à une conclusion de Elster que rappelle Girard (2011, p.229) : « [...], la production d'un consensus par la délibération est improbable : non seulement il se peut que des divergences irréductibles existent entre les conceptions du bien commun des citoyens<sup>27</sup>, 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 ». Ainsi, l'idée que les préférences des acteurs (images politiques et intérêts) peuvent être transformées dans les mécanismes de coordination grâce à une discussion publique<sup>28</sup> et rationnelle entre les mêmes est à nuancer.

Les compromis évoqués ci-dessus conduisent souvent à des incohérences ou à la poursuite d'une multitude d'objectifs et débouchent sur une aide dispersée et à une action collective sous-optimale.

*... et enfin à un compromis « sous optimal »*

Dans son ouvrage « le fardeau de l'homme blanc » Easterly (2006) 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 (l'un des enseignements qu'on peut tirer de la croissance déséquilibrée à la Hirschman (1958) est qu'un pays ne peut pas tout faire en même temps : éparpiller les ressources et les énergies est contraire à la rationalité économique) et conduirait à une coordination efficace, 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, techniques et politiques. Les contrats relationnels, que sont les mécanismes de coordination, font donc principalement appel à la confiance, à la souplesse et l'emploi de formules générales pour parer aux incertitudes de l'environnement (politique et financier) ainsi qu'à la difficulté de fixer des objectifs précis et de mesurer les résultats (Perrot, 2005, p.140). Mais Easterly est loin d'être le seul économiste à faire ce diagnostic. Ce dernier est partagé par Cling et al. (2003), Cling (2006) et Bigten (2006).

L'ensemble du processus est résumé dans la figure ci-dessous.

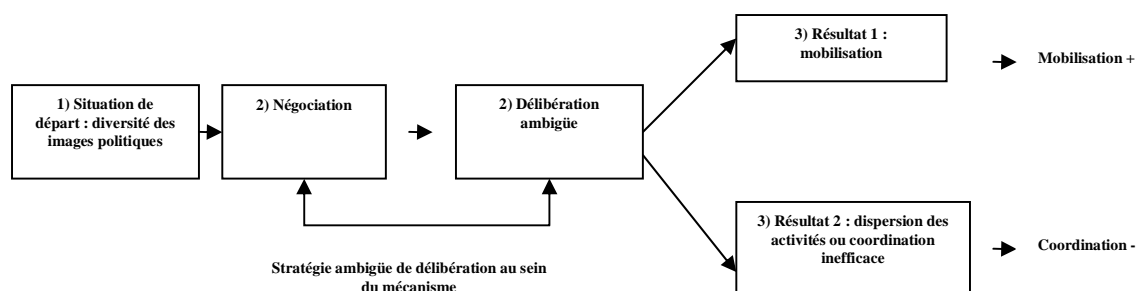
---

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> Transparence oblige.



Figure 1. 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 au sein des mécanismes de coordination, une stratégie ambiguë est utilisée (2). Elle conduit à deux résultats (3) : une mobilisation plus importante (mobilisation +) et une coordination inefficace (coordination-). En somme, nous avons une approche qui permet potentiellement une grande mobilisation de l'aide mais qui ne conduit en rien à une coordination efficace. Cette conclusion fait écho à celle de (Girard, 2011, p.240) qui soulignait que « *la délibération collective n'est quant à elle une condition ni nécessaire ni suffisante pour atteindre l'autonomie politique et le bien commun (ici une coordination efficace). Elle seule permet toutefois de poursuivre ces fins en égaux* ».

## CONCLUSION

Dans cet article, nous avons souligné que les mécanismes de coordination, par leurs caractéristiques, ne remplissent pas les conditions d'une coordination efficace, principalement, en raison d'une formulation générale (ou imprécise) des objectifs.

L'agenda de la coordination, en mettant la nécessité de définir clairement (et de façon précise) les objectifs de l'aide ainsi que les rôles des différents partenaires, est proche d'un contrat classique<sup>29</sup>. Pourtant, nous avons vu que les mécanismes de coordination élaborés depuis le début de l'agenda de la coordination, critiqués par la Banque mondiale et l'OCDE<sup>30</sup>, notamment en raison de leur manque de précision, se rapprochent d'avantage d'un contrat relationnel. La caractéristique des contrats relationnels est une formulation générale des objectifs du contrat afin de réduire les coûts de transaction relatifs aux négociations et de mobiliser le plus largement possible.

<sup>29</sup> Seule l'opposabilité manque à l'agenda de la coordination pour que les mécanismes qu'il promeuve se confondent à des contrats classiques. Elle n'y figure parce que, peut être, les Etats ne sont pas encore prêts à sacrifier leur souveraineté et les ONG à sacrifier leurs indépendances dans un contrat.

<sup>30</sup> Voir les rapports de l'OCDE de 2004, de 2005 et de 2008.

La coordination souhaitée par les institutions internationales est *in fine* un agenda qui suppose, contrairement à la réalité, une rationalité économique des acteurs qui voile les représentations sociopolitiques. C'est pourquoi, elle ne prend pas en compte le fait que les acteurs en partenariats, puisque dotés d'images politiques différentes, essaient 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.

Augmenter les chances d'une coordination efficace au sein des mécanismes de coordination, passe par la réduction de l'hétérogénéité des ces institutions en termes d'images politiques. Ce qui revient à promouvoir une structuration « sociopolitique » des mécanismes. L'impact négatif de la diversité des images politiques dans les délibérations serait ainsi fortement réduit. En rassemblant des acteurs ayant les mêmes images politiques<sup>31</sup>, 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. Sans oublier que l'hétérogénéité conduit à des comportements médians sous optimaux. En effet, « [...], la discussion (entre acteurs variés) peut avoir un résultat inférieur si elle aboutit à une adhésion partielle de l'ensemble des participants à la solution morale au lieu d'une solution complète [...]. Serge-Christophe Kolm<sup>32</sup> (1981) soutient ainsi qu'une économie dont les agents sont modérément altruistes fonctionne moins bien qu'une économie où tout le monde est soit égoïste soit altruiste » (Elster, 1986, p. 143). Ceci peut être vrai pour un mécanisme de coordination.

Enfin, il est possible de gagner en efficacité en modifiant l'égalitarisme politique des acteurs qui règne au sein de ces mécanismes. Cela permettrait de déboucher davantage sur des réels choix politiques. Il conviendrait d'envisager à un moment ou à un autre, après le dialogue, l'intervention d'une autorité de régulation supérieure. L'objectif ici « *n'est donc pas dirigé contre la nécessité d'un débat publique (participatif), il souligne la nécessité de prendre très au sérieux la question de la structure constitutionnelle et institutionnelle* » de ces mécanismes (Elster, 1986, p. 146).

## **RÉFÉRENCES**

- Balogun, P. (2005). 'Evaluating Progress towards Harmonisation'. Working Paper, N°15, DFID, London.
- Barker, C. (1996). The health care policy process. London: Sage Publications.
- Baumgartner, F.R. and Jones, B.D. (1993). Agendas and instability in American politics. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Bigsten, A. (2006). « Coordination et utilisations des aides ». Revue d'économie du développement, 20 : 77-103.
- Boidin, B. (2009). « La RSE est-elle réductible aux « parties prenantes » ? Réflexions sur « l'entreprise responsable dans les pays pauvres » », In B. Boidin, N. Postel and S.

<sup>31</sup> Les images politiques n'ont pas forcément à se confondre, mais plus elles sont proches plus la coordination efficace s'en trouve facilitée.

<sup>32</sup> Kolm Serge-Christophe. Efficacité et altruisme : les sophismes de Mandeville, Smith et Pareto. In: Revue économique. Volume 32, n°1, 1981. pp. 5-31.

- Rousseau, La responsabilité sociale des entreprises : une perspective institutionnaliste. Paris : Septentrion, p. 25.
- 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 Santé, 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 Santé, Recueil d'articles No3.
- Cartier-Bresson, J. (2010). « Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance ». Mondes en développement, 38 :111-127.
- Cling, J-P. (2006). Coordination et utilisations des aides. Commentaires. Revue d'économie du développement, 20 :105-112.
- Cling, J.-P., Razafindrakoto, M. et Roubaud, F. dir. (2003). Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté. Paris (2<sup>ème</sup> édition) : IRD-Economica.
- Dixneuf, M. (2003). « La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ? ». Les Etudes du CERI n° 99, décembre 2003. <http://www.ceri-sciencespo.com/publica/etude/etude99.pdf>
- Easterly, W. (2006). Les pays pauvres sont-ils condamnés à le rester? Paris : Editions d'Organisation.
- 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.
- Frost, L. and 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.
- Girard, C. (2011). « La démocratie doit-elle être participative ? ». Archives de philosophie, 2011/2 Tome 74 : 223-240.
- Hirschman A.O. (1958). The Strategy of Economic Development. New-Haven: Yale University Press.
- Hutubessy, R., Chisholm, D., Tan Torres-Edejer, T. (2003). « Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector », Cost Eff Resour Alloc 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC320499/?tool=pubmed>
- Jamison, D.T., Mosley, W. H., Measham, A.R. and Bobadilla, J. L. (Eds) (1993). Disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press.
- Kingdon, J. W. (1984). Agendas, alternatives and public policies. Boston and Toronto, Little: Brown and Company.
- Kleiber, C. (1991). Questions de soins. Lausanne : Payot.
- Ndour, M. (2006), « Les partenariats public-privé mondiaux pour la santé », Iddri, Idées pour le débat n° 07/2006.
- March, J. G. and Simon, H. A. (1958). Organizations. New York : Wiley (traduit en français, les organisations, Dunod, Paris, 1965).

- OCDE (2004). *Survey on Harmonisation and Aligement*. Paris : OCDE Editions.
- OCDE (2005). *Harmonisation, Aligement, 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.
- OCDE (2008). *Enquête 2008 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris*, [www.oecd.org/dataoecd/58/42/41202130.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/58/42/41202130.pdf).
- Perrot, J. (2005). « *Eléments pour la conduite d'une relation contractuelle* », in Perrot, J. et De Roodenbeke E. *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.
- 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.
- Ridley, R., Gutteridge, W. E. and 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.
- Roll Back Malaria (2009). *Évaluation indépendante du Partenariat Roll Back Malaria 2004-2008*, Global Development Advisors.
- 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*, 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.
- Shiffman, J., Beer, T. and Wu, Y. (2002). "The Emergence of Global Disease Control Priorities". *Health Policy and Planning*, 17(3): 225-234.
- Ulbert, C. (2008). "The Effectiveness the Global Health of Partnership: What determines their success or failure?". Paper Presented at the 49th Annual ISA Convention, San Francisco, CA, March, 28th -29th 2008.
- Walt, G. (1994). *Health Policy: An introduction to process and power*. London: Zed Press.
- 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.

Williamson, O. E. (1979). "Transaction-Cost Economics: the governance of contractual relations". *Journal of Law Economics*, 22 (2): 233.