



HAL
open science

L'aide au développement et le financement basé sur la performance : quelle performativité ? : analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID : étude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal

Jean-Hugues Caffin

► **To cite this version:**

Jean-Hugues Caffin. L'aide au développement et le financement basé sur la performance : quelle performativité ? : analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID : étude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal. Gestion et management. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I, 2018. Français. NNT : 2018PA01E037 . tel-02336956

HAL Id: tel-02336956

<https://theses.hal.science/tel-02336956v1>

Submitted on 29 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ESCP Europe

Ecole Doctorale de Management Panthéon-Sorbonne

ED 559

**L'aide au développement et le financement basé sur la performance :
quelle performativité ?**

Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID. Etude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal

THESE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT ÈS SCIENCES DE GESTION

Par

« **Jean-Hugues CAFFIN** »

Soutenance publique le «26 novembre 2018 »

JURY

Directeur de Recherche :

M. Philippe ZARLOWSKI
Professeur habilité à diriger des recherches
ESCP Europe

Rapporteurs :

M. Jérôme MERIC
Professeur des Universités
IAE Poitiers

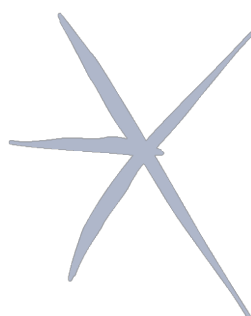
M. Jérémy MORALES
Reader – Habilité à diriger des recherches
King's College London

Suffragants :

M. Matthieu BOUSSICHAS
Responsable de programme – Docteur en économie
Fondation pour les études et recherches sur le développement international

Mme. Elisabeth PAUL
Chargée de cours – Docteur en sciences de gestion
Université libre de Bruxelles - Ecole de santé publique

M. Xavier RICARD LANADA
Chargé de mission Lien Social - Docteur en ethnologie et anthropologie sociale
Agence Française de Développement



L'Université n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Ce travail est le fruit d'une profonde mutation personnelle, souvent heureuse, parfois douloureuse, mais toujours très enrichissante, qui m'a amené à déconstruire mes certitudes de professionnel de l'aide au développement pour me transformer en chercheur en sciences sociales.

Mes premiers remerciements vont à Philippe Zarlowski, dont je salue le professionnalisme, la disponibilité et la formidable ouverture d'esprit. Après avoir accepté avec enthousiasme de m'accompagner dans cette réorientation, il m'a laissé avec écoute, rigueur et bienveillance trouver mon propre chemin, tant pour la formulation du questionnement que dans la mobilisation d'une littérature transdisciplinaire pour y répondre. J'adresse également mes sincères remerciements à mes rapporteurs, Jérôme Meric et Jérémy Morales, pour leurs retours aussi pertinents que constructifs, ainsi qu'à mes suffragants, Matthieu Boussichas, Elisabeth Paul et Xavier Ricard Lanada, pour leur enthousiasme et leur implication.

Je remercie le programme doctoral de l'ESCP Europe, qui m'a permis de réaliser ce travail dans de bonnes conditions, Christine Rocque pour son soutien constant et Hervé Laroche pour sa confiance. L'équipe du département Contrôle et Pilotage de la Performance de l'ESCP Europe a également été d'un précieux soutien. Je remercie en particulier Claire Dambrin qui m'a accompagné dans mes premiers pas d'enseignements, mais aussi Fabien de Geuser qui m'a guidé dans cette démarche doctorale suite à la soutenance de mon mémoire de Master. J'adresse également une pensée émue à Marc Raffinot, professeur d'économie à l'Université Paris Dauphine, qui m'a le premier encouragé à me lancer dans cette aventure.

Je remercie également les responsables de la Chaire « Service public et performance managériale », financée par Deloitte et mise en œuvre par l'ESCP Europe en partenariat l'ENA, d'avoir soutenu financièrement mon projet de recherche.

Par ailleurs, cette recherche n'a été possible qu'avec l'accueil et la disponibilité des équipes du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du gouvernement du Sénégal que je remercie chaleureusement, notamment : le Dr Ba, directeur de la planification, de la recherche et des statistiques ; le Dr Codou Lakh, coordonnatrice du Programme National de Financement basé sur les résultats ; ainsi que les équipes qui m'ont accueilli lors de ma mission à Kolda, en particulier les docteurs Gning, Kandé et Mangane. Je remercie également les partenaires du Ministère de la santé et de l'action sociale, qui m'ont reçu avec ouverture et intérêt à l'occasion de longs échanges répétés, en particulier les équipes de l'USAID, d'Abt Associates, de la coopération technique belge, de la coopération technique japonaise, de Luxdev, de la Banque Mondiale, de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Agence Française de Développement.

Bien sûr une profonde gratitude va à mes proches. A mon épouse dont les encouragements permanents et le soutien constant à tous les niveaux ont été essentiels, mais également à mes enfants. A l'occasion de l'envoi de mon manuscrit de pré-soutenance, mon fils de 7 ans s'exclamera ainsi : « tu as fini ta thèse ? C'est le plus beau jour de ma vie ! », enthousiasme vite réfreiné par une nouvelle inquiétude « mais les dernières modifications... c'est deux jours ou deux ans ? ».

Cette thèse n'aurait également pu voir le jour sans les échanges fraternels et la complicité intellectuelle que j'ai entretenue depuis 20 ans avec El Hadj Ibrahima Sall, qui m'ont permis de me passionner pour le monde des idées.

RESUME

L'aide au développement et le financement basé sur la performance : quelle performativité ?

Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID. Etude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal

Le financement basé sur la performance est une approche gestionnaire promue par la Banque Mondiale (BM) et *United States Agency for International Development* (USAID), qui connaît une rapide diffusion dans les programmes d'aide au développement. Dans un contexte où de nombreux travaux ont démontré la subjectivité du lien entre la lutte contre la pauvreté et les « bonnes politiques » recommandées par la BM dans le cadre de l'allocation basée sur la performance (ou sélectivité), il apparaît pertinent de s'interroger sur la performativité de ce nouvel instrument.

En mobilisant conjointement la théorie de l'acteur-réseau et les théories néo-institutionnelles, cette thèse analyse, au niveau global puis dans un cadre national, le processus de conception, d'expérimentation, de diffusion et de mise en œuvre de l'instrument dans le domaine de la réforme des systèmes de santé.

Au niveau global, nous étudions la conceptualisation de l'instrument, que nous replaçons dans une généalogie de la performance, par le réseau néolibéral, des politiques d'aide au développement et de santé globale. Nous analysons ensuite son expérimentation au Rwanda, dans le cadre d'un dispositif de régulation par le marché des systèmes de santé mis en œuvre à travers : (i) la mise en place d'une tarification à l'activité visant à transformer les structures de santé en acteurs économiques autonomes (volet offre), et (ii) la création de mutuelles privées communautaires à même de développer des stratégies d'achats (volet demande). Nous étudions enfin sa diffusion institutionnelle sous l'effet (i) d'une valorisation de l'expérimentation rwandaise sans prise en compte de son contexte spécifique, et (ii) d'un dispositif incitatif permettant l'enrôlement des responsables de la BM et des ministères bénéficiaires.

Au niveau national, nous étudions la stratégie d'influence de la BM et de l'USAID en faveur de la diffusion de ces réformes au Sénégal. Nous présentons le processus d'adoption de ces réformes par le Ministère de la santé, la mise en échec d'un modèle de régulation concurrent en voie d'expérimentation par la coopération technique belge, puis les pressions exercées par la BM pour contraindre le gouvernement à internaliser le modèle promu. Nous mettons ensuite en perspective l'abandon du modèle de régulation par le marché qui était initialement affiché, au profit d'une nouvelle régulation transnationale, matérialisée par un contrat de financement basé sur l'activité directement contrôlé par la BM.

Mots clés : Aide au développement, santé globale, performativité, néolibéralisme, théorie de l'acteur-réseau, théorie néo-institutionnelle, financement basé sur la performance, régulation transnationale.

ABSTRACT

Development aid and Performance-based financing: What performativity?

Analysis of the conceptualization and dissemination processes of performance-based financing for the management of African healthcare systems by the World Bank and USAID and case study of the National Program of results-based financing of the Ministry of Health in Senegal.

Performance-based financing is a management approach promoted by the World Bank (WB) and the United States Agency for International Development (USAID) that is rapidly being mainstreamed in development assistance programs. In a context where many studies have demonstrated the subjectivity of the link between the fight against poverty and the "good policies" recommended by the WB in the context of performance-based allocation (or selectivity), it seems relevant to question the performativity of this new instrument.

Drawing jointly on actor-network theory and neo-institutional theories, we analyze the process of designing, experimenting, disseminating and implementing the instrument in the field of health policy reforms at the global level and then at the national level.

At the global level, we study the conceptualization of the instrument, which we place in a genealogy of the neoliberal network's performance of development aid and global healthcare policies. We then analyze its experimentation in Rwanda, as part of a market-based regulation for healthcare systems implemented through: (i) the deployment of activity-based payments to transform healthcare structures into autonomous economic actors (on the supply side), and (ii) the creation of private community-based insurance structures designed to develop purchasing strategies (on the demand side). Finally, we study the instrument's institutional diffusion under the effects of (i) a promotion of the Rwandan experiment decontextualized from the country's specific political situation, and (ii) an incentive mechanism allowing the enrolment of both WB's officials and the ministries that are benefitting from the WB's aid.

At the national level, we have studied the influence strategy of a coalition of actors composed of the WB and USAID to promote the dissemination of these reforms in Senegal. We present the process of adoption of the reforms by the Ministry of Health, the failure of a competing regulatory model that was being tested by Belgian technical cooperation, and then the pressure exerted by the WB to coerce the government into internalizing the promoted model. We then put into perspective the abandonment of the market-based regulatory model that was initially announced, in favor of a new transnational regulation, materialized by activity-based financing contracts that are directly controlled by the WB.

Keywords: Development aid, global health, performativity, neoliberalism, actor-network theory, neo-institutional theory, performance-based financing, transnational regulation.

SOMMAIRE

Introduction	17
Partie I – Elaboration de la problématique	27
<i>Chapitre 1 : L'émergence d'une politique publique globale et la constitution d'un champ institutionnel</i>	27
Section 1 : Présentation de l'Aide Publique au Développement	27
1. Définition	27
2. Les donateurs	29
3. Les bénéficiaires	33
4. Modalités de mise en œuvre.....	36
Section 2 : Les grandes étapes de mise en œuvre de l'APD	38
1. Une politique publique issue de la reconstruction, de la décolonisation et de la guerre froide	38
2. Les années 1960 et 1970 : l'institutionnalisation et le virage vers les besoins fondamentaux.....	39
3. Les années 1980 - 1990 : la révolution néolibérale et la conditionnalité	40
4. Les années 1990 - 2000 : la bonne gouvernance et la lutte contre la pauvreté.....	42
Section 3 : Des OMD aux Objectifs de Développement Durable (ODD)	46
1. Le bilan des OMD	46
2. Des biens publics mondiaux aux politiques globales.....	51
3. Les Objectifs de Développement Durable (ODD)	54
<i>Chapitre 2 : La réforme de l'aide et les approches managériales destinées à améliorer son efficacité</i>	59
Section 1 : Une politique aux objectifs et principes ambivalents - pour quelle efficacité ?.....	60
1. L'aide comme instrument de promotion des intérêts stratégiques de donateurs	60
2. L'aide : développement ou redistribution ?	63
Section 2 : L'appropriation « clé de voûte » d'une nouvelle architecture	68
1. Les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP).....	69
2. La déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005)	69
Section 3 : Les nouvelles approches destinées à accroître l'efficacité de l'aide	74
1. L'allocation basée sur la performance (sélectivité) : un nouveau modèle promu par la BM relance le débat sur l'efficacité	75
2. L'émergence du financement basé sur la performance (FBP)	82
<i>Chapitre 3 : Présentation du cadre d'interprétation et méthodologie</i>	87
Section 1 : La sociologie néo-institutionnelle	94
1. Les fondements de la théorie néo-institutionnelle	94
2. La sociologie néo-institutionnelle et le contrôle de gestion.....	100
Section 2 : La théorie de l'acteur réseau (ANT).....	110
1. Les fondamentaux de l'ANT	111
2. La performativité des sciences économiques	117
3. La performativité économique et l'aide au développement	123
Section 3 : Le cadre d'interprétation et la méthodologie.....	129
1. Le cadre d'interprétation	129
2. La démarche méthodologique	135

Partie II : Etude de la performativité de l'aide au niveau global dans les champs institutionnels de l'APD et de la santé globale 148

Chapitre 4 : La performance des politiques de développement par le mouvement néolibéral..
..... **149**

Section 1 : La performance de l'économie du développement..... 151

1. Des origines au « Consensus de Washington » 151
2. Le « Post Washington Consensus » 154
3. Depuis la crise économique de 2008..... 158
4. Des attaques qui ne faiblissent pas. 163

Section 2 : L' enrôlement des Institutions Financières Internationales et la performance des politiques de développement 168

1. La création des dispositifs d'influence du néolibéralisme 168
2. Le fonctionnement institutionnel de la BM 177

Section 3 : Les pays en développement comme laboratoire d'expérimentation – la performance des programmes de développement 188

1. Le Chili comme laboratoire des politiques macroéconomiques..... 188
2. Le programme microfoncier de lutte contre la pauvreté au Pérou..... 195
3. Le microcrédit en Egypte 198

Chapitre 5 : La santé globale et la performance des systèmes nationaux **207**

Section 1 : L'économisation de la santé internationale et l'émergence du paradigme de la couverture sanitaire universelle 211

1. L'économisation de la santé internationale..... 211
2. La santé globale – une dynamique sécuritaire et un cadrage néolibéral 217
3. La santé globale - a “transnational governance in the making” 226

Section 2 : La conception et la diffusion des réformes néolibérales dans les systèmes de santé des PED 230

1. Les premières expérimentations de réformes néolibérales dans le cadre des PAS 230
2. La conceptualisation d'un nouveau modèle de régulation par le marché au service des pauvres 238
3. Les premières expérimentations du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé nationaux 243

Section 3 : L'expérimentation et la valorisation du modèle de la « Short route of accountability » au Rwanda 250

1. La construction du « nouveau Rwanda » à l'origine d'un partenariat entre le RPF et le réseau néolibéral 251
2. La construction de l'expérimentation rwandaise du modèle de la « short route of accountability » 257
3. L'institutionnalisation du FBR et des mutuelles communautaires comme instrument de mise en œuvre de la CSU 262

Partie III : La managérialisation des politiques de santé au Sénégal et la création du Programme National FBR 277

Chapitre 6 : Le processus de dérégulation/re-régulation des politiques nationales de santé ...
..... **279**

Section 1 : La politique et l'organisation du système de santé 279

1. L'organisation du système national de santé publique	279
2. Le Plan National de Développement Sanitaire	282
Section 2 : La décentralisation et la réforme des politiques de santé	294
1. Le contexte économique et social.....	295
2. Les limites du développement local	296
3. La décentralisation dans le secteur de la santé.....	305
4. La politique de contractualisation du MSAS	313
Section 3 : Les approches inspirées du New Public Management.....	318
1. Le financement basé sur la performance des programmes d'aide budgétaire de la Commission Européenne	318
2. Les contrats de performance dans les hôpitaux	323
Chapitre 7 : Analyse du processus de création du Programme National de Financements Basés sur les Résultats.....	333
Section 1 : Le contexte de la réforme des systèmes de santé	333
1. Les principaux acteurs de la réforme des systèmes de santé.....	333
2. La recherche de performance et la fragmentation de l'aide	342
3. Les stratégies d'influence et d'enrôlement.....	347
Section 2 : La construction du programme national FBR	353
1. Le lancement de projet pilote FBR.....	353
2. Le projet pilote FBR	357
3. Le processus de négociation du projet pilote.....	361
4. Le Programme National FBR : un nouveau réceptacle d'aide	371
Section 3 : Les conflits d'acteurs sur le nouveau modèle de régulation du système de santé	375
1. La mise en échec du projet concurrent promu par la Coopération Technique Belge.....	376
2. La reprise de contrôle du PNFBR par la BM.....	385
3. La mise en cause du modèle de la « short route of accountability » par la BM	389
Section 4 – Epilogue : les limites de la mise en œuvre du FBR au niveau local.....	397
1. La non prise en compte des « pré-requis techniques »	397
2. L'impossible prise en compte des patients frontaliers.	401
3. La difficulté de contrôle des patients et par les communautés	402
4. L'existence de programmes parallèles	402
5. L'absence de financement du personnel communautaire	403
6. L'arrêt du versement des primes	404
Conclusion	407
BIBLIOGRAPHIE.....	424
RESUME.....	444

Liste des figures

- Figure 1. **APD nette totale en montant des membres du CAD, 1960 – 2014**
- Figure 2. **APD nette total en pourcentage du RNB des membres du CAD, 1960 – 2014**
- Figure 3. **APD nette en montant par pays du CAD en 2014**
- Figure 4. **APD nette en montants et pourcentage du RNB en 2014**
- Figure 5. **Répartition de l'APD nette entre groupes de donateur, 1979-2009**
- Figure 6. **Montant des financements concessionnels pour le développement par pays, 2013**
- Figure 7. **APD Totale vers les Pays les Moins Avancés, 2013**
- Figure 8. **APD Programmable par groupe de revenu, 2013**
- Figure 9. **APD Evolution de la répartition d'APD par zone géographique, 1979-2009**
- Figure 10. **Répartition des modalités de l'APD nette des pays du CAD, 2013**
- Figure 11, **La « pyramide de la Déclaration de Paris »**
- Figure 12, **Hypothèse de rendements marginaux décroissants de l'aide**
- Figure 13, **The process of institutionalization**
- Figure 14, **Le Processus d'internalisation**
- Figure 15 – **Exemple de problématisation et de constitution d'un réseau d'alliance**
- Figure 16, **Exemple de processus d'enrôlement**
- Figure 17, **Les dimensions du compromis performatif**
- Figure 18, **Représentation de la pyramide des revenus**
- Figure 19, **Présentation du nouveau modèle de redevabilité par le marché de la BM**
- Figure 20, **Schéma du modèle institutionnel du PBF pilote, province de Cyangugu, Rwanda**
- Figure 21, **Organigramme du MSAS**
- Figure 22, **Carte de l'administration médicale du MSAS**
- Figure 23, **Pyramide de santé du MSAS**
- Figure 24, **Schéma de la programmation et du suivi d'exécution budgétaire du MSAS**
- Figure 25, **Carte des districts du projet pilote FBR**
- Figure 26, **Dispositif institutionnel du projet pilote FBR**
- Figure 27, **Photo de la cour intérieure et de l'unique point d'eau du poste de santé de Coumbacara**
- Figure 28, **Photo de la salle d'hospitalisation unique du poste de santé de Coumbacara**
- Figure 29, **Photo de la maternité du poste de santé de Coumbacara**
- Figure 30, **Photo de patients installés dans la cour extérieure d'un poste de santé**
- Figure 31, **Ambulance devant le bloc d'ophtalmologie du centre de santé de Velingara**
- Figure 32, **Représentation de l'intégration des logiques performatives idéologiques et théoriques dans le cas du PNFBR**
- Figure 33, **Carte de la Région de Kolda**

Liste des tableaux

- Tableau 1, **Liste des bénéficiaires établie par le CAD effective pour 2014, 2015 et 2016**
- Tableau 2, **Evolution des doctrines de l'aide (1950 – 2015)**
- Tableau 3, **Evaluation de la mise en œuvre des OMD, Nations Unies, 2015**
- Tableau 4, **Succès rencontrés dans la mise en œuvre des OMD, Nations Unies, 2015**
- Tableau 5. **Typologie des BPM basée sur leurs caractéristiques**
- Tableau 6. **Evolution des motivations des donateurs**
- Tableau 7, **Les Objectifs de Développement Durable**
- Tableau 8, **Evolution des intérêts économiques et stratégiques des donateurs**
- Tableau 9. **Ensemble des caractéristiques et oppositions des deux paradigmes**
- Tableau 10, **Aperçu général de la théorie de l'agence**
- Tableau 11, **Les approches critiques en contrôle de gestion : proposition de synthèse**
- Tableau 12 - **Doctrinal components of new public management**
- Tableau 13 – « **Réponses stratégiques aux processus institutionnels** »
- Tableau 14, **Social states and forms of objectification**
- Tableau 15, **Qualités des packages rationnels et formes d'objectivation**
- Tableau 16, **Les fondations conceptuelles de la performativité**
- Tableau 17, **Réappropriation créative de la performativité en théorie des organisations et du management**
- Tableau 18, **Liste des observations et entretiens réalisés au niveau central**
- Tableau 19, **Liste des observations et entretiens réalisés au niveau local**
- Tableau 20, **Liste des indicateurs de suivi du PNDS**
- Tableau 21, **Règle pour le calcul des cibles à atteindre**

Liste des encadrés

Encadré 1, **Définition de l'APD par l'OCDE**

Encadré 2, **Présentation de l'expérimentation rwandaise sous forme de package rationnel**

Encadré 3, **Résumé des « principales leçons apprises » mises en avant par le PNDS 2009-2018**

Encadré 4, **Limites du processus de décentralisation selon le gouvernement du Sénégal**

Encadré 5, **Les grandes réformes de l'Acte 3 de la décentralisation**

Encadré 6, **Présentation de la politique de contractualisation du MSAS (extrait)**

Liste des sigles

ABG	Aide Budgétaire Globale
ACP	Afrique Caraïbe Pacifique
AEI	American Enterprise Institut
AFD	Agence Française de Développement
ANT	Actor Network Theory (théorie de l'acteur réseau)
APD	Aide Publique au Développement
ARV	Anti Rétro Viraux
BafD	Banque Africaine de Développement
BAsD	Banque Asiatique de Développement
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
BOP	Botton Of the Pyramide
BPM	Biens Publics Mondiaux
CAD	Comité d'Aide au Développement de l'OCDE
CDG	Center for Global Development
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDSMT	Cadre Sectoriel de Dépense à Moyen Terme
CE	Commission Européenne
CICD	Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement
CIS	Comité Interne de Suivi
CMU	Couverture Maladie Universelle
CONGAD	Conseil des ONG d'Appui au Développement
CPIA	Country Policy & Institutional Assessment
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTB	Coopération Technique Belge
DEC	Development Economic Vice Presidency of the World Bank
DECAM	Décentralisation Extension Couverture Assurance Maladie
DFID	Department of International Development (UK)
DGS	Direction Générale de la Santé
DPRS	Direction de la Planification de la Recherche et de la Statistique
DPPD	Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses
DRG	Diagnosis Related Groups (groupe homogène de malades)
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DUE	Délégation de l'Union Européenne
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
FBMG	Fondation Bill et Melinda Gates
FBR	Financement basé sur les résultats
FERDI	Fondation pour les Etudes et Recherches sur le Développement International
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GDN	Global Development Network
GFF	Global Financing Facility
HRITF	Health Results Innovation Trust Fund
IBW	Institution de Bretton Woods
IPPR	Institut of Public Policy Research
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
JICA	Japan International Cooperation Agency

MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MLI	Millenium Leadership Initiave
MNC	Multi National Corporation
MPBC	Mutuelle Privée à Base Communautaire
MPS	Mont Pèlerin Society
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NEPAD	New Economics Partnership for Africain Development
NPM	New Public Management
OCB	Organisation Communautaire de Base
ODA	Overseas Developement Aid (Aide Publique au Développement)
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMD	Objectifs du Millenaire pour le Developpement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAS	Plans d'Ajustement Structurel
PBF	Performance Based Financing (Financement basé sur la performance)
PED	Pays En Développement
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Pays les Moins Avancés
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNFBR	Programne National de Financement Basé sur les Résultats
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public Privé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RBF	Result Based Financing (Financement basé sur les résultats)
RDC	République Démocratique du Congo
RNB	Revenu National Brut
RPF	Rwandan Patriotic Front (Front Patrotique Rwandais)
RSS	Réforme des Systèmes de Santé
SNI	Sociologie Néo-Institutionnelle
TNI	Théorie Néo-Institutionnelle
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	United States Agency for International Developmment
WB	World Bank

Introduction

L'aide au développement et la promotion des approches gestionnaires dans les systèmes de santé des pays du sud : problématique et enjeux.

Objet de l'étude

Depuis 2000, les approches gestionnaires destinées à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) puis les Objectifs de Développement Durable (ODD) sont devenues le nouveau paradigme des politiques d'aide au développement promues par les institutions financières internationales. Portées par une volonté de recherche d'efficacité, elles ont prolongé au niveau microéconomique les réformes néolibérales qui ont été imposées aux pays en développement par les programmes d'ajustements structurels dans les années 1980 et 1990.

Dans le secteur de la santé, les approches issues du *New Public Management* (Hood, 1995) ont ainsi promu des réformes destinées à transférer la gestion des systèmes de santé de l'Etat vers de nouveaux mécanismes d'allocation par le marché. Suivant les conceptualisations et expérimentations de la Banque Mondiale (BM), un marché doit être établi entre des structures de santé autonomes (publiques et privées) d'une part, et des mutuelles privées gérées par les communautés elles-mêmes d'autre part. Pour ces promoteurs, cette approche doit permettre de renforcer *l'empowerment* des plus pauvres en leur procurant une capacité de négociation sur ce marché ainsi créé (WB, 2004)

Les programmes de financement basé sur les résultats (FBR), encouragés par la BM dans de nombreux pays pour réformer les systèmes de santé dans les zones rurales pauvres, constituent l'instrument de la réforme de l'offre de soins nécessaire à la création de ce nouveau modèle de redevabilité par le marché. En instaurant un mode financement basé sur l'activité, l'instrument doit favoriser l'autonomisation des structures de santé et ainsi permettre leur basculement vers la logique de marché.

Dans ce travail de thèse, nous interrogeons la « performativité » de cette approche gestionnaire, que nous entendons comme sa capacité à transformer les réalités sociales des pays bénéficiaires. Notre travail s'inscrit dans le courant des études critiques en contrôle de gestion, qui visent à interroger la rationalité, la neutralité et l'objectivité des instruments de gestion (Morales et Sponem, 2009). Alors que ces derniers sont souvent considérés comme neutres, des groupes de chercheurs se sont intéressés à leur rôle structurant sur les représentations et le comportement des acteurs, des organisations et de la société.

Les politiques publiques d'aide au développement constituent un objet pertinent pour ces approches, car elles sont mises en œuvre dans un contexte marqué par l'éloignement entre les contributeurs et les bénéficiaires (Svensson, 2006). Elles sont généralement présentées et évaluées par rapport à un objectif de lutte contre la pauvreté, alors qu'elles sont traversées par une tension fondamentale entre l'intérêt des pays donateurs et des bénéficiaires (Jacquet et Naudet, 2007)

De plus elles sont mises en œuvre dans le cadre d'un rapport de force asymétrique issu de la colonisation, qui s'est poursuivi avec les politiques d'ajustement structurel issues du Consensus de Washington (Williamson, 1990). Pour Anisette (2004), l'objectif fondamental de la BM répond ainsi à l'intérêt des membres de son conseil d'administration et des marchés qui

assurent son refinancement, à savoir l'extension du capitalisme au détriment des populations des pays en développement.

L'objet de notre travail est ainsi d'étudier les finalités des approches gestionnaires comme le financement basé sur la performance, qui sont conçues et diffusées par les principaux acteurs de l'aide en suivant un objectif d'efficacité.

Pour ce faire, nous analysons: (i) les éléments idéologiques et théoriques, ainsi que les logiques d'influences et d'intérêts qui sous-tendent la conceptualisation et la diffusion de ces approches gestionnaires dans le champ institutionnel de l'Aide Publique au Développement (APD), et (ii) le processus de mise en oeuvre d'une de ces approches gestionnaires dans un cadre national.

Après une présentation de la constitution du champ institutionnel de l'aide au développement depuis 1945, puis des réformes ayant conduit à la diffusion des approches gestionnaires depuis 1998 (Partie I), notre analyse comporte donc deux volets.

Au niveau international, appréhender les éléments idéologiques et théoriques, ainsi que les logiques de réseau qui modèlent l'évolution de la production des savoirs et de l'architecture de l'aide, nous conduit à utiliser une approche historique. Dans un premier temps nous analysons donc le processus d'enrôlement des principaux acteurs de l'APD par le réseau néolibéral depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Dans un second temps nous étudions la structuration du champ de la santé globale depuis la fin des années 1990, puis le rôle des acteurs néolibéraux dans la promotion d'un modèle de régulation des systèmes de santé par le marché, avant d'analyser le processus de conceptualisation, d'expérimentation et de diffusion du FBR qui est associé à ce modèle de régulation. (Partie II)

Au niveau national et local (Partie III), l'analyse porte sur plusieurs éléments. Dans un premier temps, nous présentons le processus global de managérialisation des politiques nationales de santé dans lequel s'inscrit de la création du Programme National FBR. Dans un second temps nous étudions le processus de création du PNFBR à travers l'analyse (i) du dispositif d'influence déployé par la BM et l'United States Agency for International Development (USAID) en faveur de l'adoption de l'approche par le Ministère de la santé du Sénégal, (ii) du processus de négociation ayant conduit à la conception du projet pilote, et (iii) des jeux d'acteurs qui sont associés à l'expansion et au contrôle de cet instrument.

Problématique

Le capitalisme est un système économique et idéologique qui vise l'accumulation et la marchandisation des activités humaines à travers la mise en place de valeurs, normes, règles et pratiques sociales. A l'issue de la première guerre mondiale, son déploiement est concurrencé par les modèles communistes puis fascistes et keynésiens qui s'opposent à l'économie de marché ou souhaitent la limiter. Le mouvement néolibéral émerge alors dans l'entre-guerre avec la volonté d'assurer l'expansion de l'économie de marché en s'appuyant sur une idéologie compatible avec le modèle des Etats-Nations.

Ce mouvement se structure aux Etats-Unis à l'issue de la seconde guerre mondiale, sous la forme d'un réseau de production et diffusion de connaissances qui conceptualise de nouveaux modèles de gouvernance fondés sur la foi dans les principes de la règle de droit, de la propriété privée et du marché concurrentiel (Plehwe & al, 2006).

Pour répondre à l'enjeu géopolitique majeur de la décolonisation dans le contexte de la guerre froide, ce réseau assure la production de théories néolibérales sur le développement économique des jeunes nations (Bauer, 1957, 1958, 1976). Ces théories seront ensuite principalement expérimentées au Chili après le coup d'Etat militaire de Pinochet (1977).

Initialement limitée aux politiques macroéconomiques monétaristes issues de l'école d'économie de Chicago, l'expérimentation chilienne s'étend ensuite à la théorie des choix publics (Buchanan, 1987) qui sera à l'origine des approches du « *New Public Management* ».

L'expérimentation chilienne marque également l'enrôlement des Institutions de Bretton Woods (Fonds Monétaire International et Banque Mondiale) par le réseau, dont les missions sont redéployées vers la promotion des politiques néolibérales de développement dans le contexte de crise de la dette des pays du tiers monde.

Dans le secteur de la santé, la Banque Mondiale devient dans les années 1990 le premier financeur et favorise la mise en place de programmes de décentralisation et de privatisation dans de nombreux pays (Unger & al, 2008). Pour ce faire, elle met en avant l'expérience colombienne, elle-même conçue sur la base de l'expérimentation chilienne. Ces travaux sont ensuite valorisés par des publications d'acteurs de référence comme l'Organisation Mondiale de la Santé, ce qui confère à ces réformes un statut normatif auprès de nombreux acteurs de l'aide (Homedes & Ugalde, 2005).

Toutefois, ces réformes d'inspiration néolibérale ne produisent pas les effets positifs escomptés en matière de lutte contre la pauvreté, entraînant bien souvent la faillite des hôpitaux publics devenus autonomes, ainsi que l'affaiblissement des systèmes de santé dans les zones rurales (Homedes et Ugalde, 2005). Ayant perdu son intérêt géostratégique avec la chute du mur de Berlin, l'aide est alors attaquée pour son inefficacité.

Parallèlement, la propagation de l'épidémie de sida dans les pays pauvres fait peser un risque croissant sur la santé des populations des pays riches. Cette convergence d'intérêts associée à la mondialisation des échanges donne naissance au concept de « santé globale », qui devient en 1998 une priorité du Département d'Etat américain et permet une forte augmentation des financements internationaux en faveur du secteur (Kerouedan, 2013).

Alors que les précédentes réformes associées aux ajustements structurels répondaient principalement aux intérêts des pays donateurs en matière de recouvrement de la dette et d'ouverture commerciale (Severino, 1999), elles doivent maintenant répondre à des enjeux d'efficacité pour atteindre des objectifs globaux : les OMD (2000) puis les ODD (2015)

Toutefois, malgré le coût social et humain des ajustements structurels, les Institutions de Bretton Woods s'opposent à la mise en cause du principe d'efficacité des marchés et à la réhabilitation du rôle de l'Etat portée par Joseph Stiglitz dans le cadre du « post-washington consensus » (1996, 1998, 2002, 2004). Pour répondre à ces attaques, la BM conceptualise la notion de « short route of accountability » qui défend la nécessité d'abandonner une redevabilité associée à la fourniture des services sociaux de base par l'Etat, au profit d'un modèle de redevabilité par le marché à même de renforcer la capacité de négociation des plus pauvres (World Bank, 2004a).

La conceptualisation de la santé globale évolue ensuite sous la pression d'une réintégration des intérêts des plus pauvres dans les politiques de santé. Les Etats émergents et le monde

associatif se mobilisent contre les brevets des multinationales pharmaceutiques pour permettre l'accès des populations pauvres aux antirétroviraux. Les priorités sécuritaires dont témoignent les allocations budgétaires des donateurs sont également dénoncées, car elles accordent une priorité à la prise en charge du sida au détriment d'autres pathologies létales comme le paludisme, ou encore des politiques de santé maternelle et infantile (Atlani-Duault et Vidal, 2013a).

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU), promue depuis 2013 conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et la BM, devient alors le nouveau paradigme de la santé globale. Elle se définit par la poursuite de trois axes d'amélioration : l'augmentation du pourcentage de la population ayant accès aux soins, le paquet de soins disponibles et la baisse du niveau de prise en charge individuelle. Elle porte une logique d'universalité d'accès aux soins à même de garantir sa désirabilité, toutefois sans définir d'exigence en matière d'égalité ou de priorités qui seraient susceptibles de s'opposer aux principes néolibéraux.

Dans le cadre de ce nouveau paradigme que constitue la CSU, la rapide diffusion des programmes de FBR est portée par une stratégie de promotion des instruments du NPM par les principaux acteurs néolibéraux du champ institutionnel de la santé globale.

Alors que les travaux sur le FBR se sont jusqu'ici principalement intéressés aux effets positifs et/ou négatifs de ces approches en matière d'efficacité sur l'atteinte des OMD, l'analyse des processus de conceptualisation, de diffusion, et de mise en œuvre de ces instruments doit nous permettre d'étudier (i) la façon dont les acteurs dominants du champ de l'APD conçoivent et diffusent des approches gestionnaires fondées sur l'idéologie néolibérale, et (ii) le rôle structurant de ces approches sur les sociétés en terme de promotion de normes, de valeurs, de règles et de pratiques.

Au niveau opérationnel, l'étude est motivée par la volonté d'interroger la thèse aujourd'hui dominante d'une diffusion rapide de l'approche FBR sous l'effet de son appropriation autonome par de nombreux gouvernements bénéficiaires en quête d'efficacité. Cet instrument étant promu par des acteurs extérieurs dans le cadre d'une relation de pouvoir asymétrique, il apparaît essentiel d'interroger les logiques performatives qui sont potentiellement mises en boîte noire dans sa conception et sa diffusion.

Les enjeux de pouvoir sont au cœur du processus de création de ces nouvelles approches gestionnaires, car la décentralisation de la décision vers les acteurs opérationnels s'accompagne de dispositifs de contrôle destinés à aligner leurs intérêts sur celui des financeurs. La logique de la « décentralisation par le contrôle » (Sloan) propre aux instruments de gestion, entrave ainsi l'autonomie de gestion transférée aux acteurs et renforce l'intérêt des financeurs dans la constitution de ces nouveaux modèles de régulation par le marché.

Cadre théorique, questions de recherche et méthode d'analyse

Pour appréhender la performativité des approches gestionnaires en analysant leur conceptualisation, leur diffusion et leur mise en œuvre, nous avons choisi le cadre théorique du « compromis performatif » (Gond et al, 2013), qui intègre deux approches de la performativité complémentaires à notre objet d'étude.

La première conception de la performativité mobilisée dans notre cadre d'analyse s'appuie sur la Théorie Néo Institutionnelle (TNI). Cette dernière postule que dans l'environnement

complexe et incertain qui caractérise les sociétés postmodernes, les organisations ne sont pas en quête d'une réelle rationalité mais de légitimité et de ressources.

Elles sont dès lors conduites à afficher l'adoption d'institutions, définies comme des normes, règles, représentations et croyances, qui sont des mythes considérés comme rationnels. Cette adoption correspond à une mise en conformité cérémonielle sans que ces institutions ne soient réellement mises en pratique, ce qui génère un processus de découplage au sein des organisations (Meyer et Rowan, 1977). Le processus de diffusion de ces institutions répond à un isomorphisme des organisations qui ont tendance à se ressembler au sein d'un champ institutionnel, conçu comme un ensemble d'organisations en interaction, constituant un ensemble normatif (DiMaggio et Powel, 1983).

Après cette vision centrée sur une adoption cérémonielle générant un processus de découplage, la TNI a fait l'objet de développements sur les dynamiques de changement qui animent les champs institutionnels : les « logiques institutionnelles ». Pour Friedland et Alfort (1991), les principales logiques institutionnelles qui animent les sociétés occidentales sont l'Etat, la démocratie, la famille, la religion, et le capitalisme que nous associons à l'idéologie néolibérale. Les acteurs (organisations ou individus) peuvent alors concevoir des stratégies personnelles visant à mettre en œuvre des changements institutionnels en s'appuyant sur ces logiques.

Différents travaux se sont ensuite intéressés à la matérialité des institutions (Hasselbladh & Kallinikos, 2000), puis au rôle des instruments de gestion dans la mise en pratique effective des changements institutionnels au sein des organisations (Dambrin et al, 2007; Ancelin-Bourgingnon et al, 2012).

Dans notre cadre d'analyse, la logique performative associée à la TNI s'appuie sur la thèse de l'idéologie de la recherche d'efficacité dans les sociétés post-modernes énoncée par Lyotard (1979), suivant laquelle « la prise de décision dans les organisations est performée du fait de la conventionnalisation de la rationalité, de son incorporation dans des outils, et de sa marchandisation par des acteurs tels que les consultants » (Gond et al, 2013).

Ce courant de recherche nous permet d'étudier la façon dont des objets « idéologiques » conçus et promus comme des institutions peuvent se diffuser par isomorphisme, et comment les approches gestionnaires peuvent contribuer à leur « internalisation » au sein des organisations.

Dans le domaine de l'aide au développement, les acteurs bilatéraux de l'aide peuvent par exemple être encouragés à s'approprier les approches gestionnaires promues par des acteurs dominants comme la BM afin d'afficher une recherche de performance. Pourtant la définition de la performance qui fonde ces approches gestionnaires peut ne pas refléter la réalité des objectifs de ces acteurs. Le rapport du Conseil d'Analyse Economique de 2007 intitulé « la France et l'APD » témoigne ainsi d'une résistance des acteurs français à adopter dans la pratique le principe d'allocation basée sur la performance, également appelé sélectivité de l'aide et initialement conçue par la BM. Au début des années 2000, la sélectivité était devenue le principal critère d'évaluation de l'efficacité de l'aide dans le classement des pays de l'OCDE. Son adoption est alors devenue un objectif du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement, alors même que cette approche ne répondait pas aux enjeux spécifiques des acteurs de l'aide française.

La seconde conception de la performativité mobilise la Théorie de l'Acteur Réseau (ANT) issue de la sociologie des sciences et techniques, dont l'un des initiateurs a lancé depuis 1998 un programme de recherche sur l'économisation (Callon et al, 1998), ou la performance du réel par les sciences économiques (Callon et Muniesa, 2003 ; Callon, 2007). Cette conception a déjà été mobilisée dans le champ de l'aide au développement par Mitchell (2002, 2004, 2005, 2007), qui montre comment le réseau néolibéral a favorisé l'élaboration et l'expérimentation au Pérou, puis la diffusion d'un programme d'*empowerment* des pauvres à travers l'accès au microfoncier.

Cette approche de la performativité conduit à étudier la dynamique d'extension d'un réseau d'acteurs humains et non-humains. Dans cette perspective, les savoirs produits, les modèles économiques et les instruments de gestion comme le FBR, sont appréhendés comme des objets actants permettant un processus de traduction qui facilite l'enrôlement de nouveaux acteurs (Callon, 1984). Ces objets mettent ainsi « en boîte noire » des postulats idéologiques néolibéraux qu'il convient de réinterroger.

Notre étude s'inscrit dans cette perspective pour étudier la façon dont le réseau néolibéral s'étend dans le champ de l'APD en s'appuyant sur un processus de production et de diffusion de savoirs sur lesquels sont fondés les modèles macroéconomiques et les approches gestionnaires. Cette analyse met ainsi en cause la neutralité et la rationalité de savoirs produits et diffusés par le réseau néolibéral, en s'appuyant sur la conception du savoir à l'ère post-moderne également proposée par Lyotard (1979), suivant laquelle l'intégration des techniques dans la production scientifique modifie son objectif, la recherche de vérité étant remplacée par la quête de puissance.

« Les jeux du langage scientifique vont devenir des jeux de riches, où le plus riche à le plus de chances d'avoir raison. Une équation se dessine entre richesses, efficience, vérité. » (Lyotard, 1979, p.74).

« L'administration de la preuve, qui n'est en principe qu'une partie d'une argumentation elle-même destinée à obtenir l'assentiment des destinataires du message scientifique, passe ainsi sous le contrôle d'un autre jeu de langage, où l'enjeu n'est pas la vérité, mais la performativité, c'est-à-dire le meilleur rapport input/output. L'Etat et/ou l'entreprise abandonne le récit de légitimation idéaliste ou humaniste pour justifier le nouvel enjeu : dans le discours des bailleurs de fonds d'aujourd'hui, le seul enjeu crédible, c'est la puissance. » (Lyotard, 1979, p.75).

Le cadre théorique du compromis performatif nous permet d'appréhender de façon complémentaire les éléments idéologiques et théoriques associés à la performativité intrinsèque des instruments, ainsi que les dynamiques d'enrôlement et d'isomorphisme qui sont à l'œuvre dans leur diffusion.

Il conduit à étudier les quatre éléments qui structurent ces deux dynamiques performatives :

- **Les acteurs** et les dynamiques de réseau qui sont à l'œuvre dans la promotion des approches gestionnaires dans le champ de l'APD. Dans le cas du FBR, une analyse de littérature permet d'identifier le rôle déterminant du réseau néolibéral, au sein duquel la BM joue un rôle central en faveur de la production, de l'expérimentation et de la diffusion des théories au sein des pays en développement comme le Chili (Valdés, 1995 ; Fischer, 2009).

- **Les idéologies** qui sont mobilisées par ce réseau d'acteurs, définies comme « des idées représentant les aspirations des acteurs et cadrant leur actions » (Gond et al, 2013). Dans notre cas, elles sont principalement constituées de la foi dans les principes de la règle de droit, de la propriété privée et de l'efficacité des marchés, qui conduit notamment à accorder une supériorité au modèle d'allocation par le marché comme au principe d'incitation individuelle dans le management public.
- **Les théories** qui sont mobilisées par ce réseau d'acteurs, définies comme des « Connaissances expertes, concepts et prédictions théoriques » (Gond et al, 2013) ; Elles sont dans notre cas principalement constituées de travaux de conceptualisation et d'expérimentation de nouvelles approches inspirées du NPM.
- **Les instruments**, définis comme des « Indicateurs de mesures, tableaux de bords, dispositifs d'évaluation » par Gond et al (2013), que nous étendons aux approches gestionnaires comme le FBR.

L'analyse de la performativité des programmes de FBR promus par la BM à travers ce cadre d'analyse nous conduit à la réalisation d'une étude qualitative déclinée à trois niveaux : global, national et local.

Au niveau global, notre étude vise à identifier à travers une revue de littérature: (i) **quels sont les fondements idéologiques et théoriques des savoirs qui dominent aujourd'hui le champ institutionnel de l'APD et structurent les politiques de santé globale dans lesquelles s'insèrent le FBR, et (ii) quelles sont les stratégies d'intéressement et les processus de diffusion qui sont à l'œuvre dans l'expansion de cette approche ?**

Au niveau national, notre analyse vise à étudier à travers une étude de cas : **comment les logiques performatives identifiées au niveau global sont mobilisées, combattues, ou font l'objet d'une réappropriation par les différents acteurs impliqués dans le processus de négociation du Programme national FBR du ministère de la santé du Sénégal (PNFBR) ?**

Au niveau local, l'étude vise à observer la mise en œuvre du programme dans l'une de ses deux zones d'expérimentation pilotes, pour répondre à la question suivante : **quelle est la réalité des changements de pratiques associées à la mise en œuvre du PNFBR ?**

Pour répondre à ces questions de recherche, nous avons réalisé une analyse qualitative à trois niveaux :

- 1) Au niveau global, nous analysons le dispositif de production de savoirs mis en œuvre par le réseau néolibéral dans les champs institutionnels de l'APD puis de la santé globale. La mise en perspective des éléments théoriques et idéologiques dominants nous conduit à adopter une perspective de long terme, en réalisant une analyse généalogique des principaux savoirs et réformes néolibérales promues depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Cette étude généalogique mobilise principalement des travaux d'économie, d'économie politique, de sociologie et d'ethnologie du développement. Dans un premier temps nous étudions le processus de théorisation, d'expérimentation et de diffusion des réformes néolibérales dans les champs de l'APD. Dans un second temps nous étudions comment ces mêmes processus sont à l'œuvre dans le champ de la santé globale et structurent la conception et la diffusion des programmes de FBR.

- 2) Au niveau national, l'analyse qualitative du processus de négociation du PNFBR a été réalisée sur la base des données collectées à l'occasion de quatre missions sur le terrain entre février 2014 à décembre 2015. Elles sont constituées (i) de l'observation des revues annuelles du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) et du PNFBR, (ii) d'une étude des principaux documents associés à la conception du projet, et (iii) de la conduite de trente-huit entretiens ouverts avec les principaux acteurs nationaux et étrangers ayant participé au processus de négociation. Par ailleurs, la nécessité de replacer ce processus dans le cadre d'une réforme globale des politiques de santé depuis les ajustements structurels nous a conduit à étudier l'évolution des Plans nationaux de développement sanitaire depuis 1998, ainsi que principales réformes qui leurs sont associées.
- 3) Au niveau local, l'étude de l'effectivité des changements de pratiques sur le terrain a été réalisée à travers une mission de deux semaines dans la Région Médicale pilote de Kolda en décembre 2015. Elle s'appuie (i) sur l'observation d'une réunion mensuelle du Comité de gestion d'un des districts pilotes du PNFBR, et d'une mission de supervision de la Région Médicale dans un poste de santé, ainsi que (ii) sur la conduite de vingt-trois entretiens semi-directifs auprès de responsables de centres et postes de santé, de représentants des usagers, et de l'organisation communautaire de base en charge de la vérification des données fournies par les structures de santé.

Contributions attendues

Au niveau empirique, l'objet de l'étude est de pouvoir mettre en perspective les stratégies d'influence et les logiques performatives associées aux approches gestionnaires promues par le réseau néolibéral dans les champs de l'APD et de la santé globale. Cette contribution doit permettre aux gouvernements bénéficiaires de mieux appréhender les processus susceptibles de les influencer, afin de renforcer leur capacité à élaborer des politiques publiques centrées sur les besoins de leurs populations.

La création de nouveaux modes de délivrance de l'aide, fondés sur des chaînes de relations contractuelles contrôlées par des instruments de gestion, conduit à la création de dispositifs de régulation transnationaux définis par Djelic et al (2006). Toutefois, comme le soulignent ces auteurs, l'Etat reste un acteur essentiel de ces nouveaux dispositifs, au sein desquels il conserve des capacités de négociation qui peuvent être mobilisées.

Dans le domaine de la santé globale, les réformes actuelles génèrent ainsi une marchandisation des soins qui favorise le recours aux soins curatifs au détriment des politiques de prévention (Kerouedan, 2013), ce qui constitue un biais court terme favorisant l'intérêt des multinationales pharmaceutiques au détriment de la santé des populations bénéficiaires. L'étude doit ainsi permettre de comprendre la façon dont les approches gestionnaires promues par la réforme des systèmes de santé sont mobilisées au bénéfice des intérêts de ces acteurs privés.

Au niveau théorique, notre étude vise à mieux définir les relations existantes entre les deux types de performativité mobilisés dans le cadre théorique du compromis performatif. L'intégration de ces deux conceptions, fondées sur la TNI et l'ANT, permet notamment d'étudier le lien entre l'évolution de la nature des savoirs produits dans les sociétés post-modernes et les dispositifs qui en assurent la diffusion. La production et la diffusion d'un savoir centré sur l'administration de la preuve et au service d'une logique exclusive de puissance

définie par Lyotard (1979), permet notamment de comprendre la capacité d'expansion du réseau néolibéral dans les politiques d'APD depuis les années 1970.

Cette expansion est portée par un processus d'économisation fondé sur les principes néolibéraux qui limite la prise en compte d'enjeux de long terme comme les externalités négatives ou la limitation des inégalités, ce qui favorise les acteurs dominants. Or ce processus entrave la diffusion de modèles de régulation économique concurrents fondés sur la gestion des biens publics communs, qui constitue aujourd'hui un enjeu capital pour l'APD.

Présentation du plan

Dans la première partie nous élaborons la problématique. Nous présentons tout d'abord la constitution du champ institutionnel de l'APD, modelé par l'évolution des intérêts des acteurs dominants et des doctrines économiques (chapitre 1). Nous présentons ensuite les tensions fondamentales de l'aide mettant en cause la neutralité, l'objectivité et la rationalité des définitions de sa performance, ainsi que le tournant gestionnaire qui restructure l'aide depuis la fin des années 1990 (chapitre 2). Nous présentons enfin notre cadre d'interprétation mobilisant les logiques performatives associées à la TNI et l'ANT, ainsi que notre méthodologie de recherche (chapitre 3),

Dans une deuxième partie nous établissons une généalogie des stratégies d'enrôlement des acteurs du champ de l'APD par le réseau néolibéral depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Cette généalogie est présentée à travers la production et la diffusion de savoirs fondés sur les principes néolibéraux, l'enrôlement et le renforcement des IBW permettant de fonder une coalition d'acteurs dominant le champ, puis l'évolution des politiques et programmes fondée sur ces principes (chapitre 4). Nous étudions ensuite la conception du champ institutionnel de la santé internationale et l'émergence des politiques de santé globale suite à la diffusion de l'épidémie de Sida. Nous présentons alors le paradigme de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) comme un champ de bataille, au sein duquel les acteurs globaux tentent d'imposer de nouveaux modèles de régulation conformément à leurs idéologies et intérêts. Dans ce cadre, nous présentons le modèle de régulation des services sociaux par le marché promu par la BM (short route of accountability), puis son processus de diffusion à la travers la « construction » de l'expérimentation rwandaise et la mise en place d'une système d'incitation permettant d'enrôler les principaux décideurs de la BM et des pays bénéficiaires (chapitre 5).

Dans une troisième partie nous présentons le cas de la création du Projet National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR) du Ministère de la santé du Sénégal. Nous analysons tout d'abord le contexte institutionnel de la santé au Sénégal, en retraçant les réformes ayant préalablement conduit à la mise en place d'une logique contractuelle entre le gouvernement et les IBW pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques nationales. Nous présentons ensuite les principales réformes ayant conduit à l'extension de ces logiques contractuelles au niveau local, à travers les programmes de décentralisation et les approches gestionnaires (chapitre 6). Nous étudions ensuite l'origine du projet FBR au sein du Ministère de la Santé du Sénégal, qui constitue l'un des piliers du modèle de régulation des services de santé par le marché promu par la coopération américaine (USAID) et la BM dans les zones rurales. Nous présentons enfin les stratégies d'acteurs qui sont à l'œuvre dans la négociation du projet pilote, dans la mise en échec des modèles de régulation concurrents, puis les luttes de pouvoir entre acteurs pour le contrôle de cet instrument (chapitre 7).

En épilogue, nous présentons quelques éléments de notre enquête dans l'une des zones rurales pilotes du projet, qui démontre une forte déconnexion entre les objectifs du programme et les réalités matérielles, géographiques et culturelles du terrain.

Partie I – Elaboration de la problématique

Cette première partie a pour objectif de présenter le processus d'élaboration de notre problématique, à travers (i) une présentation historique des politiques d'APD et de leur constitution progressive en champ institutionnel (chapitre 1), puis (ii) les questionnements relatifs à la notion de performance de l'aide et au tournant gestionnaire adopté à la fin des années 1990 dans le cadre d'une quête de relégitimation suite à la fin de la guerre froide, et enfin (iii) la présentation de notre cadre d'interprétation, de nos questions de recherche et de notre méthodologie.

Chapitre 1 : L'émergence d'une politique publique globale et la constitution d'un champ institutionnel

Section 1 : Présentation de l'Aide Publique au Développement

1. Définition

L'aide publique au développement (APD) désigne une politique publique, mise en œuvre à travers un système international de transfert de ressources publiques entre des « donateurs » et des « bénéficiaires », mesurée par un agrégat statistique. Le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE, organisme chargé de la collecte et de la publication des données d'APD, en donne une définition présentée dans l'encadré 1.

Encadré 1, Définition de l'APD par l'OCDE

« L'APD est constituée par tous apports de ressources qui sont fournis aux pays et territoires sur la Liste des bénéficiaires d'APD, ou à des institutions multilatérales, et qui répondent aux critères suivants :

- i. Émaner d'organismes publics, y compris les États et les collectivités locales, ou d'organismes agissant pour le compte d'organismes publics ; et
- ii. Sachant que chaque opération doit en outre :
 - a) avoir pour but essentiel de favoriser le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement; et
 - b) être assortie de conditions favorables et comporter un élément de libéralité au moins égal à 25 % (sur la base d'un taux d'actualisation de 10 pour cent) ».

Le CAD n'a cessé, au fil des ans, d'affiner les règles relatives à la notification de l'APD, afin d'assurer la conformité des données fournies avec la définition de cette dernière, ainsi qu'une cohérence aussi grande que possible entre donneurs. Les limites de l'APD ont été soigneusement dessinées dans un grand nombre de domaines, dont les suivants :

- **Aide militaire** : le financement de matériels ou de services militaires n'est pas comptabilisable dans l'APD. Les activités de lutte contre le terrorisme en sont également exclues. Cependant, les dépenses afférentes à l'utilisation des forces armées des donateurs pour acheminer l'aide humanitaire peuvent être prises en compte.
- **Maintien de la paix** : la majeure partie des dépenses relatives au maintien de la paix est exclue de l'APD à l'instar des dépenses militaires. Cependant, certaines activités utiles au développement et répondant à une définition bien précise qui sont menées dans le cadre d'opérations de maintien de la paix, peuvent être prises en compte.
- **Énergie nucléaire** : les dépenses qui s'y rapportent sont comptabilisables dans l'APD, à condition qu'elles soient destinées à des usages civils.
- **Programmes culturels** : ils peuvent être comptabilisés dans l'APD s'ils servent à renforcer les capacités culturelles des pays bénéficiaires, mais les tournées ponctuelles effectuées par des artistes ou des sportifs des pays donateurs et les activités visant à valoriser l'image de ces derniers en sont exclues.

Source : OCDE 2015

Le CAD a été conçu en 1960 par les principaux donateurs pour étudier et coordonner les politiques d'APD. Les statistiques sont donc établies à partir des déclarations d'engagements des membres. Ils reflètent l'effort des donateurs et non les ressources effectivement transférées aux bénéficiaires.

La définition ci-dessus précise quatre conditions pour que la dépense puisse être classée comme APD :

- a) Emaner d'un organisme public.
Ce qui l'oppose à l'aide privée pour laquelle il n'existe pas de statistiques globales.
- b) Bénéficiaire à un pays ou un territoire en développement, ou à un organisme qui l'acheminera vers ces pays.
A ce titre le CAD établit une liste des pays bénéficiaires de l'APD. Elle est actualisée tous les trois ans et les pays bénéficiaires y sont classés en quatre catégories.
- c) Avoir pour intention le développement.
La condition est ici liée à l'intention d'utilisation en faveur d'un objectif déclaré et non d'un résultat démontré, ce qui se justifie par le fait que la réalisation de ce dernier peut mettre plusieurs années et dépend également du bénéficiaire et de nombreux facteurs extérieurs.
- d) Etre accompagnée de conditions financières favorables.
Deux types de transferts sont principalement utilisés par les donateurs :
 - Les dons, qui constituent un transfert de ressources sans obligation de remboursement et sont éligibles dès lors qu'ils satisfont aux 3 critères précédents.
 - Les emprunts, qui sont soumis à remboursement et doivent comporter une ou part de don équivalent à 25% de la valeur actualisée des flux de remboursement générés. Le taux d'actualisation est fixé à 10% par le CAD depuis sa création en 1960.

L'APD brute d'un Etat donateur est constituée de la somme des versements réalisés au cours d'une année, dont on retire le montant des remboursements pour calculer l'APD nette.

Les statistiques de l'APD font par ailleurs l'objet de controverses (Severino et Charnoz, 2010), en particulier :

- en terme technique, le taux d'actualisation utilisé par le CAD (10%), jugé élevé par rapport aux conditions de marché des Etats donateurs, et le mode de calcul des annulations de dette ;
- en terme de contenu, la prise en compte de certaines dépenses accusées par la société civile de n'avoir qu'un rapport lointain avec le développement : l'accueil des réfugiés et les frais d'écolage dans le pays donateurs, l'aide aux territoires dépendants (ex : Guyane française).

2. Les donateurs

Principalement composé après la seconde guerre mondiale des Etats-Unis, du Royaume-Uni et de la France, le nombre de donateurs s'est progressivement étendu et l'on peut aujourd'hui distinguer trois types d'acteurs

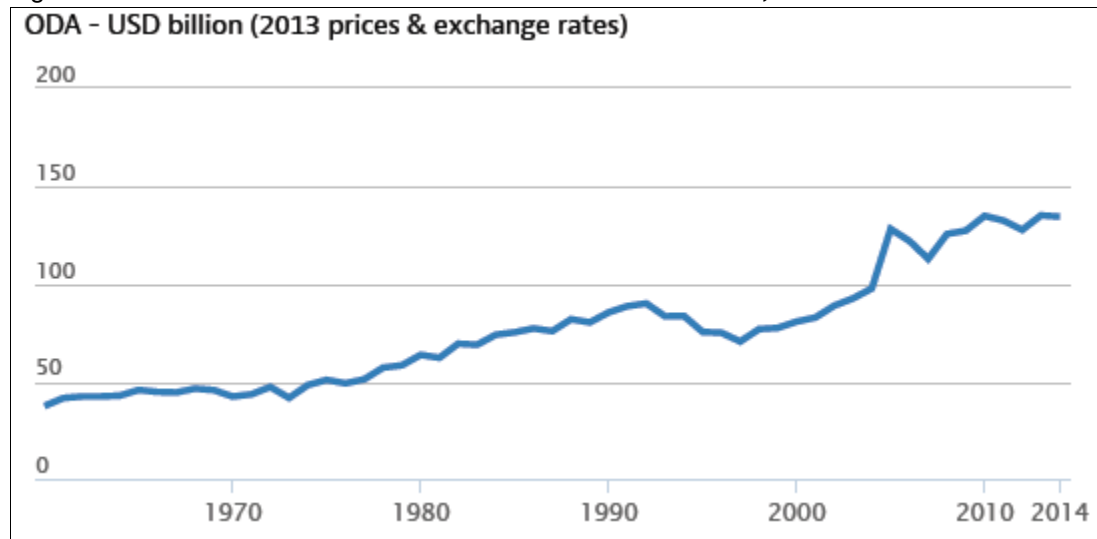
a) Les pays de l'OCDE membre du CAD

Après un premier essor pendant le mouvement des indépendances, le nombre de pays membres a augmenté régulièrement pour atteindre 28 pays plus la Commission Européenne en 2015. Le CAD regroupe l'Europe (20 pays de l'Union, la Norvège, la Suisse), l'Amérique du Nord (Etats-Unis, Canada), le Japon, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

D'après les données statistiques du CAD, les membres représentent en 2015 toujours près de 89% de l'APD mondiale, avec 134,8 milliards USD en 2013 (OCDE).

Ci-dessous plusieurs graphiques qui illustrent l'évolution de l'aide entre 1960 à 2014 pour l'ensemble des pays du CAD, puis par pays. Cette évolution est exposée en montant puis en pourcentage du Revenu National Brut (RNB) des pays donateurs. L'objectif d'un financement d'APD équivalent à 0,7 % du RNB des donateurs a d'abord été accepté par l'ONU en 1970, et a depuis été réaffirmé à plusieurs reprises dans les déclarations des réunions internationales sur le financement du développement. L'acronyme ODA (Overseas Development Assistance) correspond à la traduction anglaise d'APD.

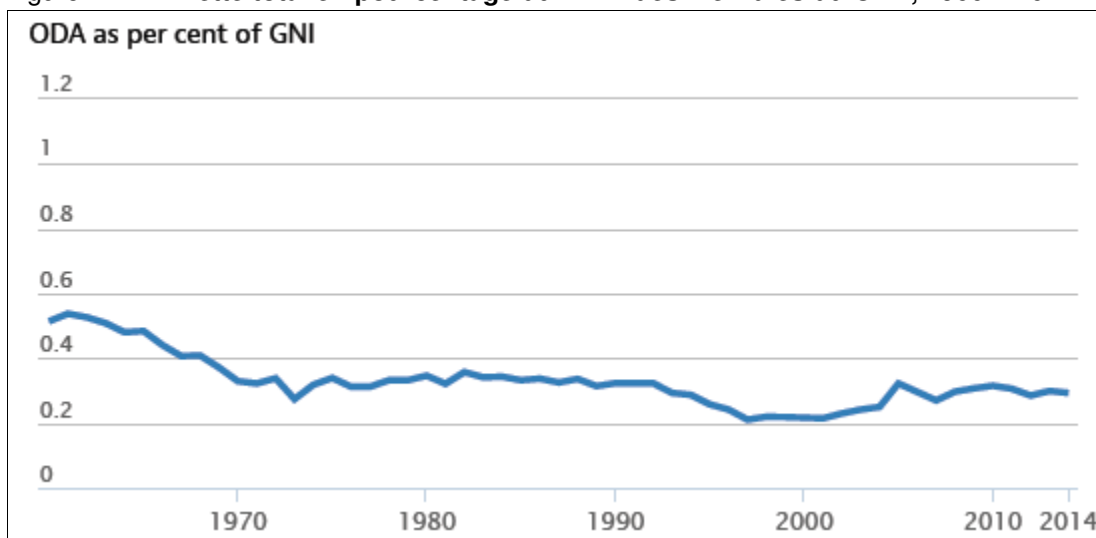
Figure 1. **APD nette totale en montant des membres du CAD, 1960 – 2014**



Source, OCDE 2015

L'APD a connu un montant en croissance régulière avant de connaître une chute dans les années 1990, principalement liée à la perte d'intérêt stratégique de nombreux pays après l'achèvement de la guerre froide. Elle reprend ensuite sa croissance avec la crise asiatique de 1997, puis a connu un nouvel élan associé à sa nouvelle fonction de régulation de la mondialisation. Le pic de 2005 correspond à d'importantes annulations de dette.

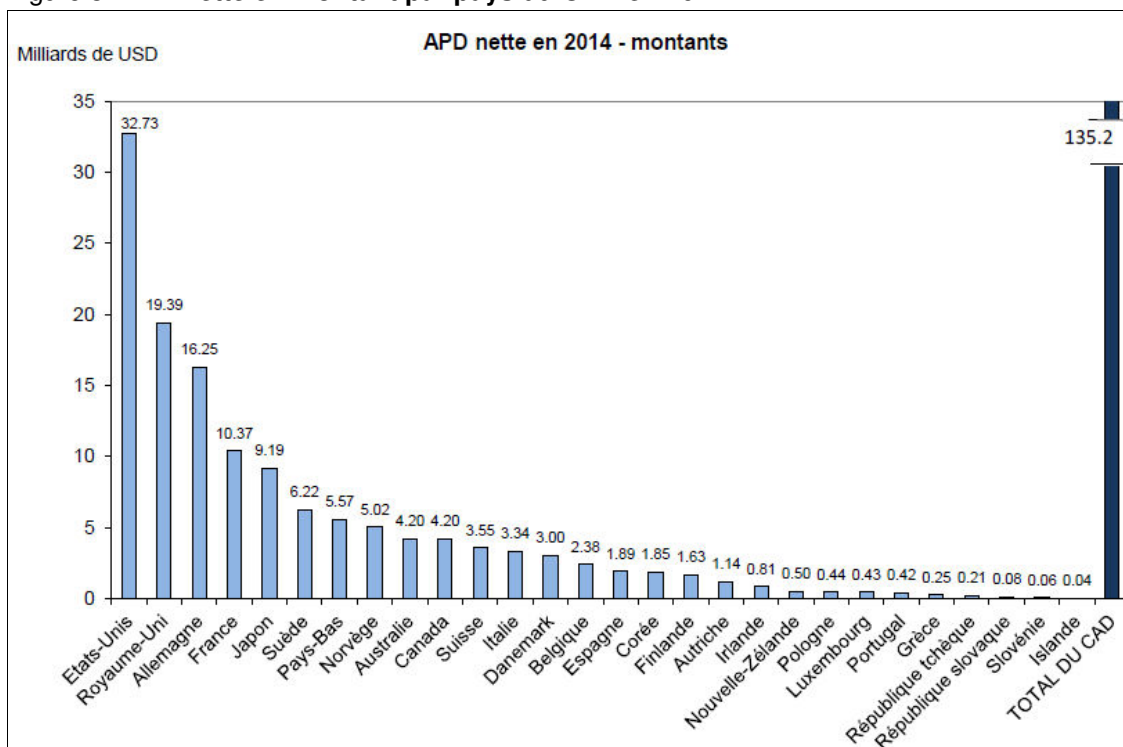
Figure 2. **APD nette total en pourcentage du RNB des membres du CAD, 1960 – 2014**



Source, OCDE 2015

Le graphique 2 montre que malgré l'augmentation du montant global, l'effort d'APD par les pays du CAD, mesuré en pourcentage de leur RNB, est resté très inférieur à l'objectif de 0,7% fixé par les Nations-Unies. Malgré un léger rebond dans les deux dernières décennies, il a connu un décrochage régulier depuis 1961.

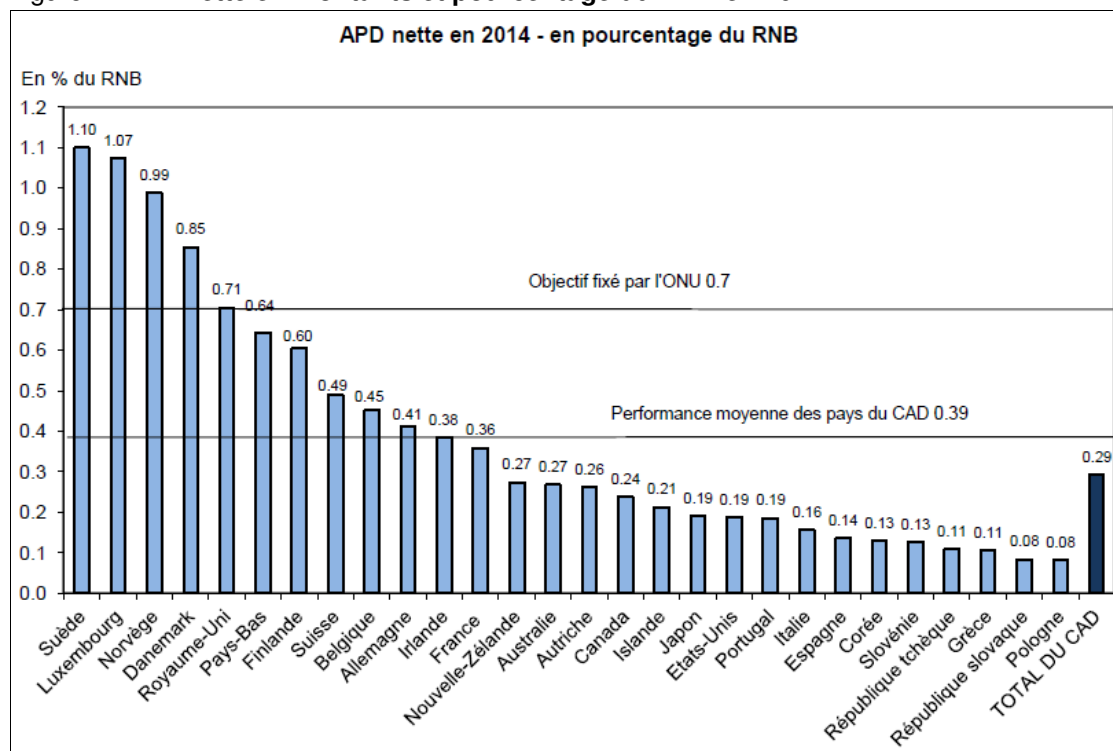
Figure 3. **APD nette en montant par pays du CAD en 2014**



Source, OCDE 2015

Le graphique 3 illustre les montants d'APD pour chacun des pays du CAD en 2014. Il met en avant la prédominance des Etats-Unis, du Royaume-Uni, de la France, du Japon suivi des pays nordiques.

Figure 4. **APD nette en montants et pourcentage du RNB en 2014**



Source, OCDE 2015

Le graphique 4 détaille les différences entre les efforts d'APD des pays donateurs, mesurés en pourcentage du RNB. Il montre que seuls quatre pays respectent en 2014 leur engagement en ayant un effort d'APD supérieur ou égal à 0,7% du RNB. Les pays nordiques sont longtemps restés les seuls à respecter cet engagement, rejoints plus récemment par le Royaume-Uni.

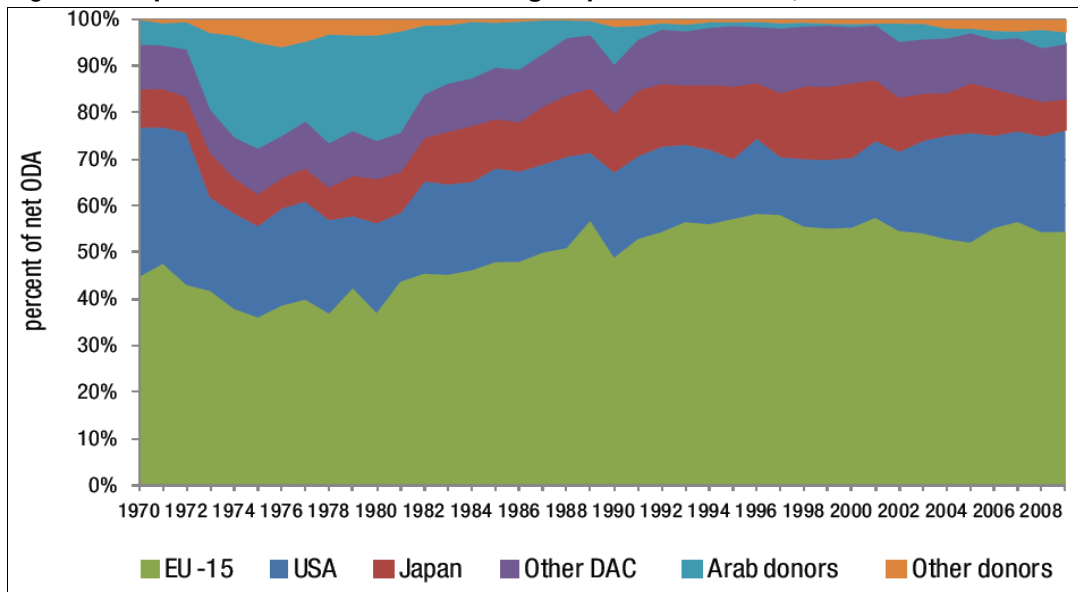
Plusieurs pays membres de l'OCDE ne sont pas membres du CAD : Estonie, Hongrie, Israël, Turquie. Le montant de leur APD totalise en 2013 : 3 668 millions USD, dont 3 300 millions USD pour la Turquie que nous intégrerons dans les donateurs émergents.

b) Les pays arabes producteurs de pétrole.

Les pays arabes exportateurs de pétrole constituent un second groupe de pays donateurs, principalement constitué ces dernières années par l'Arabie Saoudite, les Emirats Arabes Unis (respectivement 5 683 et 5 402 millions USD d'APD en 2013) et le Qatar.

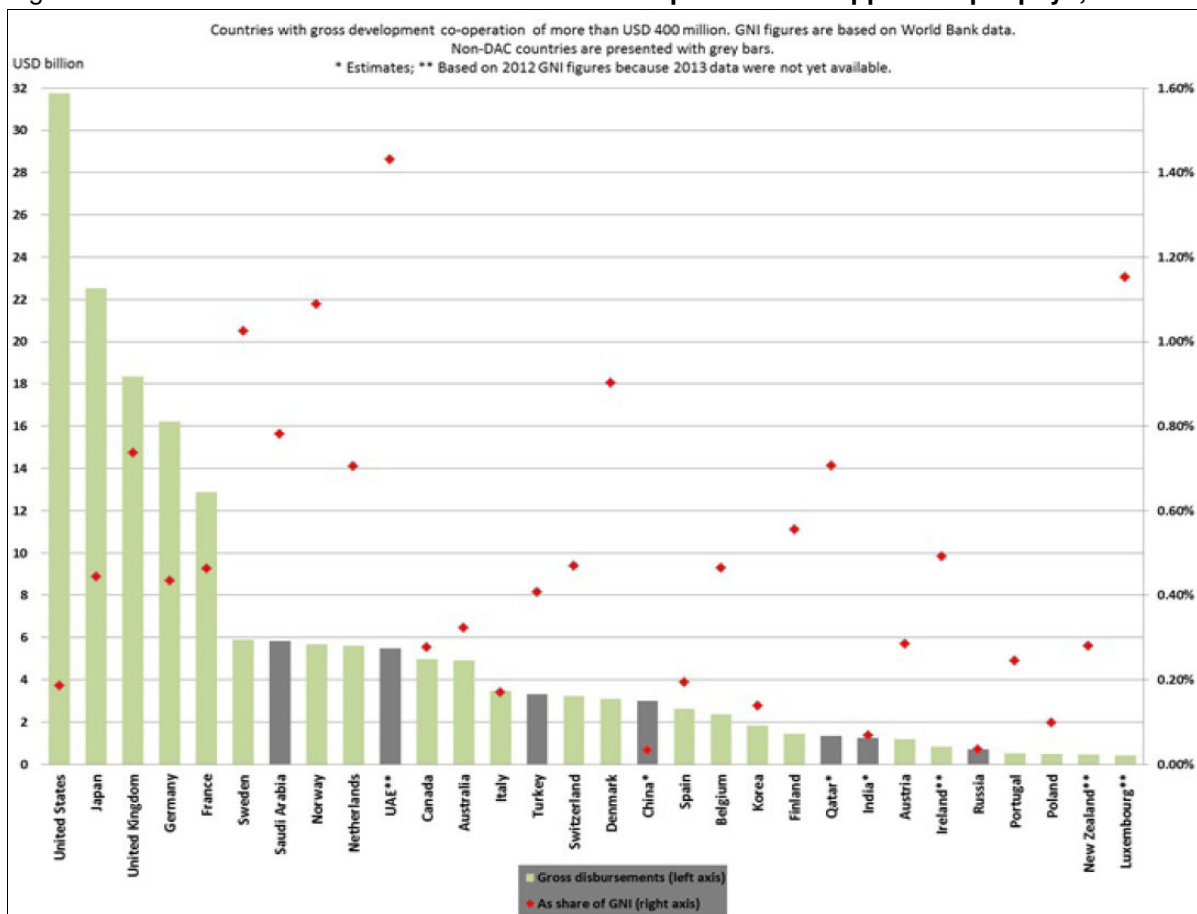
Le montant de leur APD dépend beaucoup des fluctuations du cours du pétrole. Il s'est ainsi beaucoup développé après le premier choc pétrolier et a ensuite décliné (graphique 5) pour augmenter à nouveau fortement jusqu'en 2014 (graphique 6). En 2013, ce groupe totalise une APD d'environ 12 milliards de dollars, soit près de 8% de l'APD totale. (OCDE, 2015). La récente chute des cours du pétrole risque toutefois d'impacter ce montant à l'avenir.

Figure 5. Répartition de l'APD nette entre groupes de donateur, 1979-2009



Source, OCDE « Measuring ODA: 50 years of DAC Statistics – 1969 -2011 »

Figure 6. Montant des financements concessionnels pour le développement par pays, 2013



Source, OCDE 2015

c) Les donateurs émergents.

Les pays émergents, désireux de développer leur influence et de s'assurer l'accès aux marchés de matières premières, ont également lancé des politiques d'APD. Le graphique 6 met ainsi en évidence les montants et l'effort d'APD de la Turquie, de la Chine, de l'Inde et de la Russie. Le montant d'APD a récemment beaucoup augmenté pour la Turquie avec la gestion des réfugiés liée au conflit syrien. La Chine, l'Inde et la Russie démontrent une forte volonté d'influence sur la scène internationale. D'autres pays émergents comme le Brésil, l'Afrique du Sud, la Colombie, le Mexique ou l'Indonésie développent des politiques d'APD sur leur zone d'influence, tout en restant parfois eux-mêmes dans la liste des bénéficiaires du CAD. La part du montant d'APD de ce groupe de donateurs est en 2013 légèrement supérieure à 3% de l'APD totale (OCDE, 2015).

3. Les bénéficiaires

Le CAD établit une liste intégrant tous les pays éligibles à l'APD, qui correspondent à tous les pays à revenu faible ou intermédiaire basé sur le revenu national brut (RNB) par habitant publié par la BM, à l'exclusion des membres du G8, de l'Union européenne (UE), et de ceux dont la date d'entrée dans l'UE est fixée. Les bénéficiaires de l'aide sont répartis en 4 catégories de pays par niveau de revenu et/ou critères de fragilité (voir également la liste des pays dans le tableau 1).

a) Les Pays les Moins Avancés (PMA).

Les pays les moins avancés sont les plus pauvres et les plus faibles du monde. Leur liste est établie par les Nations Unies sur la base de 3 critères :

- 1) « Niveau de revenu bas, calculé en fonction du PIB par habitant sur 3 ans;
- 2) Retard dans le développement humain, mesuré en tenant compte de la malnutrition, du taux de mortalité des enfants, de la scolarisation, et du taux d'alphabétisation;
- 3) Vulnérabilité économique, calculée en fonction de la taille de la population (ne doit pas excéder 75 millions), du degré d'isolement, des exportations, des différentes cultures agricoles, des catastrophes naturelles et de leurs incidences. » (Nations-Unies, 2015)

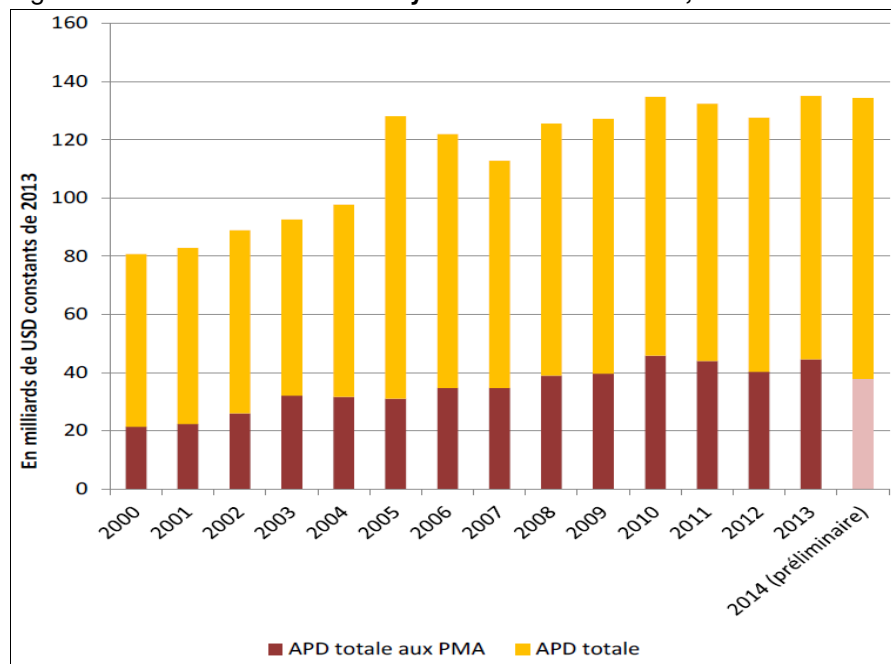
Il y a actuellement 48 pays classés comme PMA dont 34 en Afrique subsaharienne. Ils font l'objet d'une attention particulière de la part de la communauté internationale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Suivant les objectifs de l'ONU en faveur des PMA, les pays du CAD doivent notamment :

- "leur fournir entre 0,15 et 0,20 % du revenu national brut au titre de l'APD avant 2010;
- Annuler la dette trop lourde;
- Leur donner la priorité dans les programmes d'aide au développement à tous les niveaux;
- Augmenter la transparence et la responsabilisation quant à l'utilisation de l'aide ».

Comme l'illustre le graphique 7 (ci-dessous), les financements d'APD accordés aux PMA ont connu une forte augmentation entre 1996 et 2010, dynamisée par les annulations de dettes

durant cette période et la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), avant de se stabiliser.

Figure 7. **APD Totale vers les Pays les Moins Avancés, 2013**



Source : OCDE, 2015

b) Les Pays à Faible Revenu (PFR)

Les pays à revenu faible sont ceux dont le RNB par habitant est inférieur à 1045 \$ en 2013 et qui n'ont pas été intégrés à la liste des PMA. Cette dernière catégorie regroupe (en 2016) le Kenya, la République Démocratique et Populaire de Corée, le Tadjikistan et le Zimbabwe.

c) Les Pays à Revenus Intermédiaires Tranche inférieurs (PFRITI)

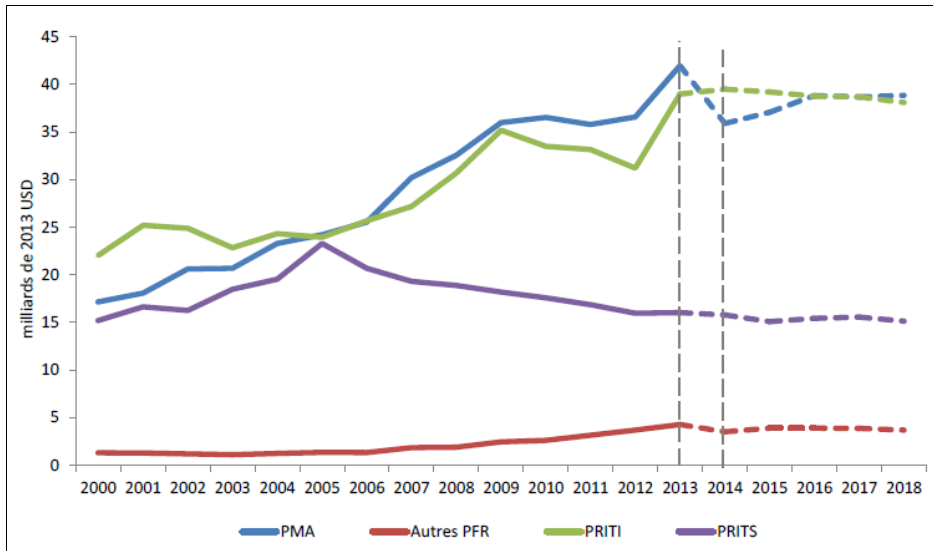
Les pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure sont ceux dont le RNB par habitant est compris entre \$ 1046 et 4125 \$ en 2013.

d) Les Pays à Revenu Intermédiaire Tranche Supérieure (PRITS)

Les pays à revenu intermédiaire tranche supérieure sont ceux dont le RNB par habitant est compris entre 4125 \$ et \$ 12 745 en 2013.

Le graphique 8 ci-dessous représente l'évolution de la répartition de l'aide programmable par catégorie de bénéficiaires. L'aide programmable a été créée par le CAD pour mieux définir le flux d'APD réellement affecté à un territoire. Elle est constituée de l'APD nette, diminuée des réductions de dette, des dépenses d'écolage, de réfugiés, de recherche et d'aide humanitaire, ainsi que des frais de gestion de l'aide et de financement des organisations non gouvernementales.

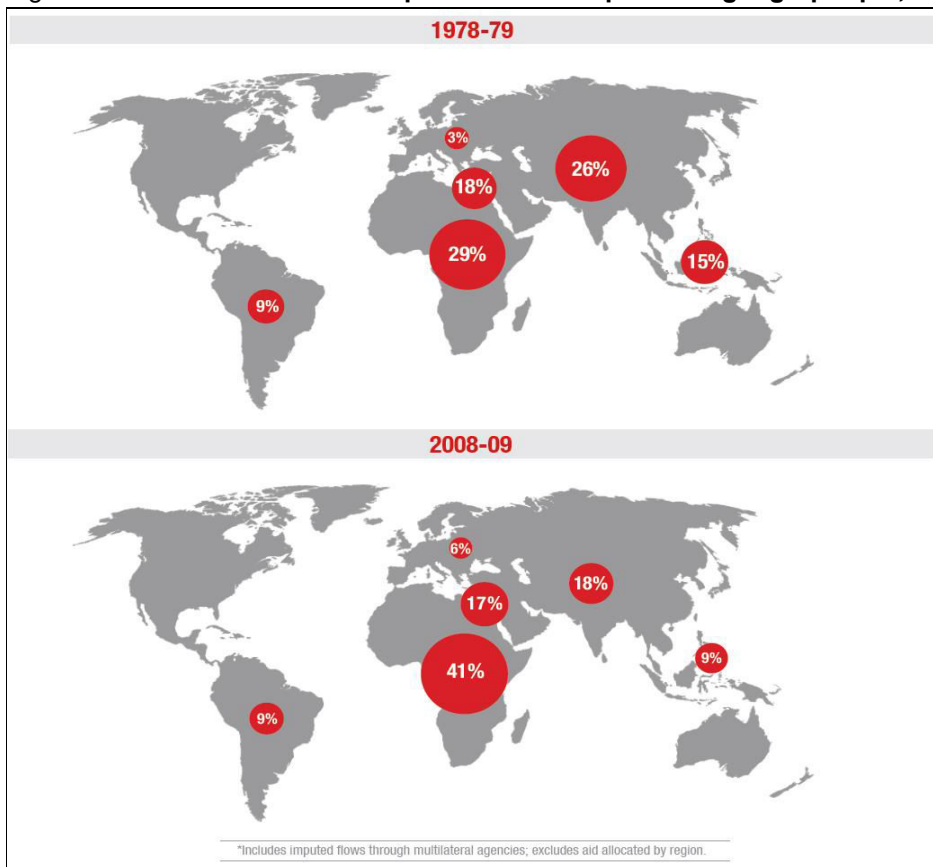
Figure 8. **APD Programmable par groupe de revenu, 2013**



Source : OCDE, 2015

Sur le plan géographique, l'aide est répartie en fonction du niveau de pauvreté, mais aussi de son intérêt stratégique pour les pays donateurs ou de sa taille. Comme le montre le graphique 9, le développement des pays asiatiques et le maintien de la pauvreté en Afrique subsaharienne a entraîné un basculement de l'aide vers l'Afrique.

Figure 9. **APD Evolution de la répartition d'APD par zone géographique, 1979-2009**



Source, OCDE « Measuring ODA: 50 years of DAC Statistics – 1969 -2011 »

Tableau 1, Liste des bénéficiaires établie par le CAD effective pour 2014, 2015 et 2016

Pays les moins avancés	Pays à faible revenu (RNB par habitant <= \$1 045 en 2013)	Pays et territoires à revenu intermédiaire tranche inférieure (RNB par habitant \$1 046-\$4 125 en 2013)	Pays et territoires à revenu intermédiaire tranche supérieure (RNB par habitant \$4 126-\$12 745 en 2013)
Afghanistan	Kenya	Arménie	Afrique du Sud
Angola	République populaire démocratique de Corée	Bolivie	Albanie
Bangladesh	Tadjikistan	Cameroun	Algérie
Bénin	Zimbabwe	Cabo Verde	Antigua-et-Barbuda ²
Bhoutan		Cisjordanie et bande de Gaza	Argentine
Burkina Faso		Congo	Azerbaïdjan
Burundi		Côte d'Ivoire	Bélarus
Cambodge		Égypte	Belize
Comores		El Salvador	Bosnie-Herzégovine
Djibouti		Géorgie	Botswana
Érythrée		Ghana	Brésil
Éthiopie		Guatemala	Chili ²
Gambie		Guyana	Chine (République populaire de)
Guinée		Honduras	Colombie
Guinée équatoriale		Inde	Costa Rica
Guinée-Bissau		Indonésie	Cuba
Haiti		Kirghizistan	Dominique
Iles Salomon		Kosovo	Équateur
Kiribati		Maroc	Ex-République yougoslave de Macédoine
République démocratique populaire lao		Micronésie	Fidji
Lesotho		Moldova	Gabon
Libéria		Mongolie	Grenade
Madagascar		Nicaragua	Iles Cook
Malawi		Nigéria	Iles Marshall
Mali		Ouzbékistan	Iran
Mauritanie		Pakistan	Iraq
Mozambique		Papouasie-Nouvelle-Guinée	Jamaïque
Myanmar		Paraguay	Jordanie
Népal		Philippines	Kazakhstan
Niger		République arabe syrienne	Liban
Ouganda		Samoa	Libye
République centrafricaine		Sri Lanka	Malaisie
République démocratique du Congo		Swaziland	Maldives
Rwanda		Tokélaou	Maurice
Sao Tomé-et-Principe		Ukraine	Mexique
Sénégal		Viet Nam	Monténégro
Sierra Leone			Montserrat
Somalie			Namibie
Soudan			Nauru
Soudan du Sud			Niue
Tanzanie			Palaos
Tchad			Panama
Timor-Leste			Pérou
Togo			République dominicaine
Tuvalu			Sainte-Lucie
Vanuatu			Sainte-Hélène
Yémen			Saint-Vincent-et-les-Grenadines
Zambie			Serbie
			Seychelles
			Suriname
			Thaïlande
			Tonga
			Tunisie
			Turkménistan
			Turquie
			Uruguay ²
			Venezuela
			Wallis-et-Futuna

Source, OCDE 2015

4. Modalités de mise en œuvre

L'APD peut être constituée de ressources financières ou en nature, auxquelles peuvent être attachées des conditionnalités en termes d'orientation, d'utilisation ou de mode de gestion.

Les instruments de mise en œuvre sont très diversifiés mais peuvent être regroupés en 5 grandes modalités (Charnoz et Severino, 2007) :

1. L'aide humanitaire d'urgence

Aide destinée à répondre au plus vite aux souffrances des populations affectées par des catastrophes humaines (guerres) ou naturelles (épidémie, séisme, tsunami sécheresse, inondation).

2. L'aide alimentaire

Aide accordée, en dehors des situations d'urgence, aux populations souffrant de sous-alimentation chronique, qui concerne 20% de la population mondiale.

3. L'aide projet

Modalité à travers laquelle le donateur finance les activités d'un projet de développement précis dont il contrôle chaque étape de réalisation.

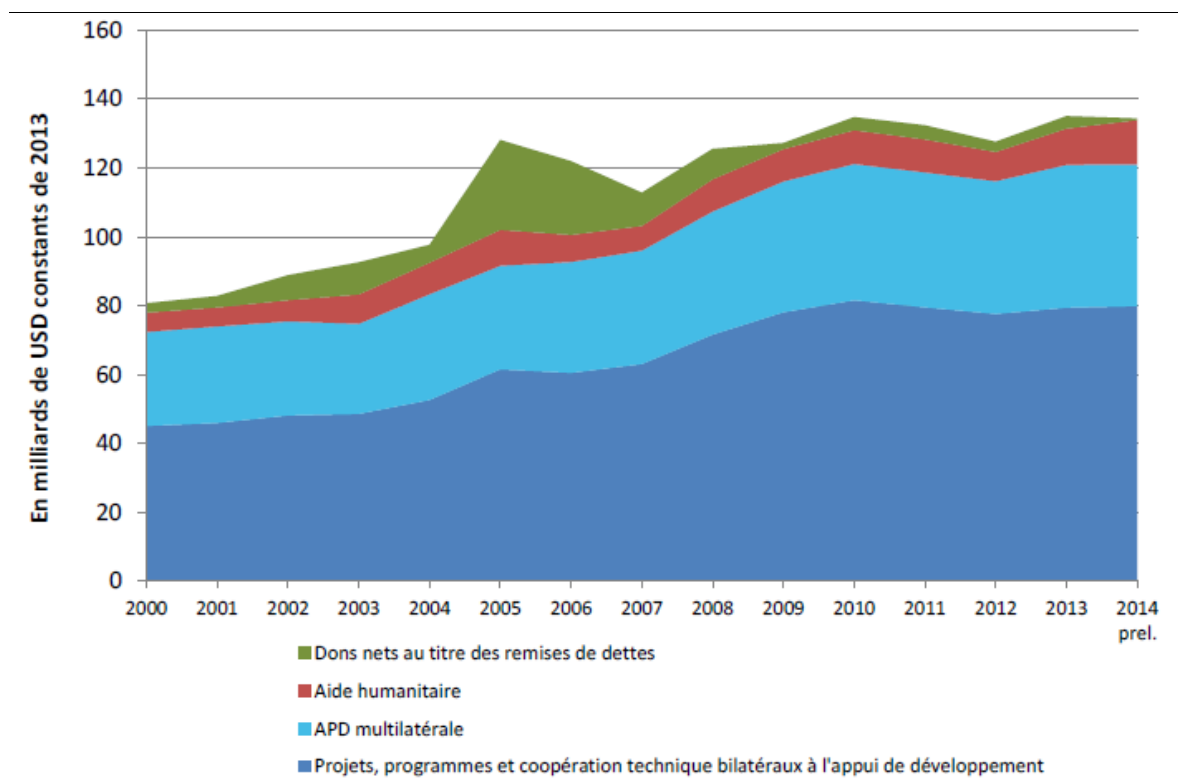
4. L'aide programme

Modalité qui regroupe un ensemble varié d'instruments impliquant un transfert de devises vers le pays récipiendaires (programme sectoriel, aide budgétaire, allègement de dette, soutien aux importations).

5. L'assistante technique

Modalité qui fournit des experts et des formations, souvent en accompagnement de la mise œuvre des autres modalités.

Figure 10. Répartition des modalités de l'APD nette des pays du CAD, 2013



Source : OCDE, 2015

Section 2 : Les grandes étapes de mise en œuvre de l'APD

1. Une politique publique issue de la reconstruction, de la décolonisation et de la guerre froide

L'origine de l'aide publique internationale remonterait au programme d'assistance des Etats Unis aux citoyens du Venezuela suite au tremblement de terre de 1812, dont les motivations associaient déjà l'humanisme d'un soutien à la population et l'opposition politique à l'Espagne coloniale. Par la suite, la valorisation par les Etats-Unis de leurs excédents agricoles en Amérique latine dans le cadre de la doctrine Monroe, comme les financements accordés par les puissances européennes à leurs colonies, seront souvent réalisés dans un objectif d'ouverture de nouveaux marchés (Hjertholm et White, 2000).

Pour Thérien (2002), la création de l'APD constitue l'une des innovations politiques les plus originales du 20^{ème} siècle. Elle s'appuie sur la croissance de l'aide privée internationale et la création des Etats providences pendant l'entre-deux guerres, pour véritablement émerger à l'issue de la seconde guerre mondiale avec la création en 1944 des Nations-Unies, des Institutions de Bretton Woods (FMI et BM), mais aussi d'ONG comme CARE et OXFAM, ou de l'UNICEF en 1946.

Le succès du plan Marshall, lancé en 1947 pour financer la reconstruction des pays européens à travers la fourniture d'une aide destinée à relancer l'investissement interne des pays partenaires, tout en stimulant les exportations américaines, constitue l'un des fondements de l'APD. Comme le souligne Jaquet et Naudet (2006) dans un article sur les fondements de l'aide : « *L'histoire de l'aide internationale est indissociable de celle de l'émergence des États-Unis comme superpuissance hégémonique pendant la Seconde Guerre mondiale. La perception du rôle central des États-Unis, très présente au moment de la reconstruction de l'après-guerre, avait conduit à celle d'une responsabilité majeure du pays, par ses politiques intérieures et extérieures, dans la mise en place d'un système international de paix et de prospérité partagées, propice à la reprise du commerce multilatéral.* » (*Rapport du CAE, p.52*)

Le modèle promu par le Plan Marshall correspond en particulier à la théorie du « take off » présentée par Rostow (1965) dans son livre sur les étapes de la croissance, dont le titre image bien la logique d'un décollage économique permettant ensuite à un pays de poursuivre son vol. Il constitue ce que Jaquet et Naudet (2006) appellent « le paradigme du développement ».

La guerre froide renforcera ensuite la volonté de création d'une large zone d'échange à même de promouvoir la supériorité du modèle capitaliste, faisant de l'APD un instrument au service de la stratégie politique d'endiguement du communisme. Parallèlement au dispositif d'aide multilatéral, l'administration américaine lancera en 1950, à travers la publication du « Act for International Development », un instrument de coopération bilatérale à même de renforcer la promotion de leurs intérêts économiques et stratégiques.

Les financements accordés par la Grande Bretagne aux pays du « Commonwealth » et par la France aux pays francophones du « pré carré » pour accompagner leur décolonisation, constitueront les autres grands flux d'aide publique de l'après-guerre. La vague des indépendances donnera ensuite à l'APD un nouvel objet favorisant l'arrivée de nouveaux donateurs comme le Japon, l'Allemagne, le Canada, les Pays-Bas, le Danemark et les pays scandinaves.

Le dispositif d'aide actuel est ainsi en grande partie toujours issu du système international créé après la fin de la seconde guerre mondiale, comme le résumait Jacquet et Naudet (2006) : « *La naissance de l'aide internationale résulte donc de l'instrumentalisation de la reconstruction au profit d'intérêts politico-stratégiques supérieurs, liés à la Guerre froide et à la décolonisation. L'aide publique au développement s'articule ainsi entre les institutions multilatérales mises en place après la Seconde Guerre mondiale pour appuyer la coopération internationale après une période de l'histoire marquée par des comportements prédateurs entre pays, et des politiques d'aide bilatérale conçues comme des instruments de la diplomatie* ». (2006, Rapport du CAE, p.54).

2. Les années 1960 et 1970 : l'institutionnalisation et le virage vers les besoins fondamentaux

Le début des années 1960 est marqué par une phase d'institutionnalisation. Le besoin de coordination des politiques d'APD entre des donateurs de plus en plus nombreux entraîne la création du Comité d'Aide au Développement placé auprès de l'OCDE (1960). Le besoin d'apporter des réponses spécifiques aux pays pauvres devenus indépendants entraîne la création de structures multilatérales comme l'Association Internationale de Développement, qui élargit les missions de la Banque Mondiale au développement des pays du sud, le Programme des Nations Unies pour le Développement (1961), la Banque interaméricaine de Développement (1959), la Banque Africaine de Développement (1964), ou la Banque Asiatique de Développement (1966).

Par ailleurs, au cours des années 1960, le développement des pays du tiers monde apparaît progressivement comme un enjeu plus complexe que ne l'était la reconstruction des pays européens, les politiques d'investissement ne générant ni les effets d'entraînement attendus en termes de croissance industrielle, ni l'effet de ruissellement espéré en termes de lutte contre la pauvreté.

Face à cet essoufflement, la BM crée en 1968 la Commission sur le Développement International, ou « Commission Pearson » du nom de l'ancien premier ministre canadien qui en assura la présidence. Son rapport souligne, au-delà de l'intérêt diplomatique des pays donateurs, l'obligation morale de redistribution vers les plus pauvres que constitue l'APD, et recommande l'adoption par les pays riches d'un objectif de 0,7 % du PIB des pays riches, qui sera voté par l'Assemblée Générale de Nations Unies en 1970 et constitue toujours aujourd'hui un objectif de référence. Le rapport souligne également le risque que des politiques commerciales favorables aux pays riches ne viennent contrebalancer l'impact de l'aide sur le développement.

Politiquement les années 1960 et 1970 sont marquées par le débat sur la mise en place du Nouvel Ordre Economique International, promu par le mouvement des non-alignés qui constitue la principale représentation des pays bénéficiaires. Tout en apportant peu de changements concrets, ce débat ouvre un nouvel espace de dialogue entre les donateurs et les bénéficiaires dont les revendications s'appuient sur la théorie de la dépendance.

D'inspiration marxiste, cette théorie soutient que le sous-développement est la conséquence d'un processus historique mis en place par les pays du nord et qui a pour résultat la dépendance économique des pays du sud (Furtado, 1963, Amin 1973). Pour rééquilibrer l'égalité des chances, les revendications des non-alignés sont notamment l'accès aux nouvelles technologies sans paiement de brevets, le droit d'exporter en franchise douanière et de se protéger des importations, l'obtention de prêts à long terme et à faible taux d'intérêt, ou encore la mise en place de mécanismes de stabilisation des cours des matières premières. Au niveau organisationnel ces demandes sont portées par la Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) créée à Genève en 1964.

Dans cette période les PED font également face à une persistance de la pauvreté, à une urbanisation rapide et à une augmentation du chômage. Pour y répondre, des approches sectorielles ciblant « la satisfaction des besoins essentiels » sont mises en avant par les principaux donateurs sous l'impulsion de la BM. De nombreux projets ciblent alors des approches de développement intégré (agriculture, santé, éducation, logement), dans les zones rurales où se situe la majorité des populations.

Cette période est donc marquée par un « paradigme redistributif » pour lequel l'aide devient une politique de redistribution payée par les pays riches et ciblant une pauvreté devenue un enjeu mondial. Elle transpose ainsi au niveau international les politiques redistributives mises en œuvre dans les Etats providences des pays du nord.

D'après Thérien (20002) l'approche des besoins essentiels a souvent été considérée comme un échec, les principales raisons soulevées étant le manque de consensus sur la définition de ces besoins, la non implication des donateurs bilatéraux, et le manque d'implication des pays bénéficiaires qui voyaient dans cette approche un contournement de leurs revendications en faveur d'un Nouvel Ordre économique International.

3. Les années 1980 - 1990 : la révolution néolibérale et la conditionnalité

L'APD connaît une rupture dans les années 1980, marquées par l'arrivée au pouvoir de Margareth Thatcher en Grande Bretagne (1979) puis de Ronald Reagan aux Etats-Unis (1981), tous les deux porteurs d'une idéologie désireuse de limiter le rôle de l'Etat tout en renforçant celui du marché.

Après une forte période d'endettement favorisée par le recyclage des pétrodollars, le second choc pétrolier en 1979, suivi de politiques monétaires de lutte contre l'inflation et d'une augmentation des taux d'intérêt, ont alors entraîné les pays en développement dans une crise de la dette qui augmenta de 639 à 1341 milliards de dollars entre 1980 et 1990 (Therien, 2002).

La pensée néokeynésienne va ainsi céder la place à l'école monétariste dont l'une des principales figures est Milton Friedman de l'école d'économie de l'Université de Chicago. Certains Etats, comme le Chili dirigé par Augusto Pinochet, confieront leur politique économique aux « Chicago Boys », constituant un terrain d'expérimentation d'un néolibéralisme en plein essor (Valdes, 1995).

Pour cette idéologie néolibérale, la crise d'endettement des pays en développement sera présentée comme un échec lié à l'interventionnisme politique des Etats. L'APD devra donc favoriser le principe d'une diminution du rôle de l'Etat et d'un renforcement de l'économie de marché. Comme l'exposent Jacquet et Naudet (2006, p.60, Rapport du CAE) :

« Pour réduire la pauvreté, il faut d'abord restaurer les grands équilibres macroéconomiques, ouvrir et libéraliser l'économie, réduire le poids de l'État, réformer les institutions et la gouvernance et éliminer les distorsions empêchant les marchés de fonctionner correctement. L'aide va de ce fait financer l'ajustement macroéconomique des principaux pays endettés, afin de contribuer à corriger les déséquilibres des paiements et mettre fin à la spirale de l'endettement. Sous une conditionnalité exigeante de stabilisation macroéconomique et d'ajustement structurel, résumée par le « consensus de Washington » (Williamson, 1990 et 2000), l'aide au développement, dans les années quatre-vingt va en fait partiellement refinancer la dette, c'est-à-dire contribuer à éviter les risques que l'incapacité des débiteurs à honorer le service de leur dette fait peser sur le système financier international et permettre aux pays en développement de financer leurs balances des paiements ».

Pour Williamson (1990) le « Consensus de Washington » définit « le Washington politique du Congrès et des membres importants de l'administration et le Washington technocratique des institutions financières internationales, des agences économiques du gouvernement, de la Federal Reserve Bank et leurs conseillers ».

L'APD sera alors conditionnée à la réalisation d'importants programmes d'ajustement budgétaire, de privatisations et d'ouverture commerciale que les Etats doivent s'engager à mettre en œuvre pour rester éligibles aux financements du FMI, éligibilité qui conditionne également l'obtention de prêts auprès d'autres institutions comme la BM.

De nombreux chefs d'Etat et ministres des finances ont ainsi adressé au FMI une lettre d'intention précisant les réformes qu'ils souhaitaient mettre en œuvre et qui correspondaient précisément à celles préconisées par les Institutions de Bretton Woods (IBS). Ces accords ensuite établis restaient confidentiels et non soumis aux procédures constitutionnelles des Etats. Si aucune sanction juridique n'était définie en cas de non-respect de l'accord, la menace de sanction restait assurée par les clauses de « résiliation » ou de « révision » prévues par les accords.

La chute de la croissance dans de nombreux pays et l'impact social des ajustements budgétaires seront ensuite dénoncés par certaines institutions internationales. Une étude publiée en 1987 par l'UNICEF : « adjustment with a human face » soulignera notamment l'impact dévastateur des coupes budgétaires sur les secteurs de la santé et de l'éducation, dont les principales victimes sont les groupes vulnérables, en particulier les femmes et les

enfants. Afin de mieux intégrer les dimensions sociales dans les politiques de développement, le PNUD créera en 1990 l'Indice de Développement Humain (IDH) qui évalue le développement humain des pays sur base du PIB par habitant, de l'espérance de vie à la naissance et du niveau d'éducation.

La critique des ajustements structurels sera également largement portée par les ONG dont le pouvoir s'est considérablement renforcé pendant cette période. Cette société civile en plein essor fera émerger de nouveaux sujets comme l'environnement, le genre et la promotion des droits humains.

Sur le plan des pratiques de l'aide, cette période attribue à l'APD le rôle d'appui à la mise en place de « bonnes politiques », qui sera depuis au centre du débat sur l'efficacité de l'aide et l'utilisation de la conditionnalité. Pour reprendre Jacquet et Naudet (2006) :

« C'est une approche d'économie politique qu'il faut adopter en la matière : l'impact de l'aide extérieure sur la réforme des politiques nationales n'est pas mécanique, mais passe par le renforcement de tel ou tel groupe d'intérêt interne ou de telle partie du gouvernement qui jouera un rôle déterminant et fera pencher l'équilibre des forces en faveur de la réforme. Aussi faut-il sortir des conclusions globales sur l'efficacité de l'aide en la matière, mais adopter une approche au cas par cas, incompatible avec toute généralisation ».

Plusieurs travaux illustreront cette approche à travers l'exemple du plan Marshall, soulignant que le montant global limité du plan ne peut être à l'origine du succès de la reconstruction, qui serait en réalité associée à la qualité des politiques mises en place par les gouvernements, pour laquelle le plan constituait un cadre d'incitation favorable (Hogan, 1987, DeLong et Eichengreen, 1991 et Eichengreen et Uzan, 1992)

Cette période met ainsi l'accent sur la pratique de la conditionnalité, mais aussi sur l'utilisation d'instruments adaptés à cette approche d'économie politique, comme l'assistance technique.

4. Les années 1990 - 2000 : la bonne gouvernance et la lutte contre la pauvreté

Le nouveau paradigme des années 2000 est marqué par l'impact social des politiques néolibérales mises en œuvre dans les décennies précédentes. Maintien de la pauvreté en Afrique, faible croissance en Amérique latine, libéralisation rapide des anciens pays du bloc soviétique entraînant une importante diminution de l'espérance de vie, crise asiatique qui replonge des populations dans la pauvreté dont elles venaient de sortir.

Malgré un discours officiel de la BM affirmant que « l'ajustement marche », la communauté reconnaît peu à peu qu'il a engendré un sous-investissement en capital matériel et humain, des libéralisations commerciales et financière hâtives, et des privatisations souvent entachées de malversations au bénéfice des entreprises du nord (Severino, 2001).

L'étude de ces dysfonctionnements, associée à l'essor des approches du « New Public Management » et de l'économie politique de l'aide, fera émerger le thème de la « bonne

gouvernance » censé favoriser la mise en place d'une « bonne gestion » et de « bonnes politiques ». Le rôle des institutions dans la mise en place d'un environnement à même de garantir le respect des règles de droit, des droits de propriété, de la stabilité des droits et règlement ou de la lutte contre la corruption, sera particulièrement mis en avant.

Plus profondément, la fin de la guerre froide prive l'aide de sa principale justification car « la fidélisation et la clientélisation de pays du Tiers monde ne sont plus perçues comme des enjeux essentiels par les décideurs politiques » (Severino, 2001). La perte de cet ancrage politico stratégique, associée à la marginalisation financière de l'APD face à l'augmentation des financements privés en direction du sud (hors Afrique subsaharienne), facilitent la montée de critiques de tous bords. Les critiques libérales accusent l'aide de distordre les marchés et de déresponsabiliser les pays, pendant que les critiques de gauche l'accusent d'imposer la mise en œuvre de réformes néolibérales. Les critiques managériales soulignent son inefficacité au travers du rapport aide transférée/résultats obtenus, alors que la société civile dénonce les soutiens à des régimes dictatoriaux et la déconnection entre les institutions publiques et la réalité.

La réponse sera l'affichage d'un nouvel objectif : la lutte contre la pauvreté. Comme le résume Severino (2001, p.3) :

« Face à cette avalanche [de critiques] et à l'extraordinaire succès médiatique et financier qu'ont parallèlement rencontré tous les organismes, publics comme privés, d'assistance humanitaire, le thème de la lutte contre la pauvreté est apparu, aux yeux des institutions publiques d'aide au développement, comme le seul qui pût les réconcilier avec des opinions publiques sensibles aux chocs médiatiques, acceptant des interventions à l'étranger sur des bases fortement émotionnelles, et exigeant des retours sur investissement concrets et rapides, qu'ils soient politiques, moraux ou financiers. Et c'est ainsi que successivement la BM, le FMI, la Commission européenne, les banques régionales de développement et de puissants bailleurs de fonds bilatéraux comme le Japon ont adopté la lutte contre la pauvreté au Sud comme leur mission centrale. »

La lutte contre la pauvreté devient dès lors l'objet central de l'aide. Son adoption par les banques de développement nécessitera le soutien de nombreux travaux économiques pour intégrer la lutte contre la pauvreté dans le « paradigme du développement ». Ces travaux s'appuieront en particulier sur la théorie de la croissance endogène, qui place le capital humain comme un des facteurs clé de la compétitivité à long terme des pays. La mise en valeur de l'impact des investissements sociaux sur la croissance permettra ainsi d'aligner cette nouvelle mission avec le statut des banques de développement.

Durant cette période, la société civile devient également un élément essentiel de l'APD, grâce au rôle de premier plan que jouent désormais les Organisations de Solidarités Internationales (OSI) et des Fondations privées. Ces nouveaux acteurs vont continuer à mettre au premier plan les sujets de l'environnement et la promotion des droits humains. Ils défendront également le principe de la légitimité démocratique des Etats bénéficiaires comme le fondement de la « bonne gouvernance ».

Cette vision plus sociale est particulièrement explicite dans un ambitieux document de politique du CAD de l'OCDE publié en 1996 et intitulé « Le rôle de la coopération pour le développement à l'aube du XXIème siècle », établi sur la base des conclusions de plusieurs conférences des Nations-Unies dans les années 1990. Le document identifie trois axes d'interventions prioritaires (la réduction de la pauvreté, le développement social et l'environnement) et fixe des objectifs à atteindre à l'horizon 2015.

Pour Thérien (2002), ce document représente une étape unique dans l'histoire de l'aide au développement :

"In a number of respects, Shaping the 21st Century represented a first in the history of aid. Never before had donors agreed on so global an action program. Never before had a strategy of international assistance enjoyed political support on so high a level. And never before had NGOs had such an influence on the elaboration of government policies".

Ce basculement vers les priorités sociales voit son apogée lors de l'adoption des Objectifs du Millénaire sur le Développement. Ainsi, le 8 septembre 2000, 193 pays adoptaient à New York une résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, appelée "Déclaration du Millénaire". Cette déclaration définit une vision à l'horizon 2015 d'un monde presque débarrassé de l'extrême pauvreté, un monde où, grâce à la scolarisation universelle, il y aurait l'égalité des chances pour les filles et les garçons tant à l'école que plus tard dans la vie socio-économique et politique, un monde où les mères meurent moins en donnant la vie, un monde préservant l'avenir des générations futures à travers la conservation des ressources naturelles, un monde plus équitable, plus juste et plus solidaire envers les pays en voie de développement. En un mot : " un monde meilleur pour tous !".

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) contenus dans cette "Déclaration du Millénaire" sont un affinement des objectifs internationaux dérivés des accords et résolutions des conférences des Nations Unies tenues au cours des années 90. Les OMD originels constituent une plate-forme minimum de huit objectifs, déclinés en dix-huit cibles ou sous objectifs quantifiés. Des discussions menées au niveau international ont permis de définir un ensemble de quarante-huit indicateurs consensuels permettant de mesurer les progrès accomplis par les différents pays dans la mise en œuvre de ces objectifs.

Les OMD entérinent également une rupture fondamentale en ciblant les populations bénéficiaires et non plus leur gouvernement. Les politiques d'aide sont donc désormais financées par les contribuables au profit d'autres personnes. Les gouvernements émetteurs et receveurs seront dès lors considérés (et modélisés) comme des agents, dont les intérêts devront être alignés par des instruments de contrôle.

Au cours des années 2000, à l'issue d'un grand basculement vers le financement des secteurs sociaux, une demande en faveur du financement de projets d'infrastructure se manifeste, notamment par les pays bénéficiaires à travers des initiatives comme le New Economics Partnership for African Development (NEPAD).

La BM relance également à cette période le débat sur la nécessité de stimuler la croissance pour lutter contre la pauvreté, comme l'illustre la campagne de communication du working paper « Growth is still good for the poor » (Dollar, 2003). Au cours des années suivantes, les programmes de soutien à la croissance sont ainsi réapparus comme un pilier des Stratégies de Réduction de la Pauvreté des Etats récipiendaires.

Severino et Charnoz (2010) proposent une synthèse de ces grandes périodes de l'aide entre 1950 et 2015 à travers l'évolution des thématiques, des éléments idéologiques, des stratégies d'intervention, de son rôle, et des concepts et théories mobilisées.

Tableau 2, **Evolution des doctrines de l'aide (1950 – 2015)**

	1950-1965	1965-1980	1980-1999	2000-2015
Grandes thématiques	Industrie et infrastructures	Besoins fondamentaux, développement rural	Ajustement structurel	Lutte contre la pauvreté, bonne gouvernance, environnement
Eléments Idéologiques	Planification, étatismes Priorités économiques	Etatisme Priorités sociales	Reflux de l'Etat Recours aux marchés Priorités financières	Equilibre Etat/marchés Priorités sociales
Stratégies	Volontarisme d'Etat Industries lourdes Import-substitution	Rééquilibrage agriculture/industrie Début de promotion des exportations Lutte contre la pauvreté par satisfaction des « besoins fondamentaux » (services sociaux)	Stabilisation financière et macroéconomique Equilibre extérieur (balance des paiements) Equilibre intérieur (budgétaire et monétaire) Libéralisation, privatisation, dérégulation Promotion des exportations	Objectifs du Millénaires pour le Développement Lutte contre la corruption Renforcement des institutions Résurgence de la lutte contre la pauvreté comme priorité
Rôle de l'APD	Transfert de ressources Accumulation de capital productif Soutien aux stratégies de planification Projets d'infrastructures Aide à la création d'industries de base	Redistribution sociale par les services de base Programmes intégrés de développement rural Assistance technique	Ajustement structurel et stabilisation macroéconomique Prêts macroéconomiques Conditionnalité portant sur des réformes structurelles	Réduction et annulation de dettes Aide budgétaire Aide sectorielle Financement récurrent de services publics
Concepts et théories	« Etapes de la croissance » Décollage (take-off) ICOR Double déficit (épargne, devises) Dualisme économique (agriculture/industrie)	Croissance équilibrée (agriculture/industrie) Liens intersectoriels Besoins essentiels Coût de l'homme Secteur informel Théorie de la dépendance Nouvel ordre économique international	Monétarisme (école de Chicago, réduction du rôle de l'Etat) Lien exportation/croissance <i>En décalage :</i> Croissance endogène Capital humain Economie institutionnelle Imperfections de marché	Critique de l'ajustement structurel (« ajustement à visage humain ») Critique des conditionnalités Rôle des institutions Economie de la corruption Relation démocratie/croissance Capital social

Source : Charnoz et Severino (2007) adapté de Thornbecke (2000)

Section 3 : Des OMD aux Objectifs de Développement Durable (ODD)

1. Le bilan des OMD

En donnant à la Communauté internationale des objectifs de développement clairs, mesurables et assortis d'une date buttoir (2015), les OMD ont permis de relancer la dynamique de l'aide en mobilisant les dirigeants sur le thème de la lutte contre la pauvreté.

Toutefois, même si de nombreuses cibles ont été atteintes au niveau global (tableau 3), l'analyse des résultats met en avant de très fortes disparités entre les objectifs, entre les zones géographiques (tableau 3), et entre les catégories de population ciblées au sein des pays. La réduction de l'extrême pauvreté est par exemple principalement liée aux résultats de la Chine et de l'Inde, mais n'est pas atteinte dans la majorité des PMA.

Le secrétaire général adjoint aux affaires économiques et sociales des Nations-Unies souligne ainsi dans le rapport d'évaluation des OMD en 2015¹ :

« Malgré de nombreux succès, les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables sont laissées de côté :

- l'inégalité entre les sexes persiste... ;
- ...des écarts importants existent entre les ménages les plus pauvres et les plus riches, et entre les zones rurales et urbaines... ;
- ...des millions de personnes pauvres souffrent encore de la faim et n'ont pas accès aux services de base.

En dépit d'énormes progrès, même aujourd'hui, près de 800 millions de personnes vivent encore dans une extrême pauvreté et souffrent de la faim. Plus de 160 millions d'enfants de moins de cinq ans ont une taille inadaptée à leur âge à cause d'une alimentation insuffisante. Actuellement, 57 millions d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire ne sont pas scolarisés. Près de la moitié de la population active dans le monde travaille encore dans des conditions précaires, bénéficiant rarement de prestations associées à un travail décent. Environ 16 000 enfants meurent chaque jour avant leur cinquième anniversaire, le plus souvent de cause évitable. Le taux de mortalité maternelle des régions en développement est 14 fois plus élevé que celui des régions développées. La moitié seulement des femmes enceintes des régions en développement reçoit le minimum recommandé de 4 visites de soins prénatals. On estime que seulement 36% des 31,5 millions de personnes vivant avec le VIH dans les régions en développement recevait un traitement antirétroviral. En 2014, une personne sur trois (soit 2,4 milliards) utilise encore des installations sanitaires non améliorées, dont 946 millions défèquent encore à l'air libre. Aujourd'hui, on estime que plus de 880 millions de personnes vivent dans des taudis dans les villes du monde en développement ».

Les analyses de ces disparités de résultats apportent plusieurs éclairages sur les politiques d'APD mises en œuvre pour les atteindre :

¹ http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf

- Les principaux succès ont été remportés dans les pays émergents ayant connus une forte croissance durant cette période, en particulier la Chine et l'Inde, pour lesquels le rôle de l'APD est marginal ;
- Les principaux succès rencontrés dans les pays bénéficiaires de l'APD sont les pays à revenus intermédiaires, en Asie du Sud Est, Amérique latine et l'Afrique du Nord ;
- Les faibles résultats se concentrent dans les PMA, en particulier en Afrique subsaharienne ;
- Dans les PMA, les résultats obtenus sont très faibles auprès des populations les plus défavorisées et dans les zones rurales, où le déploiement de politiques publiques est complexe et la pauvreté multiforme.
- Dans les PMA, beaucoup d'acteurs de la société dénoncent la dégradation de la qualité des services de bases qui résulte d'un déploiement quantitatif mis en œuvre pour atteindre les OMD. L'exemple d'enseignants malformés et sous-payés face à des classes surchargées est régulièrement présenté en Afrique subsaharienne.
- Les crises environnementales liées au réchauffement climatique dans les zones vulnérables font chuter chaque année de nombreuses personnes dans la pauvreté.

Dès lors, on peut se demander si le management par objectif inhérent à la logique des OMD, constitué d'un nombre limité d'indicateur quantitatif, n'a pas entraîné une concentration des ressources vers les activités permettant d'avoir le maximum d'impact sur les résultats.

En tous les cas, ces résultats attestent que l'amélioration des résultats en faveur des OMD nécessite aujourd'hui le financement d'activités ciblées vers les PMA et vers les populations les plus vulnérables.

Tableau 3, Evaluation de la mise en œuvre des OMD, Nations Unies, 2015

Objectifs et cibles	Afrique		Asie				Océanie	Amérique latine et Caraïbes	Caucase et Asie centrale
	du Nord	subaharienne	de l'Est	du Sud-Est	du Sud	de l'Ouest			

OBJECTIF 1 | Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Réduire de moitié l'extrême pauvreté	pauvreté faible	pauvreté très forte	pauvreté faible	pauvreté modérée	pauvreté très forte	pauvreté faible	—	pauvreté faible	pauvreté faible
Emploi productif et décent	large pénurie	très large pénurie	pénurie modérée	large pénurie	large pénurie	large pénurie	très large pénurie	pénurie modérée	légère pénurie
Réduire la faim de moitié	faim faible	faim forte	faim modérée	faim modérée	faim forte	faim modérée	faim modérée	faim modérée	faim modérée

OBJECTIF 2 | Assurer l'éducation primaire pour tous

Scolarité primaire universelle	scolarisation élevée	scolarisation modérée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation élevée
--------------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

OBJECTIF 3 | Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Scolarisation égale des filles à l'école primaire	proche de la parité	proche de la parité	parité	parité	parité	proche de la parité	proche de la parité	parité	parité
Part des femmes dans la main-d'œuvre rémunérée	part faible	part moyenne	part importante	part moyenne	part faible	part faible	part moyenne	part importante	part importante
Représentation féminine dans les parlements nationaux	représentation modérée	représentation modérée	représentation modérée	faible représentation	faible représentation	faible représentation	très faible représentation	représentation modérée	faible représentation

OBJECTIF 4 | Réduire la mortalité des enfants

Réduire des deux tiers la mortalité des moins de 5 ans	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité faible
--------------------------------------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------	-------------------	------------------	------------------

OBJECTIF 5 | Améliorer la santé maternelle

Réduire des trois quarts la mortalité maternelle	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité faible
Accès à la médecine procréative	accès modéré	accès faible	accès élevé	accès modéré	accès modéré	accès modéré	accès faible	accès élevé	accès modéré

OBJECTIF 6 | Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Stopper le VIH/sida et inverser la tendance actuelle	incidence faible	incidence élevée	incidence faible	incidence faible	incidence faible	incidence faible	incidence faible	incidence faible	incidence faible
Stopper la tuberculose et inverser la tendance actuelle	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée

OBJECTIF 7 | Assurer un environnement durable

Réduire de moitié la population sans eau potable améliorée	couverture élevée	couverture faible	couverture élevée	couverture élevée	couverture élevée	couverture élevée	couverture faible	couverture élevée	couverture modérée
Réduire de moitié la population sans assainissement	couverture modérée	très faible couverture	couverture modérée	couverture faible	très faible couverture	couverture élevée	très faible couverture	couverture modérée	couverture élevée
Améliorer la vie des habitants de taudis	faible proportion d'habitants de taudis	proportion très élevée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	—

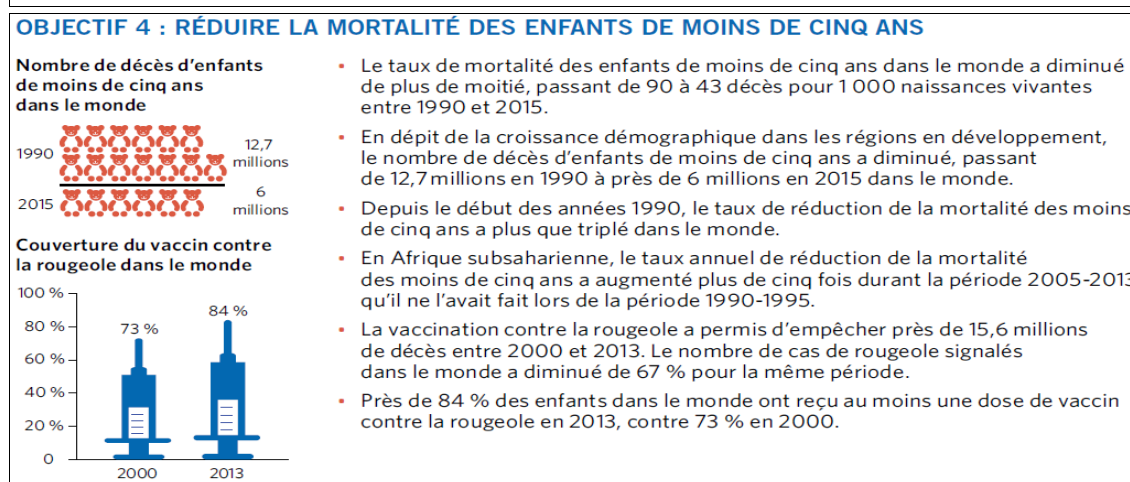
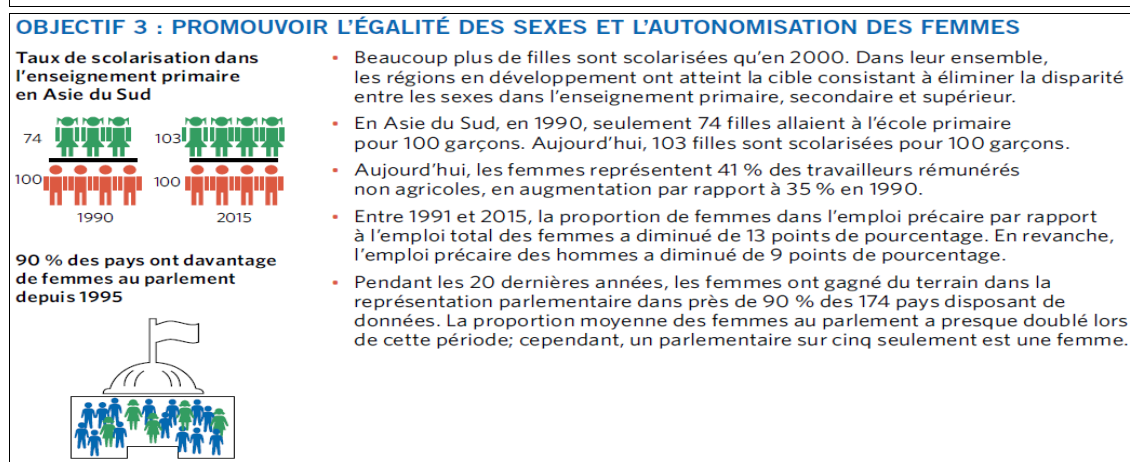
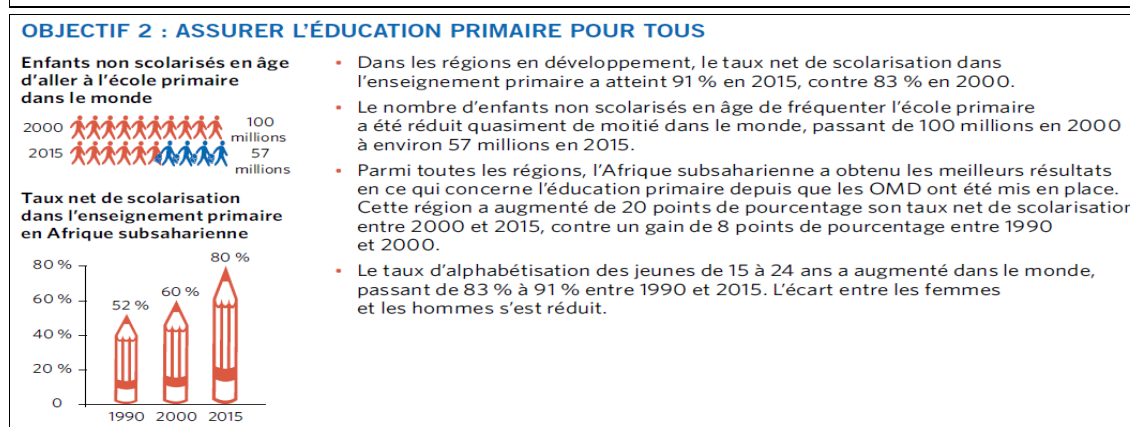
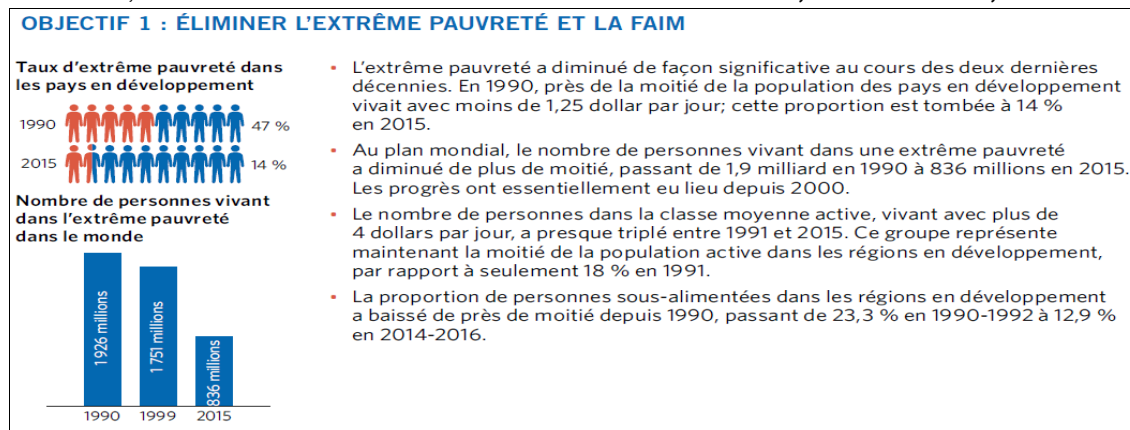
OBJECTIF 8 | Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Utilisateurs d'internet	utilisation modérée	faible utilisation	utilisation élevée	utilisation modérée	faible utilisation	utilisation élevée	faible utilisation	utilisation élevée	utilisation élevée
-------------------------	---------------------	--------------------	--------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Ce tableau donne des informations à deux niveaux. L'explication dans chaque case indique le niveau actuel de développement. Les couleurs montrent la tendance vers la réalisation de la cible, selon la légende ci-dessous :

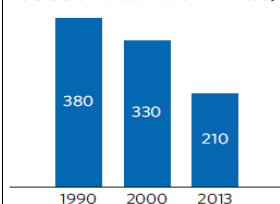
■ Objectif atteint ou grandes avancées	■ Progrès insuffisants ou détérioration
■ Progrès importants	■ Données manquantes ou insuffisantes
■ Progrès satisfaisants	

Tableau 4, Succès rencontrés dans la mise en œuvre des OMD, Nations Unies, 2015



OBJECTIF 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

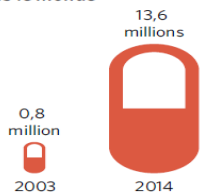
Taux de mortalité maternelle dans le monde (décès pour 100 000 naissances vivantes)



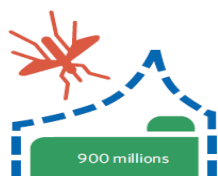
- Depuis 1990, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % dans le monde; la plus grande partie de cette diminution a eu lieu depuis 2000.
- En Asie du Sud, le taux de mortalité maternelle a diminué de 64 % entre 1990 et 2013; il a chuté de 49 % en Afrique subsaharienne.
- En 2014, plus de 71 % des naissances dans le monde ont été assistées par un personnel soignant qualifié, en augmentation par rapport à 59 % en 1990.
- En Afrique du Nord, la proportion de femmes enceintes qui ont reçu au moins quatre visites prénatales est passée de 50 % à 89 % entre 1990 et 2014.
- Dans le monde, l'usage de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, est passé de 55 % en 1990 à 64 % en 2015.

OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Traitement antirétroviral dans le monde



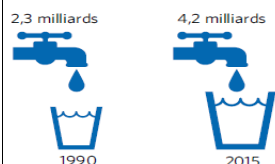
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide livrées en Afrique subsaharienne, 2004-2014



- Les nouvelles infections au VIH ont chuté de près de 40 % entre 2000 et 2013, passant, selon les estimations, de 3,5 à 2,1 millions de cas.
- Dans le monde, en juin 2014, 13,6 millions de personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral, une immense augmentation par rapport à seulement 800 000 personnes en 2003. Le traitement antirétroviral a permis d'éviter 7,6 millions de décès dus au sida entre 1995 et 2013.
- Plus de 6,2 millions de décès dus au paludisme ont été évités entre 2000 et 2015, principalement chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne. On estime que le taux d'incidence du paludisme dans le monde a chuté de 37 % et le taux de mortalité de 58 %.
- Entre 2004 et 2014, plus de 900 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été livrées aux pays d'Afrique subsaharienne où le paludisme est endémique.
- Entre 2000 et 2013, les actions de prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose ont sauvé environ 37 millions de personnes. Le taux de mortalité due à la tuberculose a diminué de 45 % et le taux de prévalence de 41 % entre 1990 et 2013.

OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

1,9 milliard de personnes supplémentaires ont l'eau potable courante depuis 1990



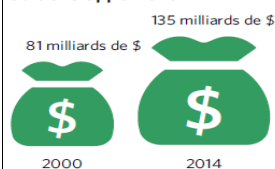
98 % des substances appauvrissant la couche d'ozone ont été éliminées depuis 1990



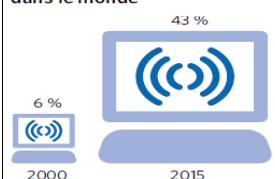
- Les substances appauvrissant la couche d'ozone ont été pratiquement toutes éliminées depuis 1990, et la couche d'ozone devrait se reconstituer d'ici au milieu du siècle.
- Dans de nombreuses régions, les zones terrestres et marines protégées ont augmenté considérablement depuis 1990. En Amérique latine et Caraïbes, la couverture des zones terrestres protégées a augmenté de 8,8 % à 23,4 % entre 1990 et 2014.
- En 2015, 91 % de la population mondiale utilise une source d'eau potable améliorée, contre 76 % en 1990.
- Parmi les 2,6 milliards de personnes ayant obtenu un accès à une source d'eau potable améliorée depuis 1990, 1,9 milliard avaient l'eau courante. Plus de la moitié de la population mondiale (58 %) bénéficie maintenant de meilleurs services.
- Au plan mondial, 147 pays ont atteint la cible sur l'eau potable, 95 pays ont atteint la cible sur l'assainissement, et 77 pays ont atteint les deux cibles.
- Au niveau mondial, 2,1 milliards de personnes ont accès à un service d'assainissement amélioré. La proportion de personnes déféquant à l'air libre a diminué de près de moitié depuis 1990.
- La proportion de la population urbaine des régions en développement vivant dans des taudis est passée de 39,4 % en 2000 à 29,7 % en 2014.

OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT

Aide publique au développement



Pénétration d'Internet dans le monde



- Les pays développés ont accru leur aide publique au développement de 66 % en termes réels entre 2000 et 2014, atteignant 135,2 milliards de dollars.
- En 2014, le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède ont continué à dépasser la cible des Nations Unies pour l'aide publique au développement de 0,7 % du revenu national brut.
- En 2014, 79 % des importations des pays développés en provenance des pays en développement étaient admises en franchise de droits, contre 65 % en 2000.
- La proportion du service de la dette extérieure par rapport aux recettes d'exportation des pays en développement a chuté de 12 % en 2000 à 3 % en 2013.
- Depuis 2015, 95 % de la population mondiale est couverte par un signal de téléphonie mobile cellulaire.
- Le nombre d'abonnements à des téléphones portables a été quasiment multiplié par dix au cours des 15 dernières années, passant de 738 millions en 2000 à plus de 7 milliards en 2015.
- La pénétration d'Internet a augmenté, passant d'un peu plus de 6 % de la population mondiale en 2000 à 43 % en 2015. En conséquence, 3,2 milliards de personnes sont reliées à un réseau mondial de contenus et d'applications.

Source : Nations Unies, Objectif du Millénaire pour le développement, Rapport 2015

2. Des biens publics mondiaux aux politiques globales

Les années 1990 sont marquées par une accélération de la mondialisation et des crises économiques et financières, sanitaires et environnementales, qui ne peuvent être gérées par les Etats de façon isolée, démontrant l'interdépendance croissante des économies et des sociétés.

Beaucoup de ces crises ont en effet leurs origines dans les défaillances de marchés devenus interdépendants, qui correspondent à une sous-production de « biens publics mondiaux » (BPM) comme la stabilité financière, la sécurité humaine et la diminution de la pollution environnementale.

En l'absence de cadre de régulation internationale, chaque pays a rationnellement intérêt à se comporter en « passager clandestin » (Mancur Olson, 1965) pour laisser les autres états produire les biens publics nécessaires à l'humanité, ce qui entraîne « une tragédie des biens communs » (Garrett Hardin, 1968), sous-forme de sous-production (ou de surexploitation).

La gestion des BPM entraîne donc la nécessité de créer un cadre d'action collective alors même qu'il n'existe pas de gouvernance mondiale.

La notion est consacrée en 1999 par l'ouvrage d'Inge Kaul, Isabelle Grunberg et Marc Stern publié par le PNUD : « *Global Public Goods – International Coopération in the 21st Century* ». Le cadre théorique proposé pour la gestion vise principalement l'extension, au niveau mondial, des concepts d'économie publique utilisés pour la gestion de biens publics (Samuelson, 1954).

Comme les biens publics classiques, les BPM répondent aux critères de non-rivalité, pour lequel l'utilisation du bien ne limite pas sa consommation par les autres, et de non-exclusion, pour lequel il est impossible d'exclure quiconque de son utilisation. L'exemple du phare est souvent cité : son usage par un utilisateur ne se fait pas au détriment des autres utilisateurs (non-rivalité), et il n'est pas possible de soumettre à paiement son bénéfice (non-exclusion). Les biens publics intégrant les deux conditions (ou biens publics purs) sont assez rares, par exemple la paix, le maintien de la capacité d'absorption de gaz à effet de serre de l'atmosphère, l'éradication des maladies infectieuses, les résultats de la recherche fondamentale. Les biens respectant le critère de non-exclusion mais ayant des bénéfices divisibles sont appelés « Bien publics communs », par exemple l'exploitation raisonnée des ressources halieutiques. Les biens respectant le critère de non-rivalité mais dont on peut réserver la consommation sont appelés « Biens club », par exemple le Canal de Suez. (voir tableau 5)

La gestion des BPM implique notamment la gestion des nombreuses externalités négatives de la mondialisation (ou « *global bads* »), qui nécessite des mécanismes de régulation extra-marchands pour en « ré-internaliser » le coût.

Les principaux types de BPM étudiés dans l'ouvrage de Kaul, Grunberg et Stern (1999) sont l'équité et la justice, l'efficacité des marchés internationaux, l'environnement et l'héritage culturel, la santé, le savoir et l'information, la paix et la sécurité.

En matière de santé, l'ouvrage illustre le bien public mondial que constitue un dispositif de surveillance épidémiologique globale, rappelant le coût des épidémies liées aux échanges dans l'histoire de l'humanité. Il présente ensuite les impacts de la mondialisation sur la santé humaine et la nécessité de la mise en place d'une politique globale de santé publique, ou « *Global Health Policy* ».

Tableau 5. Typologie des BPM basée sur leurs caractéristiques

	Rivalrous	Non-rivalrous
Excludable	Pure private goods	Impure public goods—network or club goods: <ul style="list-style-type: none"> • transnational parks • INTELSAT • Canals, waterways • International space station With some exclusion: <ul style="list-style-type: none"> • missile defence system
Non-excludable	Impure public goods—congestible goods: <ul style="list-style-type: none"> • alleviating acid rain • ocean fisheries • controlling organized crime • pest control 	Pure public goods: <ul style="list-style-type: none"> • curbing global warming • basic research • limiting the spread of 'infectious' diseases • augmenting the ozone layer • some scientific discoveries and knowledge

Source, Anand (2004, p.3), adapted from Kaul et al (1999)

Comme le souligne en avant-propos de l'ouvrage le Secrétaire Général du PNUD, le concept de BPM entraîne un nouveau besoin de coopération internationale au-delà de l'APD existante :

“Beyond ODA, we therefore need a new form of international cooperation that embraces trade, debt, investment, financial flows and technology, and that includes payments and incentives to countries to ensure an adequate supply of global public goods.”

Toutefois, comme le souligne Severino (2001), le concept des biens publics mondiaux offre également à l'APD un nouveau cadre économique théorique qui s'éloigne de ses fondements moraux et géopolitiques classiques, pour s'intégrer dans l'approche des économistes :

« en soi, cette théorie ne permet aucun jugement général sur l'inégalité dans le monde ou la persistance de la pauvreté, ni sur l'intérêt de conduire des politiques globales comme l'aide au développement, qui chercheraient à les réduire. En revanche, elle s'intéressera à l'illégitimité éventuelle de l'inégalité ou de la pauvreté au regard des conditions de fonctionnement du marché, cherchera les imperfections et dysfonctionnements qui les autorisent ou les produisent et proposera des remèdes aux seuls problèmes qui en sont la source. Autrement dit, ce n'est pas tant la pauvreté ou l'inégalité en elles-mêmes qui la préoccupent, que les conditions et les mécanismes illégitimes de leur production ou de leur maintien ». (Severino, 2001, p.19)

En introduction, Kaul, Grunberg et Stern (1999) précise ainsi les trois principales carences du système actuel de coopération internationale pour la gestion des BPM :

- “*The jurisdictional gap*”, qui souligne les besoins en matière de gouvernance au niveau international de bien public aujourd’hui gérés au niveau national
- “*The participation gap*”, qui dénonce les limites existantes dans l’accès aux BPM et dans la participation des pays en développement et de la société civile à l’élaboration des règles mondiales
- “*The incentive gap*”, qui renvoie à l’insuffisance des mécanismes actuels pour la mise en œuvre des politiques globales

Ce nouveau modèle implique donc une forte adaptation des structures actuelles d’APD pour s’intégrer dans un cadre théorique global et rigoureux qui propose des nouvelles logiques de légitimation de l’action, de son efficacité et de la façon d’en rendre compte (Severino, 2001) :

« Les organisations d’aide au développement sauront-elles relever le défi ? La théorie des biens communs planétaires justifie la coopération internationale, mais l’aide au développement n’en est qu’une sous-catégorie, un cas particulier. Il est donc essentiel que les institutions bilatérales et multilatérales soient capables, premièrement, d’ancrer leur stratégie dans des concepts plus généraux, deuxièmement, de développer des liens précis et opérationnels entre les grandes politiques et entreprises régulatrices mondiales et leur action de terrain, troisièmement, de rendre compte de progrès concrets et donc de mesurer leur efficacité et la pertinence des opérations mises en œuvre, y compris celle des approches par pays qui sont usuellement les leurs. » (Severino, 2001, p.24)

Severino souligne également l’intérêt politique du concept des BPM pour repositionner la coopération internationale dans l’intérêt et l’approche économique des puissances dominantes :

« On le voit, l’intérêt de cette approche pour le développement réside dans son pouvoir de relier la question du dialogue Nord-Sud, et accessoirement celle des transferts financiers et de l’aide au développement, à la résolution de problèmes communs de l’humanité. Elle donne donc, entre autres, à l’aide au développement une dimension à la fois globale et universelle, qui « intéresse », au sens le plus strict du terme, les deux parties, et qui la réintègre dans le « mainstream », c’est-à-dire au cœur des sujets qui préoccupent les maîtres politiques. Il s’agit là d’une entreprise de démarginalisation de l’aide, d’inscription de cette dernière dans les débats des puissances mondiales. » (Severino, 2001, p.17)

En proposant un cadre théorique pour concevoir les politiques globales, les BPM ont été à la base de nombreux débats qui ont permis leur émergence et ont posé les bases de la conception des nouveaux Objectifs de Développement Durable (ODD), qui ont une portée planétaire (tableau 6).

Tableau 6. Evolution des motivations des donateurs

	Du contexte de guerre froide...	... à la mondialisation	
Objectifs sécuritaires	Lutte anti-communiste	BIENS PUBLICS MONDIAUX	Environnement, climat, biodiversité Sécurité sanitaire Gestion des zones instables Stabilité financière Lutte contre la criminalité
Objectifs économiques	Financement d'exportation		Intégration des marchés mondiaux Accompagnement des pays pauvres Universalisme des droits de l'homme Egalité des sexes
Objectifs éthiques	Dettes coloniales, réparation		Diffusion de normes Solidarité universelle
Objectifs culturels	Rayonnement culturel		Diversité culturelle (ex: francophonie) Protection des identités nationales par la gestion des migrations
Objectifs diplomatiques	Alliances bipolaires		Alliances multipolaires : aide aux pays émergents Légitimité globale des pays développés : aide aux pays pauvres

Source : Charnoz et Severino (2007)

3. Les Objectifs de Développement Durable (ODD)

L'année 2015 marque une nouvelle étape dans l'évolution de l'APD avec la tenue de trois conférences internationales structurantes :

- La conférence d'Addis Abeba sur le financement du développement du 13 au 16 juillet
- Le sommet de New York sur l'agenda du développement post 2015 du 21 au 23 septembre, à la suite duquel les ODD ont été adoptés par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 25 septembre
- La conférence des parties pour le climat à Paris (COP 21) du 31 novembre au 15 décembre

La conférence d'Addis Abeba devait permettre de trouver un accord sur les moyens de financer les ODD qui ont été adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre, qui sont eux même soutenus par les engagements de l'accord international sur le climat adopté à Paris en décembre 2015 (COP 21).

La préparation de « l'agenda post-2015 » mobilise ainsi depuis plusieurs années les acteurs de la coopération internationale. Un panel de haut niveau a tout d'abord été chargé par le Secrétaire Général des Nations Unies en 2012 d'établir un programme de développement pour l'après-2015. Le rapport publié en mai 2013 s'intitule « Pour un nouveau partenariat

mondial : vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable ».

Le programme proposé s'inscrit d'emblée dans le paradigme des Biens Publics Mondiaux en portant la « vision de la promotion d'un développement durable », tout en s'appuyant sur le succès des objectifs sociaux associés aux OMD, qui doivent aujourd'hui cibler les populations les plus pauvres. Il précise également la nécessité d'intégrer de nouveaux sujets oubliés par les OMD comme la bonne gouvernance et l'Etat de droit, la liberté d'expression ou encore la promotion d'une croissance économique, sociale et environnementale durable.

« Le programme pour l'après-2015 sera un programme universel qui devra se baser sur cinq grandes réorientations transformatrices :

1. Ne laisser personne de côté
2. Placer le développement durable au cœur des débats.
3. Transformer les économies pour créer des emplois et favoriser un mode de croissance inclusif
4. Construire la paix
5. Créer des institutions efficaces, transparentes et responsables pour tous »

L'introduction faite par le Ministre chargé du développement dans le papier de position français pour l'Agenda post 2015 illustre également cette volonté d'universalité et de soutenabilité : « Le défi qui est le nôtre est immense : il s'agit de définir des objectifs communs qui nous permettent de garantir une vie digne à bientôt 9 milliards d'individus sur une planète aux ressources limitées et au changement climatique accéléré. Ces deux défis ne peuvent plus être pensés séparément. Nous nous devons d'intégrer cet impératif de soutenabilité pour réussir à lutter contre la pauvreté et réciproquement ». (Ministère des Affaires Etrangères, Rapport 2013 intitulé « Agenda du développement post-2015 », p.2)².

Face à la mise en cause du processus de formulation des OMD à cause de son approche top-down pilotée par les pays du Nord, et à l'évolution du rapport de force entre les pays, un dispositif a été créé pour favoriser l'appropriation des ODD s'appuyant sur la participation de 70 pays et une enquête auprès de 8 millions de personnes.

Lors de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (souvent appelée Rio+20), qui s'est tenue en 2012 à Rio de Janeiro, les Etats membres ont convenu d'établir un groupe de travail ouvert (GTO) comprenant 30 représentants des cinq groupes régionaux de l'ONU, pour élaborer une ensemble une proposition d'ODD. A l'issue de nombreuses sessions de négociation en 2013 et 2014, le GTO a présenté 17 thèmes d'intervention qui sont déclinés en 169 cibles.

La démarche participative a donc entraîné une multiplicité des objectifs et cibles par rapport ODD, qui démontre une grande diversité des priorités et des visions du monde de demain (Tableau 7)

² https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/_Position_fr_agenda_post-2015_VF_cle0cb11f.pdf

Tableau 7, **Les Objectifs de Développement Durable**

OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE (ODD) Entre 2015 et 2030, la communauté internationale s'engage à :	
1	Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde
2	Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable
3	Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges
4	Veiller à ce que tous puissent suivre une éducation de qualité dans des conditions d'équité et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie
5	Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles
6	Garantir l'accès de tous à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau
7	Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable
8	Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous
9	Mettre en place une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation
10	Réduire les inégalités entre les pays et en leur sein.
11	Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables
12	Instaurer des modes de consommation et de production durables
13	Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions
14	Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines
15	Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité
16	Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes, assurer à tous l'accès à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes
17	Revitaliser le partenariat mondial au service du développement durable

Le programme a fait l'objet de nombreuses critiques quant à son caractère trop ambitieux pour mobiliser les acteurs et à la dilution associée au nombre de cibles. Toutefois le G77, qui est un regroupement de 134 pays émergents et en développement, a insisté pour qu'il reste en l'état puisque le processus a été ouvert et transparent. Le suivi des 169 cibles nécessitera un effort statistique gigantesque alors que certaines données manquent toujours pour le suivi des OMD en zone rurale.

Sur le plan du financement, la mise en place des ODD nécessite plusieurs trillions de dollars (World Bank, 2015), ce qui constitue un défi colossal par rapport au financement classique de l'APD. Le rôle de l'APD devra donc être limité au financement des PMA et la fourniture de garanties et incitations dans les autres pays. La mise en place des ODD devra donc principalement s'appuyer sur de nouvelles sources de financement :

- publiques, par une meilleure collecte fiscale dans les pays et par la mise en place de nouvelles taxes internationales, comme les taxes sur les transactions financières ou les billets d'avion ;

- privées, par les investissements directs étrangers, les transferts de fonds des migrants, le développement de financements innovants comme les fonds d'investissement à impact social, les fondations philanthropiques (dynamisées par les avantages fiscaux accordés par certains pays et par l'augmentation des inégalités), etc.

La conférence d'Addis-Abeba (juillet 2015) a abouti à un accord mitigé car peu contraignant pour les pays développés, alors que de nombreux points de tension existaient entre les pays développés et le G77. Ce dernier souhaitait notamment :

- La programmation de financements climats additionnels à l'APD existante pour limiter le risque d'une réorientation des fonds alloués à la pauvreté vers l'environnement, ce qui a été refusé par les pays développés pour des raisons budgétaires ;
- la reconnaissance de la responsabilité des pays développés dans la détérioration du climat, timidement inscrite dans la déclaration finale à travers la mention des « responsabilités communes mais différenciées » ;
- la création d'un organisme intergouvernemental de coopération sur les questions de fiscalité placé sous l'égide de l'ONU, chargé d'établir de nouvelles règles mondiales sur l'évasion fiscale, la propriété réelle des entreprises et les échanges de renseignements fiscaux. Ce dernier point a été particulièrement sensible, le président sénégalais Macky Sall s'étant notamment exclamé lors de la conférence que « Les flux illicites et l'évasion fiscale font perdre entre 30 et 60 milliards de dollars par an à l'Afrique ». Les pays développés se sont opposés à cette demande soutenue par de nombreux acteurs de la société civile du nord, la CNUCED estimant à 100 milliards de dollars la perte annuelle des pays en développement. Une réforme du comité d'expert sur la taxation, chargé à l'OCDE de la production de normes internationales en matière fiscale, a été proposée à la place.

Si les ODD ont été adoptés sans difficulté par l'Assemblée Générale des Nations-Unies, les résultats de la conférence d'Addis-Abeba montrent que malgré les dimensions d'universalité et de soutenabilité affichés dans l'agenda post-2015, ce dernier ne s'appuie pas sur le cadre théorique des BPM pour proposer des mécanismes permettant une régulation des dysfonctionnements de la mondialisation, comme « l'internalisation » des externalités négatives (global bads) ou la diminution des inégalités.

Malgré certaines avancées de principe ayant permis la signature de la conférence des parties sur le climat (COP 21), les modalités de financement des adaptations aux changements climatiques par les pays du Nord (fonds vert) restent imprécises. Par ailleurs, de nombreuses organisations de la société civile dénoncent l'absence de mention sur l'arrêt des subventions aux énergies fossiles pourtant premier émetteur de CO₂, le soutien aux énergies renouvelables, ou encore la participation des transports aériens et maritimes aux efforts de réduction des émissions.

Conclusion du chapitre 1

Ce chapitre nous a permis de montrer les conditions d'émergence de l'APD sous l'impulsion des Etats-Unis dans un contexte marqué par la reconstruction et les décolonisations (1945-

1960), puis l'institutionnalisation du champ de l'APD et son inscription dans une logique redistributive dans le contexte de la guerre froide (1960-1980)

Les politiques d'ajustements structurels (1980-2000) marquent ensuite l'hégémonie des doctrines néolibérales, dont la mise en oeuvre renforce l'intérêt des acteurs économiques occidentaux au détriment du développement économique et social des PED.

La réintégration des intérêts des populations pauvres à travers à l'adoption des OMD (2000) marque ensuite l'avènement des politiques globales, qui se structurent dans une démarche de recherche globale d'efficience portée par une stratégie de relégitimation de l'APD.

Le modèle économique des biens public mondiaux, proposé par l'ONU pour réguler les dysfonctionnements de la mondialisation et fondé sur les modèles d'économie publiques occidentaux, constitue un cadre conceptuel global à même de fournir à l'aide une nouvelle légitimité économique.

Toutefois, si ce cadre constitue l'un des fondements de la création des ODD, sa mise en oeuvre nécessite la création d'une régulation économique internationale à même de garantir la préservation des biens publics mondiaux, par exemple en imposant la réintégration des externalités négatives dans les coûts de productions des biens et services. Ce modèle économique s'oppose donc aux acteurs dominants qui sont responsables de ces externalités.

Les propositions faites par les principaux bailleurs de fonds pour la mise en oeuvre des ODD ne sont donc pas fondé sur le modèle des biens publics mondiaux. Elles mettent en avant une APD « moderne » dont la mission est limitée à la lutte contre l'extrême pauvreté, et à la fourniture d'une incitation aux investissements privés en faveur d'une économie durable.

Chapitre 2 : La réforme de l'aide et les approches managériales destinées à améliorer son efficacité

Le précédent chapitre a permis de présenter l'APD comme une politique publique internationale émergente, modelée par l'évolution du contexte international et certaines théories du développement comme le « décollage » ou « la dépendance ». Ces éléments permettent de poser les enjeux qui sous-tendent le débat sur l'efficacité de l'aide et ont entraîné la création de nouvelles approches pour y répondre.

Sur un plan plus opérationnel, l'effondrement de la légitimité géostratégique de l'aide suite à la fin de la guerre froide avait ouvert la voie à de multiples attaques relatives à son efficacité macroéconomique (Boone, 1996), à ses effets potentiellement pervers en terme d'incitation sur les bénéficiaires (Thiel, 1996), au coût social et humain des ajustements structurels (Cornia et al, 1987), et sur le plan des mécanismes de gestion à l'échec des conditionnalités (Guillaumont 1995, Collier 1997) et à l'inefficacité de l'approche par projet (Acharya et al, 2006 – Knack et Rahman, 2007).

Pour répondre à ces attaques, différents projets de réformes destinés à améliorer l'efficacité de l'aide ont été promus, notamment par la BM et l'UE, que nous présentons dans le présent chapitre.

Dans une première section, nous exposons la difficulté de définir un modèle d'efficacité de l'aide, chaque programme étant traversé suivant Jacquet et Naudet, (2006) par une « double tension dialectique », entre d'une part l'intérêt des donateurs et l'intérêt des bénéficiaires, et d'autre part une philosophie redistributive et une logique d'investissement.

Dans une seconde section, nous présentons l'émergence du principe d'appropriation, qui s'est affirmé depuis la fin des années 1990 comme la pierre angulaire de la réforme promue par la Déclaration de Paris pour une meilleure efficacité de l'aide (2005).

Dans une troisième section, nous présentons les deux principales approches de la conditionnalité ayant émergé dans le cadre de cette réforme :

- L'allocation basée sur la performance (ou sélectivité de l'aide), visant à allouer les financements d'aide prioritairement aux Etats justifiants de « bonnes politiques » à même d'en garantir l'efficacité, suivant les critères et l'évaluation des donateurs. Initialement promue par la BM, cette approche défend l'utilisation d'une incitation sous forme de « conditionnalités ex-ante » ;
- Le financement basé sur la performance (ou les résultats), visant à adapter sous forme de tranches variables ou de primes le montant alloué en fonction des performances obtenues sur certains indicateurs prédéfinis. Initialement promue par la Commission Européenne puis par la BM et l'USAID, cette approche défend l'utilisation d'une incitation sous forme de « conditionnalité ex-post ».

Section 1 : Une politique aux objectifs et principes ambivalents - pour quelle efficacité ?

Le concept « d'ambivalence de l'aide » a été développé par deux économistes de l'AFD (Jacquet et Naudet, 2006), dans un article sur « les fondements de l'aide » paru dans un rapport du Conseil d'Analyse Economique (2006) intitulé « La France et l'Aide Publique au Développement ».

Les auteurs postulent tout d'abord l'inexistence d'une véritable théorie de l'aide au développement. Les politiques d'APD étant liées à la façon dont les pays donateurs perçoivent les intérêts des bénéficiaires, « la théorie économique ne peut fournir qu'une grille très partielle des fondements de l'aide ».

Dès lors, ces auteurs soulignent que l'élaboration des politiques d'aide « s'appréhendent mieux à partir d'une approche constructiviste, cherchant à comprendre comment le contexte politique et économique international, l'évolution des théories du développement et le jeu des différents acteurs ont interagi pour peu à peu façonner leurs principes et le rôle des institutions qui en ont la charge » (p.51). Le tableau 2 sur l'évolution des paradigmes de l'aide propose ainsi une présentation synthétique de ce processus historique d'élaboration de ces politiques, en mettant en avant pour chaque période : les grandes thématiques, les éléments idéologiques, les stratégies, le rôle de l'APD et les concepts et théories mobilisées.

Cette présentation met en évidence ce que les auteurs précités appellent les deux « inconforts paradigmatiques » qui constituent cette ambivalence : sur le plan des objectifs, une tension entre la volonté altruiste de répondre aux besoins des bénéficiaires et la poursuite de l'intérêt des donateurs, sur le plan des principes, une tension entre « le paradigme du développement » et « le paradigme redistributif ».

Afin de pouvoir déterminer les intérêts des parties prenantes et le système d'objectifs des stratégies d'aide, il nous paraît capital de bien comprendre « Cette double tension dialectique [qui] est au cœur du fonctionnement politique de l'aide, mais aussi à l'origine d'incompréhensions et de contresens fréquents dans les débats sur l'aide » (p.47)

1. L'aide comme instrument de promotion des intérêts stratégiques de donateurs

Chaque grande étape est structurée autour de l'évolution de la perception des besoins des bénéficiaires, mais aussi de l'intérêt des donateurs (tableau 8).

Tableau 8, **Evolution des intérêts économiques et stratégiques des donateurs**

Période	Principaux Intérêts économiques et stratégiques des donateurs
1812 - 1945	Promotion des intérêts commerciaux des Etats-Unis et des puissances coloniales (France et GB)
1945 - 1965	Promotion des intérêts économiques et commerciaux (EU, France, GB) Sécurisation de l'accès aux ressources stratégiques Création d'un espace de paix et de prospérité centré sur le rôle des Etats-Unis Gestion des décolonisations en préservant les intérêts des puissances coloniales Endiguement du communisme par le soutien apporté aux PED « clients » et la promotion du capitalisme

	Promotion de l'image des pays donateurs sur la scène internationale et auprès de la société civile
1965 - 1980	Idem période précédente + Recyclage des pétrodollars Refus des demandes de mise en œuvre d'un Nouvel Ordre Economique International
1980 – 1999	Gestion de la crise dette Promotion des politiques monétaristes (néolibéralisme) Promotion des intérêts économiques et commerciaux (privatisation, ouverture commerciale)
2000 - 2015	Limiter les risques sécuritaires liés au développement de zones « grises » Promotion du néolibéralisme et extension de la mondialisation Production des Biens Publics Globaux : environnement, climat, biodiversité, sécurité sanitaire, stabilité financière, lutte contre la criminalité, intégration des marchés mondiaux, égalité des sexes, etc.

Source : auteur

Au cours de chacune des périodes, l'influence de l'intérêt des donateurs évolue en fonction du rapport de force donateurs/bénéficiaires et du rôle de la société civile dans les pays du nord, comme l'illustrent les deux exemples suivants.

a) L'exemple des ajustements structurels

La fin de la guerre froide fragilise la capacité de négociation des pays bénéficiaires qui se voient contraints d'accepter les ajustements structurels, comme le rappelle Marc Raffinot (2009) : « La répétition pratiquement à l'identique de ces « intentions » de mettre en œuvre le Consensus de Washington de la part de gouvernements très divers provoquait involontairement un effet comique (ou déprimant, suivant le point de vue) ». (p.9)

Severino (2001), qui a assuré pendant cette période les fonctions de Directeur du développement au Ministère français du développement et de la coopération, puis de Directeur régional et Vice-Président de la Banque Mondiale, dénonce ainsi la prépondérance des intérêts des donateurs :

« À compter du début des années quatre-vingt, dans la foulée d'une période où les institutions de Bretton Woods avaient joué un rôle important de recyclage des pétrodollars, deux préoccupations ont dominé la discussion économique internationale et ont déterminé les volumes et les discussions sur l'aide : l'endettement et les changes d'une part, le commerce de l'autre... ». (p.11)

« (...) Affirmer que le XXI^e siècle s'ouvre sur l'accomplissement, et même la réussite, de cette double mission économique historique de l'aide peut heurter, compte tenu de l'état actuel du développement dans le monde, marqué par l'accroissement des inégalités, la diversité des expériences de croissance, l'échec flagrant de l'Afrique et le lourd bilan humain de l'ajustement structurel. Cette affirmation n'est pourtant choquante que dans la mesure où l'on refuserait de voir que la croissance n'a jamais été perçue, au mieux, que comme un moyen, toujours comme un slogan, et jamais vraiment comme une fin, au regard des deux objectifs essentiels que furent, dans les vingt dernières années, pour les vrais maîtres politiques du système, le commerce et la dette..... Certes, désendettement et ouverture commerciale sont présentés par certains courants économiques, en position dominante dans le système de Bretton Woods, comme des facteurs essentiels de croissance pour le Sud, et fournissent la justification idéologique du complexe économique standard des deux dernières décennies, le consensus de Washington. On sait combien

cette hypothèse est contestable, et combien les résultats de l'ouverture commerciale sont douteux en termes de croissance pour des pays dominés ». (p.11)

La période des ajustements est ainsi analysée comme une phase pendant laquelle les donateurs ont promu leurs intérêts (gestion de la dette et ouverture commerciale) en s'appuyant sur un courant idéologique (le néolibéralisme) et sur des théories (monétaristes), qui ont inspiré les programmes d'ajustement structurel mis en œuvre dans les pays bénéficiaires, au détriment de la population de ces pays.

b) L'exemple des OMD

Soutenues par la société civile et les Nations-Unies, les OMD consacrent le retour vers des politiques économiques et sociales mieux axées sur les intérêts des bénéficiaires. Toutefois, même si les intérêts donateurs/receveurs semblent mieux alignés, l'intérêt des donateurs reste éminemment présent, en particulier au travers d'enjeux sécuritaires.

La croissance de l'épidémie de Sida dans les années 1990, que l'OMS et l'ONUSIDA ne parviendront tout d'abord pas à limiter, sera ainsi un puissant facteur de mobilisation des pays développés en faveur de la santé dans les pays du sud.

Comme l'expose Dominique Kerouedan (2013) dans sa leçon inaugurale de la « Chaire Savoir contre pauvreté » au Collège de France, consacrée au thème « Géopolitique de la santé Mondiale », le concept de santé mondiale est né en 1997 de la création d'un nouvel enjeu sécuritaire pour les Etats Unis :

« Santé mondiale nous vient de la traduction de *global health*. Selon nos recherches, l'expression apparaît pour la première fois dans le rapport publié en 1997 par l'Institute of Medicine, instance scientifique de référence pour la politique américaine. Ce rapport, intitulé *America's Vital Interest in Global Health*, se propose de mettre en évidence l'intérêt, pour la sécurité des États-Unis, des questions de santé telles qu'elles se manifestent même à l'autre bout de la planète. »

Les attentats de septembre 2001 aux Etats-Unis replaceront ensuite les intérêts politico-stratégiques au premier plan des politiques d'APD, en particulier concernant l'aide aux Etats fragiles qui devient « une priorité en termes de sécurité nationale au côté de la diplomatie et de la défense » (Jacquet et Naudet, 2006).

Sur le plan idéologique, les OMD ont également été présentés comme un enrôlement de l'objectif d'éradication de la pauvreté porté par les Nations-Unies, dans la stratégie néolibérale de développement des Institutions de Bretton Woods. Dans un éditorial de la revue Alternatives Sud consacré aux OMD, « Objectifs du millénaire pour le développement : outils de développement ou cheval de Troie des politiques néolibérales ? », Frédéric Lapeyre (2006), met en avant les éléments suivants :

- « L'appauvrissement du débat sur le développement en le restreignant à la question de la lutte contre la pauvreté », qui entérine de fait un « renoncement à la sécurité des conditions de vie pour tous » initialement porté par les Nations Unies et élimine « la réflexion sur la lutte contre les inégalités » ;

- « La forte dimension sécuritaire de l'objectif de réduction de la pauvreté », pour lequel la lutte contre la pauvreté s'oppose avant tout au développement de zones grises sur lesquelles s'appuie le terrorisme ;
- « la nature fonctionnelle pour les acteurs dominants des stratégies de réduction de la pauvreté mises en œuvre dans chaque pays au nom de la réalisation des OMD », dont « le projet d'intégration et la politique de restructuration socioéconomique ne sont pas négociables et soustraits au champ de la participation » ,
- « la promotion du secteur privé » qui est au cœur de la stratégie de développement des services de base.
- « le caractère technocratique et élitiste des politiques issues des OMD », l'idée de délivrer les hommes de la pauvreté oubliant que ces derniers « ne sont pas les objets passifs d'un destin imposé. Ils s'efforcent de limiter les conséquences des formes violentes de pénétration extérieure et de déstabilisation de leurs conditions de vie, à travers la poursuite de projets plus ou moins autonomes répondant aux défis des transformations de leur environnement et à la nécessité de s'adapter aux nouvelles. » (p.1)

Les Biens Publics Globaux

Face à cette tension persistante entre intérêts des donateurs et des bénéficiaires, les Biens Publics Globaux apparaissent comme un projet d'intégration des intérêts des donateurs et des bénéficiaires à l'intérieur un modèle économique commun.

Toutefois, au regard des débats et de la Déclaration finale de la Conférence d'Addis Abeba sur le financement du développement (2015), ce cadre théorique semble imposer aux donateurs des contraintes difficilement acceptables.

La tension entre les intérêts des donateurs et des receveurs structure donc le système d'objectifs de chaque démarche d'aide, et par extension le résultat et la performance attendus. Bien que ce constat puisse paraître évident, il est pourtant rarement intégré dans les débats sur l'efficacité des approches d'APD, pour lesquels la recherche de performance est centrée sur les intérêts des bénéficiaires.

Un exemple frappant est celui de l'évaluation de l'efficacité de l'aide d'un pays en fonction de sa capacité à mettre en place les « bonnes politiques » promues par les donateurs, alors même que les principaux objectifs suivis par ces politiques n'étaient pas nécessairement la croissance des pays bénéficiaires, mais la gestion de la dette et l'ouverture commerciale (Severino, 2000).

2. L'aide : développement ou redistribution ?

Le second « inconfort paradigmatique » défini par Jacquet et Naudet (2006) concerne la tension entre le paradigme du développement et le paradigme de redistribution qui ont émergé dans l'histoire de l'aide.

Le paradigme du développement est résumé ci-dessous par le paragraphe issu d'un rapport de l'OCDE publié en 1984 sur les 25 premières années de coopération et intitulé « la thèse fondamentale » :

« La coopération internationale pour le développement est construite sur un premier postulat : il devrait être possible d'imprimer aux économies préindustrielles et relativement stagnantes un mouvement de transformation économique et sociale, qui finirait par acquérir sa dynamique propre sans dépendance prolongée vis-à-vis de l'aide à des conditions libérales ; ce processus pouvait être amorcé, amplifié et accéléré par une utilisation rationnelle des ressources intérieures et extérieures, judicieusement dosées selon les cas d'espèce, dans le cadre de politiques générales menées par des dirigeants soucieux de favoriser un développement soutenu. Cette thèse s'appuyait sur un précédent éloquent, ce qu'il est convenu d'appeler la révolution industrielle... Les partisans de cette thèse tiraient aussi argument du rôle joué par le Plan Marshall dans la reprise économique des pays d'Europe occidentale » (Jacquet et Naudet, 2006, p.57)

Le paradigme re-distributif s'est ensuite imposé à travers la stratégie des biens fondamentaux lancées dans les années 1960, suite à l'échec des politiques macroéconomique de décollage et à l'augmentation de la pauvreté dans les pays en développement. Il n'a pas été théorisé, mais s'inspire des politiques de redistribution sociale des Etats providence du nord, qu'il applique entre les pays pauvres et riches. Il vise donc à installer un transfert redistributif permanent pour corriger les inégalités du système économique international. Cette redistribution permet aux pays donateurs de s'assurer le soutien des gouvernements dans le contexte de la guerre froide, mais aussi de compenser le refus d'instaurer un Nouvel Ordre Economique International revendiqué par le mouvement des non-alignés.

En pratique, dans les Etats providences, des programmes destinés au « rattrapage » de populations défavorisées, par exemple sous forme « *d'affirmative action* », cohabitent avec des programmes de redistribution vers les plus démunis. Les deux approches peuvent donc être compatibles. Toutefois « ces deux paradigmes s'appuient de manière implicite sur des visions du monde, des conceptions de la justice et de l'aide, et des modes d'évaluation distincts et qui entrent fréquemment en opposition ». (Jacquet et Naudet, 2006, p.64).

a) Deux conceptions de la justice

Le « paradigme du développement » s'appuie sur une « justice corrective », qui vise à réparer un préjudice subi et identifié dans le temps, au moyen de l'une des deux actions suivantes : (i) une action de juste « compensation » établie sur la base d'une évaluation du préjudice, ou une action de « rattrapage » qui consiste à rétablir la situation comme si le préjudice n'avait pas eu lieu.

Le « paradigme redistributif » s'appuie sur une « justice redistributive », qui tend à rétablir une répartition d'opportunité et de ressource qui n'est pas jugée juste aux regards des capacités, besoins et mérites de chacun. L'action réparatrice est ici constituée d'un transfert continu de droits et/ou de ressources permettant de rétablir cette « juste répartition ».

Une première opposition apparaît dans la temporalité de l'action corrective envisagée : le paradigme du développement envisage une action de rattrapage limitée dans le temps visant à rétablir un niveau de développement des pays qui ont été décalés dans le temps, alors que le paradigme redistributif cible un transfert continu de ressources vers les plus pauvres, postulant que les inégalités injustes sont inhérentes au système économique international.

Cette opposition est déclinée par Jacquet et Naudet (2006) sous différents angles :

- La justice corrective (paradigme du développement) s'appuie sur sa finalité, qui doit permettre de rétablir une situation juste. A l'inverse la justice redistributive s'appuie sur une vision contractuelle, l'objectif étant la mise en place d'une justice internationale conçue comme un bien public, à travers la mise en place d'un système d'institutions justes administrées impartialement (Rawls, 1971).
- Le paradigme du développement est par essence « conséquentialiste », la valeur de l'aide est donc liée aux conséquences poursuivies et son niveau dépend donc des progrès réalisés vers l'objectif. A l'inverse, dans une logique redistributive, l'aide constitue un bien public en soi, qui est déconnecté de ces conséquences et que les bénéficiaires peuvent donc valoriser différemment.
- La justice redistributive s'appuie sur une justice procédurale et donc contractuelle. L'adoption d'une cible de 0,7 % du PIB des pays riches devant par exemple constituer un engagement contractuel global, alors que la justice corrective dépendra de la capacité des bénéficiaires à générer des résultats en direction d'une cible future (capacité d'absorption).

b) Deux approches de la responsabilité

Le paradigme du développement situe principalement la responsabilité du développement d'un pays au niveau des structures nationales. Les politiques nationales sont ainsi le principal facteur explicatif des résultats économiques, sociaux et environnementaux du pays. Le rôle de l'APD est donc précisément de faire sortir les pays qui ont temporairement perdu cette responsabilité (colonisation, manque d'investissement, conflit, trappe de pauvreté, catastrophe environnementale, etc.) pour qu'ils retrouvent un niveau de développement associé à leurs propres capacités.

A l'inverse le paradigme redistributif est justifié par l'ensemble des éléments qui limite la responsabilité nationale et nécessite un mécanisme de redistribution : inégalité des ressources, catastrophes naturelles, chocs historiques, injustices inhérentes au système économique international, situation des groupes vulnérables comme les femmes et les enfants.

c) Deux conceptions de l'aide

Fondé sur une approche contractuelle de la justice, le paradigme redistributif conçoit l'aide comme un droit pour les bénéficiaires qui y ont accès. L'aide est donc en général versée en fonction d'un niveau de besoin et n'implique pas nécessairement la définition d'un contrat d'objectif entre le donneur et le bénéficiaire.

A l'inverse, pour le paradigme du développement l'aide a une nature incitative, légitimée par l'atteinte d'objectifs fixés, et fondée sur la coopération entre le donneur et le bénéficiaire. Elle fait donc l'objet d'un contrat dans lequel le bénéficiaire s'engage à réaliser des utilisations précises, ou des conditionnalités qui peuvent ne pas être directement liées à ces utilisations.

Dans le paradigme du développement l'aide doit donc financer des activités rentables, et même lorsqu'elle permet de financer des réformes, l'objectif est d'améliorer la productivité des structures réformées.

A l'inverse le paradigme redistributif n'a pas de condition de rentabilité, comme on peut par exemple le concevoir pour l'aide humanitaire d'urgence.

Comme le résumant les auteurs « L'opposition sur la conception de l'aide entre droit aux transferts de ressources et une incitation à l'investissement rentable est au cœur de la contradiction entre les deux paradigmes ».

d) Deux modes d'évaluation

L'évaluation de l'aide suivant le paradigme du développement correspond à son efficacité par rapport au résultat qu'elle a permis d'obtenir. Cela peut prendre la forme d'une évaluation de la rentabilité pour les prêts, ou une évaluation de son impact sur le résultat ciblé, par exemple sur le niveau de croissance, pour les dons ou les financements macroéconomiques.

L'évaluation de l'aide suivant le paradigme redistributif dépend à l'inverse du niveau d'effort réalisé par le bénéficiaire, par exemple la cible de 0,7% du PIB des pays du CAD, sans spécifier de résultats futurs à attendre de ces financements.

Les auteurs soulignent toutefois que l'on peut séparer deux versions : une version « maximaliste » centrée sur le niveau de dépense, et une version « équilibrée » assortie de « résultats attendus » comme la réduction des inégalités ou l'amélioration des conditions de vie des populations.

Les deux paradigmes sont ainsi plus ou moins affirmés en fonction des périodes. Le paradigme du développement a marqué la naissance de l'aide dans les périodes 1945-1965 puis le moment des ajustements structurels, alors que le paradigme redistributif s'est imposé au cours des années 1965/1980. Le tableau 9 présente de façon synthétique les caractéristiques des deux paradigmes.

Les institutions de développement sont également souvent dominées par l'un des deux paradigmes. Les Banque de développement comme la BM ou la Banque Asiatique de Développement, qui exercent par nature principalement une activité de prêts sont orientées vers le paradigme du développement. A l'inverse des institutions qui interviennent principalement en dons, comme les Nations Unies ou l'UE, sont plus orientées vers le paradigme redistributif.

Par ailleurs, ces « orientations » vers un paradigme ou un autre ne sont en aucun cas exclusives. Toutes les banques de développement ont également des instruments financiers de réponse aux chocs extérieurs, fonctionnant par nature sur le mode redistributif, alors que l'UE juge également l'efficacité de ces programmes d'APD sur des résultats prédéfinis.

Comme le précisent les auteurs, « l'adoption d'une approche ou d'une autre est largement une question de point de vue, mais à des niveaux différents, les deux paradigmes analysés ont toujours été conjointement présents dans la conception, la pratique et l'évaluation de l'aide au développement ». (p.74)

Les deux paradigmes ont également été appréhendés comme des paradigmes de « droite » pour le développement et de « gauche » pour la redistribution, (Thérien, 2002), mais comme le soulignent Jacquet et Naudet, c'est l'existence simultanée de ces deux paradigmes qui est à l'origine d'un nombre élevé de critiques, d'oppositions et de dialogues de sourds dans les débats sur l'APD, puisque ce sont souvent les deux conceptions sous-jacentes qui sont en opposition.

Un des exemples soulignés par les auteurs est celui du « système des projets » que nous présentons à travers le Fonds Européen de Développement (FED).

Le FED est l'instrument de financement du développement de l'UE destiné aux pays de zone Afrique Caraïbe Pacifique (ACP). Il intervient principalement sous forme de dons (80%) et dispose pour sa dernière programmation 2017-2020 d'un montant de 27 milliards d'Euros.

Né lors du traité de Rome en 1954, l'instrument s'est principalement structuré dans les années 1960 et 1970 avec les accords de Yaoundé puis de Lomé. Il a donc adopté un modèle redistributif, dans lequel les fonds sont principalement alloués en fonction de la population et du niveau de pauvreté, la gestion étant déléguée aux administrations bénéficiaires qui jouissent d'une marge de manœuvre importante sur la gestion et les activités financées. Le principal critère d'évaluation interne des Délégations de l'UE (Ambassade) est le niveau de décaissement des fonds, l'évaluation des résultats opérationnels étant faite par des consultants extérieurs recrutés par les Délégations qui sont également co-responsables de leur mise en œuvre.

Sur cette base, il revient aux Délégations et aux Gouvernements bénéficiaires de faire le travail de formuler des projets sectoriels, qui entrent dans les thèmes sélectionnés par le FED au niveau global, et qui doivent être réalisés suivant une approche du « paradigme du développement », en justifiant d'une efficacité maximale sur les résultats.

Les choix initiaux pris dans une logique redistributive posent dès lors de fortes contraintes sur la réussite de ces projets, puisque des enveloppes élevées sont affectées aux pays très pauvres, qui sont dotés d'une faible capacité d'absorption (ou capacité de gérer des projets efficacement suivant le paradigme du développement). Si l'on ajoute à l'exercice la nécessité de s'intégrer dans les thèmes d'intervention programmés par le FED pour cette période, la possibilité de réaliser un projet efficace diminue. Pour prendre un exemple extrême, il devient possible de mettre en œuvre à la fin des années 2000 un important projet de décentralisation en République Démocratique du Congo, pays où les services centraux de l'Etat en faillite sont quasi-inexistants, où la situation politique ne permet pas d'envisager de loi de décentralisation, vers des régions où il est devenu presque impossible de se déplacer.

La mise en œuvre des projets est alors confiée à des opérateurs privés sous la double supervision des Délégations de l'UE et du Gouvernement national, dont la principale compétence est de maîtriser suffisamment bien les procédures d'engagement du FED pour parvenir à un taux de décaissement maximum pour un niveau d'efficacité acceptable, et ce malgré le faible potentiel de résultat initial du projet.

Comme l'illustre cet exemple, la réflexion sur la façon dont les deux paradigmes structurent les stratégies et instruments de l'APD est essentielle à une compréhension des enjeux liés à leur rôle et à leur efficacité.

Tableau 9. Ensemble des caractéristiques et oppositions des deux paradigmes

Paradigme du développement	Paradigme redistributif
<i>Conception de la justice</i> Justice corrective Orientée par les buts (croissance durable pour tous) Conséquentialiste Coopération (et donc en partie réciprocité)	Justice distributive Procédurale Déontologique (au moins partiellement) Contractuelle au niveau global
<i>Vision du monde</i> L'aide est l'instrument d'une phase transitoire d'un processus historique Le développement comme série d'obstacles surmontables Vision souveraine (l'avenir de chaque pays lui appartient)	L'aide est un instrument de redistribution répondant à l'inégalité du monde Les sources d'injustice se renouvellent et sont permanentes Interdépendance
<i>Approche de la responsabilité</i> Mise en avant des causes internes à la pauvreté Responsabilité collective nationale	Mise en avant des causes externes Inter-dépendances, différents niveaux de responsabilités (global, national, local, individuel)
<i>Conception de l'aide</i> Aide comme une incitation Allocation selon un contrat entre donneur et receveur Compatible avec une vision perfectionniste (promotion de modèle) Investissement à vocation reproductible Aide par prêts et par dons	Aide comme un droit Allocation selon des règles générales d'équité Vision libérale Transfert de ressources Aide par dons
<i>Modes d'évaluation</i> Efficacité et durabilité (impact en termes de croissance durable)	Niveau d'effort, équité de l'accès à l'aide et éventuellement amélioration des conditions de vie des bénéficiaires

Source : Jaquet et Naudet (2006), p.72

Section 2 : L'appropriation « clé de voûte » d'une nouvelle architecture

Le concept d'appropriation a été initialement lancé en 1998 par le Président de la BM (James Wolfesohn, 1998), dans un discours célèbre où il affirme la nécessité de « mettre le gouvernement dans le siège du conducteur » :

« What if it were possible for governments to join together with civil society, with the private sector, to decide on long-term national priorities? What if it were possible for donors to then come in and coordinate their support, with countries in the driver's seat, with local ownership and local participation? What if it were possible for these strategies to look 5, 10, 20 years ahead so that development could really take root and grow and could be monitored on an ongoing basis? Too ambitious some will say. Too utopian. But what if I told you it is already happening? ».

L'objectif est une réforme du principe « d'adhésion » jusqu'ici marqué par les lettres d'intention des ajustements structurels, en faveur d'une « appropriation » des réformes par les gouvernements bénéficiaires. Comme le souligne Marc Raffinot (2010), alors que le modèle précédent pouvait être illustré par des médecins (les institutions de Bretton Woods - IBW) au chevet de malades (les pays en développement), l'échec des politiques d'ajustement dans de nombreux pays a fait voler en éclat cette image des institutions disposant des bonnes politiques.

L'appropriation constitue donc en soit un projet de réforme à même de répondre à la mise en cause de l'approche des IBW dans la mise en place des ajustements structurels.

1. Les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)

La mise en pratique de ce principe se réalise en 1999, lorsque les IBW ont instauré l'élaboration d'un « cadre stratégique de réduction de la pauvreté » (CSR), par le gouvernement, avec l'appui des partenaires et la participation de la société civile, comme condition nécessaire pour bénéficier des réductions de dettes obtenues au titre de l'initiative des pays pauvres très endettés (IPTE).

Très vite les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), qui définissent le CSR, seront présentés comme le cadre de l'action du gouvernement dans lequel doit s'intégrer l'ensemble des partenaires au développement. Les DSRP visent à assurer un lien essentiel entre les actions des autorités nationales, les concours des bailleurs de fonds, et les résultats requis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Le DSRP décrit les politiques et les programmes macroéconomiques, structurels et sociaux qu'un pays mettra en œuvre pendant plusieurs années pour promouvoir la croissance et réduire la pauvreté. Il expose aussi les besoins de financement extérieur et les sources de financement connexes. Les DSRP sont établis par les gouvernements des pays à faible revenu selon un processus participatif dans lequel s'impliquent à la fois les parties prenantes au niveau national et les partenaires extérieurs du développement.

Toutefois, comme nous l'avons souligné dans la section sur l'intérêt des donneurs, les DSRP doivent faire l'objet d'une validation par les IBW, et demeurent un cadre fonctionnel dont « le projet d'intégration et la politique de restructuration socio-économique ne sont pas négociables et soustraits au champ de la participation » (Lapeyre, 2006).

Comme le précise également Marc Raffinot (2010) le cadre imposé par les DSRP est très normatif. Le délai de trois ans constitue par exemple un horizon très court pour la mise en place d'une politique de lutte contre la pauvreté. Ce point a d'ailleurs été documenté au début des années 2000 et reconnu par les IBW elles-mêmes, aussi la nouvelle génération de DSRP devait laisser plus de place à l'appropriation par les pays bénéficiaires. Toutefois, ces derniers restent très proches des prescriptions de la BM. Nombre d'entre eux ont par exemple intégré la priorité accordée à la croissance qui était alors promue par la BM (Dollar, 2003), alors que très peu ont intégré un objectif de réduction des inégalités dans leur stratégie de lutte contre la pauvreté.

2. La déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005)

a) Les principes

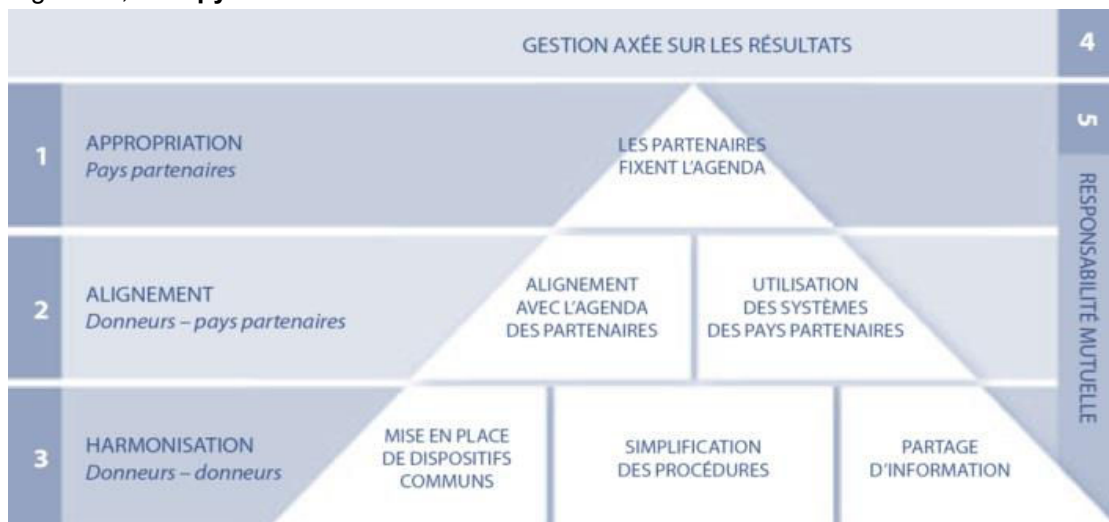
La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide a été signée lors d'un Forum à haut niveau organisée par le CAD et la BM à Paris en 2005. Elle fait suite à un premier Forum sur l'efficacité qui s'est tenu à Rome en 2003 et marque l'adoption, par l'ensemble de la communauté des partenaires au développement (donateurs et bénéficiaires), d'un nouveau socle de principes ciblant une meilleure appropriation de l'aide par les bénéficiaires.

La réforme portée par cette déclaration répond à une série de critiques sur l'efficacité microéconomique de l'aide, notamment concernant sa fragmentation en de multiples projets financés par un nombre croissant de donateurs. En effet, au cours des décennies précédentes, les principaux cadres des ministères bénéficiaires étaient accaparés par la mise en œuvre de multiples projets suivant des objectifs autonomes et utilisant des procédures de gestion différentes, ce qui limitait considérablement la pérennisation de leurs résultats, et surtout la capacité des ministères à piloter une politique sectorielle répondant aux objectifs du gouvernement.

La Déclaration de Paris a donc pour but de replacer le débat sur l'aide et les politiques de développement au niveau national, et de reconnaître le rôle central des États dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs politiques de développement.

Le processus théorique de réforme repose sur cinq principes clés présentés de façon globale dans la figure ci-dessous.

Figure 11, La « pyramide de la Déclaration de Paris »



Source, OCDE (2008)

Comme le montre ce graphique correspondant à une présentation ultérieure de l'approche réalisée par l'OCDE, elle s'avère globale et prescriptive tant pour les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) que pour les gouvernements récipiendaires, puisque le principe d'appropriation des pays partenaires est renforcé par l'alignement et l'harmonisation des PTF sur leurs priorités et systèmes, alors que la gestion par les résultats et la responsabilité mutuelle sont des principes transversaux qui sous-tendent la démarche.

Elle doit garantir que les stratégies et les politiques soient mieux adaptées au contexte national concerné (en lien avec le DSRP et les politiques sectorielles qui le sous-tendent), mais aussi favoriser un changement de culture des gouvernements bénéficiaires de l'aide en encourageant un dialogue effectif entre Gouvernement et Parlement, en particulier à l'occasion de la préparation du Budget.

En permettant également à la société civile d'exprimer ses avis sur les politiques lors de l'élaboration et la mise en œuvre des DSRP, la Déclaration de Paris a aussi l'ambition de replacer le gouvernement face à son obligation de rendre compte aux citoyens – Quels résultats ont été atteints, en particulier, en matière de réduction de la pauvreté, de services à la population, etc. ? Les résultats sont-ils en ligne avec les objectifs affichés ? – et ce de manière spécifique aux représentants élus de la Nation, et non comme trop souvent par le passé, face à la tendance prédominante de rendre compte aux seuls bailleurs de fonds.

La Déclaration de Paris a été suivie de plusieurs Forum à Accra (2008), Busan (2011) et Mexico (2014), qui en ont réaffirmé les principes tout en apportant une attention particulière sur l'atteinte de résultats, puis sur l'établissement d'un partenariat global pour le développement intégrant les nouveaux acteurs que sont le secteur privé et les pays émergents.

b) La promotion des « approches programmes » et de l'aide budgétaire

La réforme encourage la création « d'approches programmes », ou « approches sectorielles » dans le cas d'un secteur particulier, qui ont été développées depuis la fin des années 1990 dans les secteurs sociaux suite à un besoin de coordination devenu indispensable pour répondre à l'augmentation du nombre de donneurs et de leurs engagements financiers.

Suivant la définition de Bermangashi et al (2007) : *L'approche sectorielle peut être définie comme une méthode de travail entre un gouvernement et des bailleurs de fonds, qui travaillent ensemble à la mise en place d'une politique et d'une stratégie sectorielles complètes et cohérentes, soit une approche commune pour l'ensemble d'un secteur particulier. Plusieurs critères la caractérisent, parmi lesquels le soutien commun des PTF importants à la politique et la stratégie sectorielles du gouvernement, un processus formalisé de coordination des bailleurs de fonds, le leadership du gouvernement et l'engagement des bailleurs à utiliser davantage les systèmes de gestion nationaux.*

En termes d'instrument, la réforme portée par la Déclaration de Paris préconise le recours à l'aide budgétaire, qui se traduit par un transfert des ressources financières d'un donateur vers le Trésor Public d'un pays bénéficiaire, dans le cadre de conditions de paiement convenues et respectées par les parties. Les ressources transférées font ainsi partie des ressources globales du pays et doivent être utilisées conformément au système de gestion des finances publiques du pays récipiendaire. Dans ce cadre, les bailleurs de fonds encourage la mise en place de budget programme, ou budgetisation basée sur la performance, dans la gestion des finances publiques des pays récipiendaires.

Un certain nombre d'arguments sont couramment avancés en faveur de l'aide budgétaire, qui présente a priori des avantages pour les États partenaires comme pour les donateurs, ce qui justifie sa montée en puissance.

Pour les États partenaires, l'aide budgétaire permet une plus grande responsabilisation des autorités chargées de la gestion de cette aide. Lorsqu'elle est globale, elle constitue un apport au budget général sans affectation et permet de couvrir tant les besoins d'investissement du

pays que de fonctionnement des services de l'État. Lorsqu'elle est sectorielle, elle constitue un apport au budget du ou des Ministères en charge des politiques sectorielles ciblées.

Enfin, elle est gérée selon les procédures et modalités budgétaires nationales, ce qui contribue concrètement au renforcement des systèmes nationaux de finances publiques, tout en permettant une diminution des coûts d'agence et une meilleure harmonisation entre les bailleurs. De plus, l'aide budgétaire constitue un instrument utile pour améliorer la prévisibilité de l'aide pour les pays récipiendaires.

Du point de vue des bailleurs de fonds, l'aide budgétaire facilite aussi le respect des engagements pris par les donateurs de doubler leur aide publique au développement, car elle facilite le décaissement en limitant la charge et la responsabilité que représentent pour eux le montage et le suivi de projets nombreux et à objectifs sectoriels souvent très divers.

Cette approche, qui consiste à considérer l'aide budgétaire comme a priori vertueuse, ne prend toutefois pas en compte un certain nombre d'éléments qui viennent contrebalancer les avantages attendus de cette modalité de l'aide extérieure. Celle-ci requiert en effet des préalables, notamment en termes de gouvernance, de transparence et d'efficacité des États, voire de volonté politique, qui, pour certains États, ne sont pas encore remplis, notamment ceux considérés comme les plus fragiles. De plus, elle conduit à un accroissement de l'influence des donateurs dans le processus budgétaire des États.

L'aide budgétaire présente de ce fait des risques et contradictions qu'il est essentiel de prendre en compte. Les bailleurs, enclins à recourir à l'aide budgétaire dans un pays, formulent de fait un certain nombre de conditionnalités à sa mise en œuvre.

Les conditionnalités posées par les bailleurs de fonds recouvrent trois domaines distincts :

a) La stabilité macroéconomique constitue une condition préalable.

Le gouvernement doit être à même d'apporter la preuve d'une certaine stabilité macroéconomique du pays selon des critères définis (en particulier au regard des indicateurs retenus dans les revues FMI, de la BM et de l'UE).

b) L'efficacité :

Le gouvernement doit documenter la mise en œuvre et l'avancement de sa politique de développement et les progrès réalisés dans l'atteinte de résultats concrets en lien avec les indicateurs retenus dans le DSRP.

c) La gouvernance.

Le gouvernement doit démontrer qu'il poursuit le plan de réforme jugé nécessaire dans le domaine de la gestion des finances publiques allant dans le sens d'une meilleure gouvernance et transparence.

Ces conditionnalités font l'objet d'une négociation entre chaque bailleur de fonds et le gouvernement concerné. Elles sont donc très différentes dans leur contenu et leurs modalités. Toutefois elles s'opposent à la logique d'appropriation, de nombreuses études ayant montré la forte sensibilité existante entre la conditionnalité imposée par les bailleurs de fonds et la capacité des États à développer un leadership sur la gestion de l'aide.

c) Les limites de l'appropriation dans les pays « fragiles »

Les limites de l'appropriation dans les pays fragiles sont synthétisées dans l'article de Marc Raffinot : « L'appropriation des politiques de développement – de la théorie à la pratique » (2010).

Il expose tout d'abord la faiblesse théorique du principe selon lequel l'appropriation entraînerait nécessairement une amélioration de l'efficacité des politiques de développement. En effet, aucun travail ne semble établir de lien entre la décentralisation des décisions et l'efficacité des politiques de développement. A l'inverse, plusieurs travaux modélisant la relation d'aide à travers un cadre analytique principal/agent (Azam et Laffont 2002, Torsvik 2005) montrent que son efficacité dépend également de « l'aversion à la pauvreté » des élites dirigeantes. Si l'aversion à la pauvreté des donateurs internationaux est plus forte que celle des élites nationales, alors il peut être préférable que les politiques soient définies par les donateurs à l'étranger. Ces travaux illustrent le risque de capture par les élites, qui peut être renforcé dans le cas des pays fragiles par l'absence de réel contrôle démocratique ou par une culture sous-jacente favorisant le respect des notables.

Dès lors, si la volonté de promouvoir l'appropriation de l'aide par les pays bénéficiaire est associée à l'échec des politiques d'ajustement mises en œuvre au nom du consensus de Washington, alors cet échec pourrait être lié à la nature de ces politiques plutôt qu'à leur manque de décentralisation.

Pour Raffinot (2010) deux principaux éléments limitent la mise en pratique des principes de la Déclaration de Paris : (i) l'hétérogénéité des activités de l'aide qui a conduit à la multiplicité des organismes d'aide, et (ii) la volonté d'appropriation des gouvernements comme hypothèse de départ.

1. « L'aide comme ensemble hétérogène d'activité :

Affirmer que les PTF viendront simplement appuyer les politiques définies de manière autonome par les pays récipiendaires suppose une identité de préférence entre bailleurs et receveurs. Comme l'a montré Martens (2005), c'est parce que cette identité de préférence fait défaut qu'il existe une multiplicité d'organismes, et que l'aide au développement ne se réduit pas à faire un chèque à l'État qui a besoin d'aide. Faute de prendre en considération ces divergences, il est difficile de mettre en place des procédures adéquates ou de penser en pratique la façon dont elles peuvent se gérer. »(p.9)

2. « La volonté d'appropriation ne doit pas être une hypothèse de départ

L'idée que les gouvernements récipiendaires aspirent à une appropriation accrue ne devrait pas être acceptée comme allant de soi. Prendre la maîtrise des politiques revient à en accepter la responsabilité, tant externe qu'interne. Cela rend difficile le rejet des erreurs sur les partenaires extérieurs et les Institutions de Bretton Woods. De plus, le sentiment que les politiques resteront finalement déterminées par ceux qui financent, pousse certainement à ne pas trop adhérer à la notion d'appropriation. » (p.10)

Ces éléments apparaissent particulièrement pertinents dans les pays fragiles, dont l'Etat ne dispose pas toujours d'une capacité de pilotage correspondant aux attentes de la Déclaration de Paris, comme le présente Isaline Bergamaschi (2011, p.7) dans le cas du Mali :

« Le modèle d'appropriation proposé par les Institutions Financières Internationales suppose que l'État bénéficiaire est une entité rationnelle, unitaire, dotée d'une volonté politique incarnée dans la stratégie nationale. En réalité, le gouvernement est bien plus souvent une agrégation de fractions aux objectifs particuliers, et in fine un site d'affrontement entre institutions ».

Les élites des pays fragiles peuvent ainsi avoir tendance à concentrer leurs activités politiques sur la conservation du pouvoir en déléguant la politique économique aux IBW, leur implication se limitant alors à orienter les politiques vers leurs propres intérêts ou à les mettre en échec lorsqu'elles sont susceptibles de s'y opposer.

L'usage des conditionnalités, qui se renforce avec l'aide budgétaire, est également en contradiction avec le principe d'appropriation (De Renzio, 2006). Pour financer directement le budget de l'Etat, les donateurs ont préalablement renforcé les systèmes de gestion des finances publiques et exercent aujourd'hui un contrôle plus important sur le processus budgétaire des Etats. Ce renforcement de la conditionnalité a d'ailleurs conduit certains pays comme la Chine et l'Inde à refuser de recourir à l'aide budgétaire. A l'inverse les pays fragiles qui privilégient la rapidité des décaissements et sont habitués à user du « syndrome du Samaritain » (difficulté pour les donateurs de réellement appliquer les conditionnalités) encouragent le développement de l'aide budgétaire.

Enfin, alors que le système des DSRP affichait un objectif de réintroduction du politique dans l'élaboration des choix budgétaires et des politiques de développement, l'approche est demeurée très technocratique, comme en témoigne la conservation des DPRS malgré les alternances politiques en Afrique de l'Ouest. Les IBW semblent avoir conservé une logique d'expertise estimant qu'il n'y a qu'une seule « bonne politique », alors que les gouvernements des Etats fragiles semblent voir le DSRP comme un objet extérieur, principalement destiné à gérer la coopération avec les partenaires au développement.

Ce système, caractérisé par un « découplage » entre la réalité des pratiques nationales et les réponses apportées aux partenaires, est présenté dans de nombreuses études, concernant l'aide budgétaire (De Renzio, 2006), ou pour différents pays comme le Malawi (Rakner et al., 2004) et le Ghana (Killick, 2005). Dans son étude de cas sur la Tanzanie, Kelsall (2002) utilisera l'image des « vitrines éclairées » (shop windows) » dans lesquelles un discours sur la bonne gouvernance est adopté conformément aux attentes des donateurs, alors que les vraies décisions sont prises dans les « salles enfumées » (smokefilled rooms) du parti au pouvoir.

Section 3 : Les nouvelles approches destinées à accroître l'efficacité de l'aide

Dès le lancement des débats sur la réforme de l'aide en 1998, deux principales approches de la conditionnalité ont été promues pour renforcer l'appropriation et améliorer la performance des programmes : la sélectivité de l'aide et le financement à la performance.

La sélectivité de l'aide correspond à une méthode d'affectation de l'aide en fonction de la performance des bénéficiaires déjà constatée et évaluée sur la base d'indicateurs macroéconomiques à même de refléter la mise en place de « bonnes politiques », puis

également la qualité des institutions. Cette approche macroéconomique a été promue par la Banque Mondiale dès 1998 dans le rapport « assessing aid », pour orienter l'aide vers les pays jugés plus à même d'en améliorer l'efficacité, évaluée en termes d'impact d'un dollar sur la croissance. En s'appuyant sur une méthode de sélection des investissements dans les activités jugées les plus « rentables », elle s'inscrit naturellement dans la logique financière et le paradigme « développementaliste » des Institutions de Bretton Woods.

Le financement basé sur la performance consiste à intégrer une part de financement variable en fonction du niveau de performance obtenu sur des indicateurs préalablement définis. Initié par la Commission Européenne à partir de 1998, il correspond à un mécanisme d'incitation à la performance intégré à la mise en œuvre des programmes. Contrairement à la sélectivité, l'approche n'intervient pas sur les mécanismes d'allocation des ressources entre les pays, qui restent pour l'UE définis suivant la logique re-distributive sous forme de dons. En revanche, elle s'inscrit dans la logique du New Public Management (Hood, 1997) qui fonde le principe de « Gouvernance » promu par la Commission Européenne à partir des années 2000 (Shore, 2011).

1. L'allocation basée sur la performance (sélectivité) : un nouveau modèle promu par la BM relance le débat sur l'efficacité

Pour présenter cette approche, nous nous appuyerons principalement sur un document publié par l'AFD (Amprou et Chauvet, 2004) intitulé « Efficacité et allocation de l'aide : revue des débats ».

a) Le modèle de Burnside et Dollar

L'approche est fondée sur une analyse macroéconomique de Burnside et Dollar (1997, 2000), résumée ci-dessous dans l'abstract de ce second article :

“This paper uses a new database on foreign aid to examine the relationships among foreign aid, economic policies, and growth of per capita GDP. We find that aid has a positive impact on growth in developing countries with good fiscal, monetary, and trade policies but has little effect in the presence of poor policies. Good policies are ones that are themselves important for growth. The quality of policy has only a small impact on the allocation of aid. Our results suggest that aid would be more effective if it were more systematically conditioned on good policy.”

La qualité des politiques macroéconomiques devenant le principal facteur d'efficacité de l'aide mesurée en termes d'impact sur la croissance, elle devient l'objet d'une analyse de performance, sur laquelle sera fondée l'allocation de l'aide entre les pays bénéficiaires.

La qualité de ces politiques macro-économiques est appréhendée à travers trois éléments : la maîtrise de l'inflation, l'équilibre budgétaire et la mise en œuvre d'une politique d'ouverture commerciale.

Comme le souligne Amprou et Chauvet (2004), l'ampleur des implications sur les politiques d'aide a entraîné de nombreuses critiques, sur les arguments justifiant cette position et sur les

possibilités d'élargir la conception des conditions macro-économiques associées à l'efficacité de l'aide.

Les deux arguments présentés dans le rapport « Assessing Aid »(1998) pour justifier cette position sont :

- La fongibilité de l'aide.

Ce concept fait référence à la capacité pour un gouvernement de diminuer l'affectation de ses ressources propres dans les secteurs où il reçoit une aide. Cette aide est donc fongible dans le budget de l'Etat bénéficiaire puisqu'elle lui permet de réaffecter ses ressources internes vers d'autres secteurs.

Cet argument a fait l'objet de nombreuses critiques quant à la solidité des études économétriques utilisées, mais aussi car d'autres études ont démontré que le degré de fongibilité de l'aide était très différent en fonction des pays.

Plus récemment, d'autres auteurs soulignent que la fongibilité n'est pas un problème en soi, car le pays peut connaître une meilleure façon de maximiser l'impact de l'aide s'il poursuit des objectifs de croissance.

- L'absence d'effet de l'aide sur les politiques économiques.

L'absence d'effet de l'aide sur les politiques économiques résulte des difficultés rencontrées par les bailleurs de fonds pour mettre en œuvre les conditionnalités associées aux programmes d'ajustement structurel.

Alors que l'aide devait permettre de favoriser la mise en œuvre de ces réformes en supportant le coût, les gouvernements bénéficiaires ont souvent continué à mettre en place des politiques de long terme en suivant leurs propres orientations politiques, qui sont souvent influencées par les groupes nationaux à même de s'opposer aux réformes susceptibles de réduire leurs rentes.

Aussi, « alors que le principe même de l'aide à l'ajustement impliquait un engagement des pays à mettre en œuvre des réformes, il est fréquemment apparu que les conditions de politique économique étaient acceptées sans conviction, en raison de l'urgence d'obtenir un financement. Dans cette perspective, l'engagement formel à opérer des réformes est devenu le prix à payer pour obtenir de l'argent » (Guillaumont, 1995).

Les donateurs se sont dès lors impliqués dans la mise en œuvre des programmes, alors que les bénéficiaires, voyant la réforme comme un coût, sont entrés dans une stratégie de limitation de leur mise en œuvre. Dans un jeu séquentiel où les donateurs étaient souvent évalués sur la base de leur niveau de décaissement, les donneurs ont souvent validé des conditions qui n'étaient pas pleinement mises en œuvre.

La solution proposée par la Banque Mondiale a été de fournir une aide financière seulement aux pays dont l'engagement en faveur des réformes était avéré, et sinon

de fournir une aide sous forme d'assistance technique pour favoriser cet engagement. Comme le résume une formule du rapport « Assessing Aid » (Banque Mondiale, 1998) : « If commitment, money – If not, ideas ».

Au-delà de ces difficultés, Amprou et Chauvet (2004) exposent l'intense débat macroéconomique qui a eu lieu à l'époque sur l'impact de l'aide sur les réformes, en concluant notamment que « la perspective d'amélioration des politiques économiques » peut être plus déterminante que leur qualité, et que « l'aide peut aussi influencer les réformes par d'autres canaux que la conditionnalité ».

L'indicateur d'évaluation de la qualité des politiques économiques, établi sur la base de la maîtrise de l'inflation, de l'équilibre budgétaire et de la politique d'ouverture du pays, a également été largement mis en cause. Ces critiques sont principalement d'ordre économétrique (Amprou et Chauvet 2004), mais elles ont entraîné une évolution de la notion de bonne politique, pour être ensuite étendue à la notion de performance économique et institutionnelle.

La fragilité des résultats économétriques de Burnside et Dollar a également été largement soulignée, mais leurs résultats ont permis de relancer le débat sur l'efficacité de l'APD à un moment où celle-ci était attaquée. Pour reprendre un élément de conclusion donné par Amprou et Chauvet (2004) :

« Alors que l'aide au développement traversait une crise de légitimité, l'étude de Burnside et Dollar et le rapport Assessing Aid ont constitué une réponse aux détracteurs de l'aide : certes, l'aide n'est pas toujours efficace, mais quand les politiques économiques mises en œuvre par les pays en développement sont saines, l'aide a une influence positive sur la croissance ».

b) Le modèle de Collier et Dollar

Suite à la réorientation de l'aide vers l'objectif de lutte contre pauvreté et les OMD, une nouvelle étude de Collier et Dollar (2002) a permis d'élaborer une approche permettant de sélectionner les pays en fonction de leur capacité à apporter une efficacité optimale en termes de lutte contre la pauvreté.

La principale conclusion du modèle est la suivante : « pour maximiser la réduction de la pauvreté, l'aide devrait être allouée aux pays ayant de graves problèmes de pauvreté et de bonnes politiques économiques » (Collier et Dollar, 2002).

La notion de bonne politique économique défendue évolue pour intégrer, au-delà des politiques macroéconomiques précédemment ciblées, la qualité des institutions et de la gestion publique. Cette approche sera retenue par la Banque Mondiale pour la construction de l'indicateur Country Policy and Institutional Assessment (CPIA), toujours utilisé pour évaluer la gouvernance des pays bénéficiaires et donc l'allocation sélective des fonds.

La façon de mesurer le niveau de pauvreté a notamment fait l'objet de débats, car plusieurs études démontrent principalement que de nombreux facteurs peuvent affecter cette relation. Or l'analyse est établie sur la base d'une élasticité fixe entre la croissance et le niveau de

pauvreté, ce qui favorise les pays inégalitaires puisque l'impact de la croissance sur la pauvreté n'est pas prise en compte.

De plus, le principe d'une élasticité fixe implique l'hypothèse que l'aide n'a pas d'impact sur l'élasticité existante entre la croissance et le niveau de pauvreté. Il peut dès lors apparaître paradoxal de lutter contre la pauvreté au travers de l'aide si l'on postule que l'aide n'a pas d'influence sur la distribution des revenus (Guillaumont, 1999, 2000).

Plusieurs critiques portent sur les résultats économétriques, par exemple sur l'existence de rendement décroissant ou non en fonction d'un certain niveau d'aide.

Pour reprendre la conclusion de Amprou et Chauvet (2004) :

« Malgré le message politique très fort et attractif de l'analyse de Collier et Dollar, celle-ci n'est pas sans soulever un certain nombre de questions. Ainsi, comme nous l'avons déjà souligné, elle repose sur des hypothèses lourdes – (i) l'efficacité de l'aide en termes de croissance est plus importante dans les pays ayant mis en place des politiques économiques saines et (ii) l'effet de l'aide sur la réduction de la pauvreté passe par la croissance ».

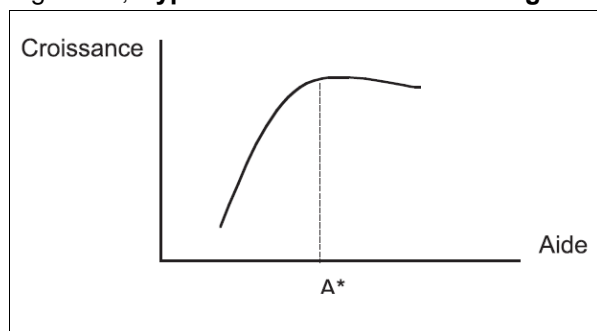
c) Les limites de la sélectivité

L'approche proposée par les études de Burnside et Dollar puis Collier et Dollar ne prend pas en compte certaines conditions macro-économiques des pays qui sont également associées à l'efficacité de l'aide, en particulier la capacité d'absorption, la vulnérabilité des pays et les situations de conflit ou post-conflit.

- La capacité d'absorption.

La capacité d'absorption est un principe suivant lequel l'aide peut avoir une efficacité plus faible au-delà d'un certain point. Elle est représentée dans la figure 12.

Figure 12, **Hypothèse de rendements marginaux décroissants de l'aide**



Les rendements marginaux décroissants sont liés à deux principales causes :

- la capacité des bénéficiaires à réaliser des investissements publics conservant la même rentabilité au-delà d'un certain seuil, comme exposé dans le graphique ci-dessous.
- Le syndrome hollandais, qui est un principe suivant lequel l'apport de ressources extérieures risque, au-delà d'un certain seuil, d'entraîner une augmentation des prix et donc une baisse de la compétitivité nationale.

Ces deux éléments font l'objet d'un débat économétrique, mais l'existence de la capacité d'absorption remet en cause les analyses de Burnside et Dollar, dans la mesure où elle est absente de leur étude alors qu'elle pourrait s'avérer plus importante que la mise en œuvre de « bonnes » politiques.

En outre, plusieurs études macroéconomiques semblent montrer que le point à partir desquels l'aide présente des rendements décroissants dépend de facteurs spécifiques à chaque pays et peut être influencé par l'action et la gestion des gouvernements et des donateurs (Foster & al, 2003).

- La vulnérabilité.

La vulnérabilité des pays est également considérée comme un facteur important d'efficacité de l'aide. Elle est constituée par l'exposition aux chocs des pays en développement, l'ampleur de ces chocs, ainsi que la résilience des pays. Les chocs considérés sont principalement climatiques, naturels et commerciaux.

L'impact d'une dégradation des termes de l'échange sur la croissance a été particulièrement étudié depuis plusieurs décennies, que ce soit pour cause d'une baisse du cours des matières premières exportées, ou d'une augmentation du coût de certaines importations.

Les concepts de vulnérabilité et de résilience sont par ailleurs de plus en plus étudiés dans le contexte actuel d'augmentation de la vulnérabilité des pays aux chocs climatiques (Guillaumont, 1999, 2006, 2009, 2010). La vulnérabilité peut affecter négativement la croissance, l'aide peut donc avoir une efficacité accrue dans les pays vulnérables en permettant d'amortir les chocs.

L'aide peut également avoir un impact important pour la pauvreté, certaines études ayant montré qu'il est moins coûteux d'aider les populations vulnérables à ne pas tomber dans la pauvreté suite à un choc, que de faire sortir ces populations de la pauvreté.

L'aide peut ainsi à la fois compenser une perte de bien-être et participer à la réduction de la pauvreté (Combes et Guillaumont, 2002)

- L'incertitude et l'imprévisibilité de l'aide.

Plusieurs études ont notamment souligné le haut niveau d'incertitude et d'imprévisibilité de l'aide (Bulir et Hamann, 2001), qui en limitant l'anticipation des flux par les gouvernements bénéficiaires peut les amener à reporter ou annuler des décisions d'investissement, ce qui diminue son efficacité. L'amélioration de ces éléments constitue ainsi un déterminant important de l'efficacité de l'aide.

- Conflits et instabilités politiques.

Les analyses présentent dans un large consensus l'impact très négatif des différents types d'instabilité politique sur la croissance (Collier et al, 2003). L'impact le plus significatif est lié aux conflits, qui au-delà de bloquer l'investissement détruisent les infrastructures et orientent les ressources vers les dépenses militaires. Là encore, les études macroéconomiques montrent l'efficacité de l'aide pour amortir l'impact des crises internes, stimuler la croissance

dans les cas post-conflit, et diminuer au niveau régional (dans les pays voisins) l'impact des crises politiques et des conflits.

Cette revue du débat sur la sélectivité nous permet d'établir un état des lieux des grands sujets macroéconomiques associés au concept d'efficacité de l'aide, mais il permet également d'illustrer la façon dont les acteurs développent des approches théoriques pour promouvoir une définition de l'efficacité conforme à leurs intérêts.

Le modèle d'efficacité promu par la Banque Mondiale dans le rapport « Assessing Aid » (1998), met ainsi en avant une efficacité de l'aide à travers son impact sur la croissance, en s'appuyant sur la mise en place des politiques macroéconomiques promues par le Consensus de Washington. Il permet ainsi de légitimer ces politiques face aux critiques, en soulignant que c'est l'échec des conditionnalités lié à la fongibilité de l'aide et à l'absence d'adhésion des pays bénéficiaires aux réformes structurelles qui est la principale cause de leur inefficacité. A travers un message politique simple et efficace, il offre aux Etats actionnaires un message conforme à leur idéologie tout en proposant une stratégie d'amélioration de l'efficacité de l'aide à travers une réallocation optimale des financements.

Le modèle de Collier et Dollar permet ensuite, en associant l'efficacité de l'aide à son impact sur la pauvreté, de la repositionner dans le nouveau paradigme de lutte contre la pauvreté, et surtout de l'initiative des OMD dont la Banque Mondiale n'a pas été l'un des promoteurs. Les critiques montrent également que certains biais favorisent dans leurs résultats les pays inégalitaires, caractéristiques souvent associées à la mise en place des politiques d'ajustement structurel.

Enfin plus globalement, de nombreuses critiques montrent la non prise-en-compte des multiples déterminants nationaux susceptibles d'affecter l'efficacité de l'aide, en termes d'impact sur la croissance ou sur la pauvreté : niveau d'inégalité et capacité de l'aide à influencer la répartition des revenus, capacité d'absorption, vulnérabilité, instabilité politique, etc.

d) Le cas de la résistance de l'APD française

L'exemple de l'APD française nous semble pertinent car il illustre au niveau international la façon dont le principe de sélectivité, promu par la BM à travers le rapport « assessing aid » et différents articles qui ont fait l'objet d'une forte médiatisation, s'est institutionnalisé pour s'imposer à l'ensemble de la communauté des bailleurs de fonds.

La BM s'est positionnée depuis plusieurs décennies comme le principal producteur de travaux de recherche sur l'efficacité de l'aide au développement. Elle bénéficie d'une influence considérable qui lui permet de promouvoir ses concepts auprès des autres banques de développement, de nombreux donateurs bilatéraux et donc du CAD. Ce « leadership » lui a permis de promouvoir la sélectivité comme la principale approche à même de garantir l'efficacité de l'aide au début des années 2000.

La sélectivité est alors devenue l'un des principaux critères d'évaluation de l'efficacité des donateurs par les multilatéraux et par le CAD. Ces modifications ont entraîné une évolution des

classements sur l'efficacité des bailleurs qui a abouti à un classement défavorable de la France, accusée de favoriser un rapport clientéliste avec ses anciennes colonies plutôt que de mettre en place une approche efficace et donc fondée sur la sélectivité.

« La BM a préconisé de juger de la « sélectivité de l'aide » des différentes sources en fonction seulement de deux critères relatifs aux pays aidés : leur niveau de développement mesuré par le produit par tête, et la qualité de leurs institutions et de leur politique économique (le CPIA). À l'aune de ce principe, l'allocation géographique de l'aide française a été l'objet de critiques... Lors de l'examen de l'aide française au Comité d'aide au développement de l'OCDE (CAD) au printemps 2004, le jugement a été émis d'une sélectivité insuffisante de l'aide française, en dépit de la priorité donnée à l'Afrique et aux pays les moins avancés... (Secrétariat du CAD, 2004, p. 4). Le gouvernement français n'est pas resté insensible à cette critique. Même si les critères de sélection de l'aide française ne sont pas encore clairement définis, on note dans le relevé des conclusions de la réunion du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) en juillet 2004 le souhait d'une programmation de l'aide plus sélective « en fonction de la capacité des États à gérer l'aide internationale... » (Guillaumont Jeanneney et Guillaumont, 2006)

Dès lors, on constate que si le rapport du Comité d'Analyse Economique a été établi pour proposer une nouvelle vision de l'APD Française en cours de reconstruction autour de l'AFD, il répond également à cette demande d'adoption, par le CICID, d'une approche sélective de son APD.

La structure du rapport illustre cette préoccupation :

- le premier chapitre sur « les fondements de l'aide » étudié précédemment (Jacquet et Naudet, 2006), présente le concept « d'ambivalence de l'aide » qui souligne la difficulté d'avoir une vision uniforme de son efficacité.
- le second chapitre « Efficacité, sélectivité et conditionnalité de l'aide au développement : enseignements pour la politique française » (Guillaumont Jeanneney et Guillaumont, 2006) présente l'ensemble des critiques adressées au concept de sélectivité défendu par les Institutions de Bretton Woods. Il souligne l'inadaptation du concept pour évaluer la politique française, expose la diversité des critères de jugement qui peuvent fonder une approche française, puis propose une approche de la sélectivité répondant à sa vision de l'efficacité et à ses intérêts.
- Le troisième chapitre propose une nouvelle vision de l'APD et de ses instruments valorisant l'approche financière de l'AFD, au détriment d'une logique de coopération fondée sur l'assistance technique et de redistribution. Cette vision est résumée dans l'extrait ci-dessous issue de la présentation générale du rapport : « une APD moderne repose sur une mission essentielle : utiliser les ressources limitées du contribuable pour faire levier sur les financements privés et les orienter vers des objectifs de politique publique, et pour imaginer les montages financiers les plus adaptés en fonction de la situation et de la nature des bénéficiaires (qui ne sont pas seulement des États, mais sont aussi des collectivités locales, des entreprises publiques et privées, des ONG) et au profit de la production de biens publics locaux et internationaux ».

Le rapport du CEA marque donc la volonté de défendre une nouvelle vision française de l'APD qui nécessite désormais la construction de capacités de recherche pour peser sur le débat théorique sur l'efficacité de l'aide alors dominé par la BM. La majorité des auteurs de ce rapport sont ainsi des chercheurs de l'Agence Française de Développement (AFD) et du Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI), organisations qui sont à l'origine de la création en 2003 de la Fondation pour les Etudes et Recherche sur le Développement International (FERDI) devenue le principal « think tank » économique français sur l'aide au développement, qui sera très impliqué dans la promotion des travaux sur la prise en compte de vulnérabilité des pays bénéficiaires.

Pour conclure, nous nous appuyons sur le récent article publié par la FERDI « Performance-based allocation (PBA) of foreign aid : still alive? » (Guillaumont et Wagner, 2015), soulignant l'actuel déclin de cette approche. Alors que son utilisation reste limitée aux bailleurs de fonds multilatéraux (BM et les Banques de développement Africaine, Asiatique, Interaméricaine...), les limites techniques présentées ont entraîné l'exclusion progressive de nombreux bénéficiaires de son champ d'application, comme les Etats fragiles ou les petits pays. Parallèlement, la création de fonds spécifiquement dédiés à des problématiques comme le sida a également diminué son champ d'application

Plus globalement, alors que le succès de l'approche était en grande partie associé à la recherche d'efficacité, son évaluation sur la base de la gouvernance des pays bénéficiaires est toujours apparue comme subjectif, ce qui a limité son expansion.

2. L'émergence du financement basé sur la performance (FBP)

Le financement basé sur la performance émerge également à la fin des 1990, en s'appuyant sur une double évolution.

1. La conception d'une aide centrée sur les bénéficiaires finaux

La conception d'une « aide aux gouvernements » associée à la guerre froide cède la place à une vision du développement centrée (i) sur les valeurs éthiques promue par une société civile internationale en plein essor (Severino 2001), et (ii) sur la volonté de donner à chaque individu la liberté de se réaliser, dans le sens théorisé par d'Amartya Sen à travers la notion de « capabilities » (1973, 1990), puis mis en pratique par l'Indicateur de développement Humain (PNUD). Dans cette nouvelle conception, les bénéficiaires finaux ne sont plus les gouvernements partenaires, mais les individus des pays en développement que l'aide doit « libérer » de la pauvreté.

2. L'essor des théories du New Public Management.

L'essor des théories du New Public Management offre aux institutions internationales chargées du développement, alors confrontées à une crise de légitimité, de nouvelles approches pour répondre aux nouvelles exigences de reddition de comptes.

L'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2000, assortie d'une date butoir en 2015, constitue ainsi

pour l'APD un nouveau cadre de gestion axée sur les résultats qui redynamise l'effort d'aide des donateurs à travers la lutte contre la pauvreté, tout en renforçant le besoin de rendre compte de leur efficacité.

L'aide, qui était jusqu'ici perçue comme un contrat d'Etat à Etat, devient alors perçue comme un transfert des contribuables du nord vers les populations du sud, plaçant les gouvernements et les institutions de développement dans le rôle « d'agents » redevables de la gestion des fonds qui leurs sont confiés. L'aide est alors de plus en plus conceptualisée au travers des modèles principal-agent (Swensson, 2000 ; Azam et Lafont, 2002 ; Cordella et Dell'Araccia 2003 ; Torswik 2005), approche théorique sur laquelle est fondée le principe du financement à performance.

Cette conceptualisation conduit naturellement à l'utilisation des incitations, qui constitue, suivant la théorie de l'agence, le moyen d'aligner l'intérêt de l'agent (le gouvernement bénéficiaire) sur celui du principal (les bénéficiaires finaux et les contribuables au travers des OMD).

L'approche du financement à la performance émergera alors à deux niveaux :

1. Au niveau global.

L'échec des conditionnalités lors de la mise en place de programmes d'ajustement structurel a entraîné, parallèlement à la création de la sélectivité, une approche basée sur une conditionnalité de performance portée par la Commission Européenne.

Sans changer la logique redistributive qui fonde les critères d'allocation de ses dons entre les différents pays bénéficiaires, la Commission Européenne commença à intégrer une tranche variable à certains programmes d'aide budgétaire. Il s'agit d'une aide financière directement versée au budget de l'Etat bénéficiaire, assortie de tranches décaissables en fonction des performances obtenues dans les domaines économiques et sociaux.

Sur le plan technique, cette approche constitue pour la CE « une approche innovante de la conditionnalité » (CE, 2005) ayant pour but (i) de promouvoir l'appropriation puisque les choix politiques relèvent du gouvernement, (ii) d'éviter un jugement arbitraire fondé sur des mesures de politiques économiques disparates, (iii) de permettre une intervention progressive en fonction des résultats, et (iv) de faciliter la coordination des donateurs par un alignement sur les résultats (CERDI, 2002).

Entre 1999 et 2001, l'Union Européenne a ainsi signé une trentaine de conventions de financement pour la mise en place de programmes d'aide budgétaire incluant une ou plusieurs tranches variables dont le décaissement dépendait d'indicateurs de résultats, le plus souvent dans le domaine des finances publiques, de l'éducation et/ou de la santé.

Les indicateurs concernaient des cibles à atteindre au niveau national généralement issues du DSRP, et pouvaient être classés en trois catégories : les indicateurs de cohérence budgétaire (ex : part des secteurs sociaux dans le budget), des indicateurs de mise en œuvre budgétaire

(ex : taux d'exécution du budget) et des indicateurs d'efficacité (ex : délai de passation des marchés).

L'approche s'est ensuite fortement étendue avec la promotion de l'aide budgétaire comme instrument phare de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, pour atteindre près de 50% du 10^{ème} Fonds Européen de Développement. L'approche s'est également progressivement diffusée chez de nombreux bailleurs bilatéraux qui adoptèrent l'instrument d'aide budgétaire après la signature de la Déclaration de Paris.

Toutefois, face aux risques de gouvernance associés à cette « aide budgétaire globale » (de Renzio, 2007), ainsi qu'au faible effet incitatif d'une prime directement versée au budget de l'Etat pour les responsables des politiques sectorielles (CE, cours des compte, 2007), certains bailleurs de fonds délègueront la gestion de leur aide budgétaire aux ministères directement en charge de la production de résultats, à travers des « aides budgétaires sectorielles ».

2. Au niveau sectoriel.

Au niveau sectoriel, l'augmentation des financements mobilisés vers les secteurs sociaux depuis le milieu des années 1990, qui sont confrontés à une faible capacité d'absorption et un besoin accru de rendre des comptes, a entraîné la réalisation d'initiatives innovantes en matière de financement basé sur les résultats.

D'après Fritsche et al (World Bank, 2014), les premières expériences « d'introduction des forces du marché dans les soins de santé primaire » apparaissent à la fin des années 1980 et au début des années 1990 dans la Province Ouest de la Zambie, dans le cadre d'un programme de cofinancement du système de santé provincial (Soeters et Nzala 1994). Des approches contractuelles de financement basé sur la performance pour l'achat de prestations de santé ont ensuite été mises en place dans les années 2000 au Cambodge puis en Haiti. (Bhushan, Keller, et Schwartz, 2002; Bhushan et al. 2007; Soeters et Griffi THS 2003).

L'approche sera ensuite principalement théorisée à partir de l'expérience développée au Rwanda depuis 2002 (Soeters & al, 2006), qui a été le premier pays à en faire une politique nationale suite à une phase pilote mise en œuvre dans plusieurs districts.

Au niveau sectoriel l'approche s'appuie sur une logique contractuelle, suivant laquelle les structures de santé sont dotées d'une autonomie de gestion, rémunérées en fonction de leur niveau de performance sur des indicateurs prédéfinis, et partiellement évaluées par des organisations de bénéficiaires. Les approches de FBR au sein des systèmes nationaux peuvent prendre différentes formes, suivant les compromis définis avec les gouvernements nationaux.

Les deux principaux types sont le paiement des structures de santé à l'acte, qui favorise leur autonomie de gestion et leur mise en concurrence, ou le versement de primes régulières en fonction du niveau de performance obtenu sur certains indicateurs

L'approche connaîtra une expansion très rapide suite aux évaluations à mi-parcours des OMD (UN, 2007), la faible progression des résultats malgré l'augmentation significative des

financements plaçant l'efficacité comme priorité centrale des programmes d'aide. Elle sera notamment diffusée par la BM, à travers un fonds alimenté par les coopérations britannique et norvégienne (Health Results Innovation Trust Fund), qui offre aux agents de l'institution une incitation leur permettant de doubler le montant de leurs projets en cas d'utilisation de cette approche.

Les approches de FBP au sein des systèmes nationaux de santé ont alors pris leur essor en RDC et au Burundi (2006), au Cameroun (2008), en Indonésie (2009), en RCA (2010), en Sierra Leone (2011), puis entre 2013 et 2017 dans les pays suivants : Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Chad, Djibouti, Gabon, Gambie, Kenya, Kirghizstan, Laos, Lesotho, Liberia, Mozambique, Nigeria, Sénégal, Sud Soudan, Tadjikistan, Tanzanie, Vietnam, Zambie, Zanzibar et Zimbabwe.

Dans le secteur de la santé, le FBP est actuellement l'un des principaux instruments utilisés pour répondre à la volonté de mise en place d'une couverture sanitaire universelle internationale, qui constitue le nouvel objectif des politiques de santé globale promu par l'Organisation Mondiale de la Santé. Destiné à renforcer l'efficacité de l'offre de soins, il est généralement associé à la mise en place d'un système assurantiel dont l'objectif est de pérenniser le financement de la demande. L'approche globale vise donc la diffusion d'un processus de mise en marché de l'offre et de la demande de soins au niveau local.

Suivants ses promoteurs (Meesen & al, 2011), l'approche permet une plus grande redevabilité, une amélioration de l'efficacité, une meilleure coordination des partenaires, et s'inscrit plus généralement dans « un mouvement international puissant vers des modèles de finance publique basés sur les résultats et mieux orientés vers les clients, inspirés du New public management ».

A l'inverse, ses détracteurs soulignent qu'il est très difficile d'associer l'évolution favorable des systèmes de santé aux dispositifs FBR (Ireland & al, 2011). Leurs mises en œuvre sont en effet très dépendantes du contexte, puisqu'elles sont réalisées au sein de systèmes complexes. Ainsi le Rwanda est-il un pays dont le système de santé a été fortement affecté par une guerre civile, qui a ensuite connu une croissance économique supérieure à 9% durant la période considérée, et dont le régime politique actuel est souvent qualifié d'autoritaire. Le Président Paul Kagame a ainsi été Vice Président de 1994 à 2000, avant d'être réélu à ce poste par le suffrage universel en 2003 (97%), 2010 (93%) et 2017 (98%).

Par ailleurs, aucune étude n'aurait évalué les impacts potentiellement négatifs souvent attribués aux incitations par la littérature académique, comme les distorsions entre services de santé, les manipulations du système de reporting (gaming), ou encore la sélection de patients. Emmanuel Paul (2015) précise également que le FBR reste soumis aux contraintes classiques de l'aide comme le « syndrome du samaritain » face à la menace du retrait de l'aide, ou le faible effet de levier des partenaires extérieurs sur la politique nationale et la redevabilité. Elle souligne aussi les risques liés à la pérennisation du dispositif après la fin des financements extérieurs, qui peuvent entraîner une démotivation du personnel. Elle présente également les risques d'une distorsion des allocations vers les cibles à court terme au détriment des enjeux de long terme. Sur un plan théorique, elle dénonce enfin l'inadaptation d'un dispositif incitatif basé sur la théorie de l'agence, initialement destiné à aligner l'intérêt

des gestionnaires sur ceux des actionnaires, à des chaînes d'acteurs complexes dont les intérêts sont souvent divergents.

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous avons présenté quelques uns des principaux enjeux sous-jacents aux débats sur la réforme de l'aide et aux principales approches promues pour en améliorer l'efficacité.

Le concept d'ambivalence de l'aide développé par Jacquet et Naudet (2006) met en perspective les tensions existantes entre les différentes conceptions de l'aide (redistribution et développement) comme entre les intérêts de ses principaux acteurs (donateurs et bénéficiaires).

Le concept d'appropriation, principe central des réformes promues par la « Déclaration de Paris pour une meilleure efficacité l'aide », apparaît dès lors comme une construction évoluant en fonction de l'environnement international et des rapports de forces entre les principaux acteurs.

Dans cette perspective, la sélectivité et le financement basé sur la performance constituent deux approches gestionnaires promues par les principaux donateurs pour diffuser leur conception de l'appropriation, tout en préservant leurs propres intérêts à travers de nouvelles formes de conditionnalité.

Alors que la sélectivité est en phase de déclin, notamment à cause de la démonstration de la subjectivité de son lien avec l'efficience recherchée, la capacité du financement basé sur la performance à aligner les acteurs sur des indicateurs de performance jugés « concrets » favorise aujourd'hui sa diffusion rapide, tant chez les bailleurs de fonds que chez les gouvernements bénéficiaires.

Cette évolution conduit à prolonger les liaisons contractuelles et les systèmes d'incitation promus par les bailleurs de fonds au niveau des acteurs internes des Etats bénéficiaires. Les tranches variables intégrées à l'aide budgétaire de la CE sont ainsi adossées à la mise en place d'une budgétisation par programme (ou budgétisation basée sur la performance), qui constitue un dispositif de contrôle de gestion au niveau du Ministère des Finances. Les programmes de financement basé sur la performance dans le secteur de la santé sont adossés à la création d'un dispositif de contrôle de gestion entre le programme du Ministère qui reçoit les financements extérieurs, et les centres de santé au niveau local.

Toutefois la mise en place de ces dispositifs de contrôle de gestion ne résout pas les questions relatives à la nature de la performance recherchée, dont la définition reste le fruit d'une négociation entre les intérêts des donneurs et des bénéficiaires d'une part, et entre le paradigme du développement et le paradigme redistributif d'autre part.

Chapitre 3 : Présentation du cadre d'interprétation et méthodologie

Le financement basé sur la performance constitue une transposition des instruments de contrôle de gestion dans le domaine de l'aide au développement dans un contexte de diffusion du New Public Management (Hood, 1995). Ces instruments ont été initialement développés dans les grandes entreprises industrielles américaines au cours des années 1920, avant d'être adoptés par l'ensemble des organisations privées et aujourd'hui mis en œuvre dans la sphère publique.

Comme le résumait Morales et Sponem :

« L'affaire est entendue, on ne gère bien que ce que l'on mesure. Il faut quantifier, évaluer, contrôler les politiques et les agents publics, les patients, les enseignants, les chercheurs, les travailleurs sociaux comme le sont les managers dans les grandes entreprises privées. Il faut développer dans toutes les organisations la direction par objectifs et contractualiser les engagements de chacun. La mise en œuvre de ces techniques semble aller de soi. Le développement du contrôle de gestion doit améliorer la prise de décision, et donc l'allocation des ressources, et favoriser la convergence des buts entre les différents acteurs de l'organisation grâce au développement des systèmes d'incitation ». (Morales et Sponem, 2009, p.2)

Cette recherche s'inscrit dans le courant des approches critiques en contrôle de gestion, que nous entendons ici comme l'interrogation des évidences, par la mise en lumière des fondements normatifs sous-jacents associés à ces systèmes.

Avant d'exposer notre cadre d'interprétation et les courants théoriques qu'il mobilise, nous présentons donc en introduction de ce chapitre le contrôle de gestion et sa principale fondation théorique qu'est la théorie de l'agence, puis les courants de recherche qui en proposent un point de vue critique.

Le contrôle de gestion : une approche économique et fonctionnaliste

Le contrôle de gestion a été conçu pour faciliter une distribution des pouvoirs au sein de grandes organisations ayant intégré de nombreuses entités diverses. Il est fondé sur la logique de « délégation par le contrôle » (Sloan, 1963) et a été initialement théorisé par Anthony qui le définit en 1965 comme : « le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation ».

Au cours des années 1960, 1970 et 1980, le développement des théories organisationnelles conduit à repenser le lien entre les managers et le processus d'évaluation des objectifs et résultats. L'incertitude, la complexité et l'asymétrie d'information ne rendent pas souhaitable l'élaboration d'une stratégie au-delà de certaines lignes générales, car le rôle du manager est autant d'appliquer que d'achever la stratégie en trouvant les meilleures solutions pour la mettre en œuvre. Anthony formulera ainsi en 1988 une définition plus large du contrôle de gestion : « le processus par lequel les managers influencent d'autres managers de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation ».

Il précise alors également sa conception « contractualiste », en soulignant l'importance de faire converger les intérêts des individus avec ceux de l'organisation : « la tâche essentielle du

contrôle de gestion est de définir l'organisation et les méthodes de fonctionnement de sorte que les personnes puissent mieux atteindre leurs propres objectifs tout en dirigeant leurs efforts vers les objectifs de l'organisation » (Anthony, 1988).

Le contrôle de gestion est ainsi principalement fondé sur les théories de l'économie organisationnelle, ou théories contractuelles des organisations, qui considèrent l'entreprise comme un nœud de relations contractuelles. Les contrats explicites ou implicites sont l'objet d'accords soit à l'intérieur même des firmes, par exemple des contrats de travail, soit à l'extérieur, comme la plus grande partie des contrats avec des fournisseurs ou des clients. L'entreprise est le lieu où ces contrats se rencontrent et interagissent.

L'utilisation des incitations pour aligner les intérêts des objectifs des personnes sur ceux de l'organisation, s'appuie plus spécifiquement sur la théorie de l'agence.

La théorie de l'agence

La théorie de l'agence définit la problématique des divergences d'intérêts qui existent parmi les principaux acteurs (ou agents) d'une société et qui naissent des asymétries d'informations entre les agents. On distingue les dirigeants (agents) et les actionnaires ou créanciers (principaux). La divergence d'objectifs implique la création d'un équilibre de compromis pour satisfaire les parties.

Jensen et Meckling (1976) définissent ainsi l'objet d'analyse de cette théorie comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le mandant, le principal ou les principaux) engagent une autre personne (le mandataire ou l'agent) pour accomplir une action en leur nom, ce qui implique la délégation à l'agent d'un certain pouvoir décisionnel ». La relation d'agence, dans cette représentation, ne concerne que deux personnes, l'une d'elle, le principal (ou le mandant), délègue un droit décisionnel à l'autre, l'agent (ou le mandataire).

Cette relation comprend plusieurs caractéristiques :

- une relation d'autorité. L'agent accepte, moyennant rétribution, de céder une partie de ses droits décisionnels pour accomplir la mission qui lui a été confiée, en tenant compte des objectifs du principal.
- une asymétrie d'information. Le principal n'est pas en mesure d'évaluer exactement l'effort mis en œuvre par l'agent. Il est face à un risque moral.
- une mise en jeu de droits de propriété. Le principal transfère à l'agent, de manière provisoire, une partie de son droit de propriété sur les actifs impliqués dans la mission déléguée.

Dans ce contexte d'asymétrie d'information et d'impossibilité de rédiger des contrats complets en raison de la rationalité limitée et de l'incertain, les conflits d'agence peuvent survenir à la fois aux stades pré- et post-contractuels.

La théorie de l'agence repose donc sur deux hypothèses comportementales :

- La première postule que les individus sont susceptibles de tirer profit de l'incomplétude des contrats, ce qui les place en situation d'asymétrie d'information ;
- la deuxième suppose que les individus cherchent à maximiser leur utilité, ce qui génère des conflits d'intérêt.

Les problèmes d'agence sont liés à la fois à l'incertitude, à l'imparfaite observabilité des efforts de l'agent ainsi qu'aux coûts d'établissement et d'exécution des contrats. La complexité du

travail managérial ne pouvant faire l'objet d'une spécification précise, l'actionnaire s'expose, par conséquent, à l'opportunisme du dirigeant. Ainsi, plus l'environnement sera incertain, l'information asymétrique et la mesure de l'effort individuel problématique, plus sera élevé le risque de négligences préjudiciables aux intérêts des actionnaires.

Le risque pour tout individu ou institution amenée à proposer un contrat est double, le premier est celui de l'anti-sélection et le second risque est celui de l'aléa moral :

- Le risque de l'**anti-sélection**, ou sélection adverse, est lié à l'existence d'asymétrie d'information ex-ante. Les parties ne disposant pas toujours du même niveau de connaissance, l'agent aura tendance à exploiter l'information privée dont il dispose pour établir un contrat au mieux de ses propres intérêts.
- Le risque d'**aléa moral**, ou de hasard moral, est associé à l'asymétrie d'information ex-post. Les parties ne disposant pas toujours du même niveau de connaissances et de compétences face à un problème donné, l'agent aura tendance à agir au mieux de ses propres intérêts dans le mandat de gestion qui lui est confié. Cette action est rendue possible aussi en raison de l'incapacité par le mandataire d'exercer le contrôle sur la valeur des décisions prises par le mandaté.

Une présentation synthétique de la théorie de l'agence est ainsi proposée par Eisenhardt (1989) dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10, **Aperçu général de la théorie de l'agence**

Aperçu général de la théorie de l'agence	
↳ Idee principale	Les relations principal-agent doivent refléter une organisation efficace de l'information et des coûts de prise en charge du risque
↳ Unité de l'analyse	Contrat entre principal et agent
↳ Hypothèses concernant les individus	Aversion au risque Intérêt personnel Rationalité limitée
↳ Hypothèses concernant les organisations	Conflit partiel d'objectifs entre les participants L'efficacité comme critère d'efficacité Asymétrie d'information entre le principal et l'agent
↳ Hypothèses concernant l'information	L'information est un produit qu'on peut acheter
↳ Les problèmes liés au contrat	L'agence (risque moral et anti-sélection) Partage de risque
↳ Domaine de problème	Les relations dans lesquelles le principal et l'agent ont des objectifs et des préférences quant au risque qui diffèrent.
Source : Eisenhardt (1989).	

Le courant des recherches critiques en contrôle de gestion

Selon la revue de littérature réalisée par Morales et Sponem (2009), les premières approches alternatives au courant dominant ont émergé dans les années 1960 et 1970 en s'appuyant sur les théories comportementales, montrant que l'engagement des individus n'est pas uniquement fondé sur le calcul et l'aversion au travail, avant que les travaux basés sur les théories psychologiques ne deviennent dominants dans les années 1980 et 1990. Ayant peu réussi à faire évoluer la théorie, ces approches sont aujourd'hui en déclin.

Un autre courant émerge à partir des années 1970 en s'appuyant sur la sociologie, qui s'est avérée être une ressource féconde pour les recherches alternatives en comptabilité, dont le contrôle de gestion n'est qu'une sous-catégorie. Il regroupe différentes approches s'inspirant des théories de la contingence, néo-institutionnelle, marxiste et foucauldienne.

D'après Morales et Sponem (2009), son développement s'explique notamment par la difficulté des théories néoclassiques à répondre aux pratiques réelles observées, par le recrutement d'enseignants en contrôle de gestion ayant une formation initiale en sociologie ou philosophie, et par les difficultés de publication dans le milieu très fermé des chercheurs néoclassiques nord-américains.

Il a également été facilité par la création de la revue britannique « Accounting Organisation et Society », qui a pu fédérer les travaux européens et américains pour devenir l'une des cinq revues les plus influentes du champ. Comme le précise son fondateur Anthony Hopwood, l'objectif était de « voir la comptabilité comme un phénomène à la fois organisationnel et social » et de prendre en compte les « questions de pouvoir, d'influence et de contrôle » (Hopwood, 1976, p3).

Morales et Sponem (2009) proposent une vision large des recherches critiques en contrôle de gestion, qui intègre tous les travaux mettant en cause les hypothèses du courant néo-classique dominant (également partagées par les théories contingentes), dont ils distinguent trois catégories suivant leur capacité à remettre en cause trois postulats : la rationalité, la neutralité et l'objectivité.

Le postulat de rationalité des systèmes de contrôle de gestion est principalement mis en cause par le courant de la Sociologie Néo Institutionnel (SNI), pour lequel l'adoption de systèmes de contrôle de gestion peut répondre au besoin de l'organisation d'afficher un symbole de rationalité pour se conformer aux attentes du champ organisationnel, sans que le fonctionnement technique de l'organisation ne soit véritablement modifié.

Le postulat de neutralité est notamment mis en cause par des travaux s'inspirant de Marx et présentant le contrôle de gestion comme une idéologie favorisant les intérêts des actionnaires au détriment de ceux des travailleurs (Hopper et Armstrong, 1991 ; Ezzamel et al, 2008). Les travaux de Bourdieu sont également mobilisés pour montrer comment la mise en place des instruments de gestion dans les administrations publiques favorise le contrôle sur le travail par les financeurs, au détriment des groupes de professionnels locaux. (Kurunmäki,1999 ; Townley, 2002).

Enfin le postulat d'objectivité est principalement mis en cause en mobilisant deux courants sociologiques. La théorie de l'acteur réseau, issue des travaux de Latour et Callon en sociologie des sciences et techniques, démontre notamment comment certaines organisations mobilisent un réseau pour influencer la production de dispositifs de contrôle, qui influence à leur tour la subjectivité des individus. Les travaux de Foucault, en particulier relatifs aux relations existantes entre savoir et pouvoir (1975), montre l'impartialité des techniques de contrôle de gestion qui répondent à des programmes, comme celui de créer des régimes disciplinaires (Miller et O'Leary, 1987).

Tableau 11, **Les approches critiques en contrôle de gestion : proposition de synthèse**

	Approches néo-institutionnelles	Approches marxistes	Approche foucauldienne
But des recherches	Décrire pour comprendre	Identifier les sources de la domination pour changer la société	Dévoiler pour rendre les individus conscients
Question(s) sous jacente	Quelles sont les raisons pour lesquelles les systèmes de contrôle de gestion se développent ?	A qui profitent les systèmes de contrôle de gestion ? Comment les dirigeants et les actionnaires les utilisent-ils pour reproduire les structures de pouvoir entre classes ?	Quels sont les effets des systèmes de contrôle ? Quels sont leurs liens avec les programmes sociétaux de gouvernement ?
Résultats empiriques	Les systèmes de contrôle reflètent les attentes du champ organisationnel dans lequel l'organisation s'insère, ils peuvent ainsi participer à la légitimation de l'organisation	Les systèmes de contrôle de gestion permettent d'intensifier et de flexibiliser la force de travail. L'utilisation du contrôle de gestion dépend de la capacité des travailleurs à se défendre.	Les systèmes de contrôle permettent de rendre calculables les comportements et, ainsi, de discipliner les individus.
Niveau d'analyse et terrains privilégiés	Analyse au niveau organisationnel ou du champ organisationnel	Analyse au niveau des groupes d'individus (classes) et de la société	Analyse au niveau des individus et de la société
Méthodes utilisées	Etudes de cas	Etudes de cas Histoire	Etudes de cas Histoire
Hypothèses sur les buts de l'organisation	L'organisation est un acteur qui doit s'adapter à son environnement institutionnel	L'organisation est un lieu d'exploitation permettant de servir les intérêts dominants	L'organisation est un lieu de savoir et de pouvoir permettant de rendre les individus gouvernables
Hypothèses sur la rationalité	La rationalité des agents est limitée	Chaque classe sociale a un comportement rationnel	La rationalité des agents est située
<i>Hypothèses sur les rôles du contrôle de gestion</i>	<i>Les systèmes de contrôle sont des mythes rationnels qui permettent à l'organisation de se légitimer</i>	<i>Les systèmes de contrôle sont des outils de domination et d'exploitation de la force de travail</i>	<i>Les systèmes de contrôles sont des dispositifs de gouvernement</i>

(source : Morales et Sponem, 2009)

Les recherches critiques permettent ainsi de réintégrer les dimensions de pouvoirs et d'intérêts, d'élargir le champ d'étude au-delà des grandes entreprises nord-américaines, mais aussi de réfléchir, au-delà des objectifs fonctionnels de l'organisation, à leurs impacts sur les individus, les organisations et la société.

Comme le concluent Morales et Sponem (2009) :

« En montrant que les choses ne sont pas inévitables, que les outils sont des constructions sociales, les approches critiques rendent discutables les dispositifs de contrôle adoptés dans les organisations. Elles montrent que si les choses ne sont pas inéluctables, bien souvent les mêmes problématiques se répètent. Les nouveaux outils, les nouvelles pratiques, les nouveaux discours doivent être évalués et discutés à l'aune de l'histoire. En procédant ainsi, les recherches critiques tentent de réintroduire la discussion de ces dispositifs dans le débat démocratique afin d'éviter qu'il ne soit accaparé par des experts ».

Le New Public Management

Le New Public Management apparait dans les années 1980 comme une rupture avec la précédente doctrine d'administration publique issue du début du siècle qui était fondée sur la nécessaire séparation entre les intérêts publics, privés et le politique, afin de limiter les pratiques de corruption. Comme le précise Hood (1995, p1) :

“The assumption is that politicians are inherently venal, using their public office wherever possible to enrich themselves, their friends and relations, and that reliance on private-sector contracting for public services inevitably leads to high-cost low quality products, either because of corrupt influence on the contract awarding process or because the public contract market will come to be controlled by organized crime...”

A l'inverse, les bases du NPM sont l'élimination de la différence entre le public et le secteur privé et la décentralisation des responsabilités vers les manager. Le rôle de la comptabilité dans cette nouvelle doctrine joue un rôle central, puisqu'elle reflète une confiance dans les mécanismes de marché et les modèles de gestion privée, alors que les fonctionnaires sont vus comme des bureaucrates consommateurs de budgets dont il convient d'évaluer le coût et la pertinence des activités par les techniques comptables (Hood, 1995). Le NPM est ainsi fortement construit sur l'idée du contrôle homéostatique, soit la préalable clarification des objectifs et missions permettant de construire le système de contrôle qui leurs sont adaptés.

Soulignant la diversité des définitions, Hood (1995) évoque les éléments les plus fréquemment repris dans la littérature :

« un changement d'orientation de l'élaboration des politiques vers les compétences de gestion, d'une contrainte sur le processus à une contrainte sur les résultats, d'une hiérarchie ordonnée à un modèle d'organisation concurrentielle pour la fourniture de services publics, d'une rémunération uniforme à une rémunération variable, d'une fonction publique inclusive à une structure variable développant le recours à la contractualisation externe ».

Dans le tableau n°12 (ci-dessous), Hood (1995) reprend ainsi, dans un exercice de synthèse dont il souligne les simplifications, les principaux éléments idéologiques du NPM. Suivant son explication historique, les quatre premiers sont associés au rapprochement entre le public et le privé, les trois derniers au travers de responsabilité des procédures vers la production.

Hood démontre ensuite que cet exercice basé sur la littérature ne reflète pas la réalité des pratiques observées, puisque ces sept éléments ont été mis en œuvre de façon très variable dans les pays de l'OCDE. Il souligne également l'absence d'explication centrale dans le processus de diffusion du NPM, les principales thèses étant toujours contestées par le cas de certains pays.

Pour notre recherche, cette présentation s'appuyant sur l'article de Hood permet de bien positionner le développement du financement basé sur la performance (PBF en anglais) dans les principes du NPM, mais souligne également que son adoption s'est réalisée suivant des motivations et modalités variables dans les différents pays de l'OCDE.

Tableau 12 - Doctrinal components of new public management

No.	Doctrine	Typical justification	Replaces	Operational significance	Some possible accounting implications
<i>PS distinctiveness</i>					
1.	Unbundling of the PS into corporatized units organized by product	Make units manageable; and focus blame; split provision and production to create anti-waste lobby	Belief in uniform and inclusive PS to avoid underlaps and overlaps in accountability	Erosion of single service employment; arms-length dealings; devolved budgets	More cost centre units
2.	More contract-based competitive provision, with internal markets and term contracts	Rivalry as the key to lower costs and better standards; contracts as the key to explicating performance standards	Unspecified employment contracts, open-ended provision, linking of purchase, provision, production, to cut transaction cost	Distinction of primary and secondary public service labour force	More stress on identifying costs and understanding cost structures; so cost data become commercially confidential and cooperative behaviour becomes costly
3.	Stress on private-sector styles of management practice	Need to apply proven private-sector management tools in the public sector	Stress on PS ethic fixed pay and hiring rules, model employer orientation centralized personnel structure, jobs for life	Move from double imbalance PS pay, career service, unmonetized rewards "due process" employee entitlements	Private-sector accounting norms
4.	More stress on discipline and frugality in resource use	Need to cut direct costs, raise labour discipline, do more with less	Stable base budget and establishment norms, minimum standards, union vetoes	Less primary employment, less job security, less producer-friendly style	More stress on the bottom line
<i>Rules vs discretion</i>					
5.	More emphasis on visible hands-on top management	Accountability requires clear assignment of responsibility not diffusion of power	Paramount stress on policy skills and rules, not active management	More freedom to manage by discretionary power	Fewer general procedural constraints on handling of contracts, cash, staff; coupled with more use of financial data for management accountability
6.	Explicit formal measurable standards and measures of performance and success	Accountability means clearly stated aims; efficiency needs hard look at goals	Qualitative and implicit standards and norms	Erosion of self-management by professionals	Performance indicators and audit
7.	Greater emphasis on output controls	Need for greater stress on results	Stress on procedure and control by collibration	Resources and pay based on performance	Move away from detailed accounting for particular activities towards broader cost centre accounting; may involve blurring of funds for pay and for activity

(Source : Hood, 1995)

Le cadre d'analyse

L'objectif de notre cadre d'analyse est d'appréhender la dimension performative associée à la diffusion du financement basé sur la performance. Par performative, nous entendons ici la capacité du système de gestion à co-construire les réalités autant qu'il les décrit.

Le cadre théorique utilisé pour cette recherche est celui du « compromis performatif », développé par Jean-Pascal Gond dans l'article « Rendre compte du social - L'art du compromis performatif » (2013). Ce cadre d'analyse mobilise deux approches de la performativité en sciences de gestion pour décrire la réalisation d'un compromis dans lequel différentes catégories d'acteurs interagissent en mobilisant des idéologies et théories, pour aboutir à un modèle national sur la façon de faire rendre compte aux entreprises de leur responsabilité sociale.

Ce cadre théorique apparaît fécond pour l'analyse de notre objet d'étude, car il permet d'interroger la façon dont les acteurs dominants de l'APD mobilisent des idéologies et des théories pour concevoir et diffuser des instruments de gestion comme le FBR, dont la mise en œuvre fait l'objet d'une négociation avec les gouvernements nationaux.

Ces deux approches de la performativité mobilisent deux courants de littérature différents en sociologie, les théories néo-institutionnalistes et la théorie de l'acteur réseau, dont nous présentons ci-après les principaux concepts. Nous exposerons ensuite comment ces théories ont été mobilisées par la recherche critique en contrôle de gestion, en particulier pour démontrer leur logique performative.

Nous définirons ensuite notre cadre d'analyse, en soulignant la complémentarité des dimensions performatives mobilisées et en présentant sa pertinence avec notre objet d'étude.

Section 1 : La sociologie néo-institutionnelle

La sociologie néo institutionnelle est née dans les années 1970 comme une alternative aux théories dominantes dans le domaine de la recherche sur les organisations que sont les théories néo-classiques et de la contingence. Pour ces dernières, le comportement organisationnel est centré sur le dirigeant de l'organisation, dont l'objectif est d'appréhender au mieux le contexte technico-économique pour prendre les décisions rationnelles permettant de valoriser son efficacité.

A l'inverse, la théorie néo institutionnelle développe, dès le premier texte fondateur de Meyer et Rowan (1977) « Institutionalized Organisations : Formal Structure as Myth and Ceremony. », un cadre permettant d'expliquer les comportements organisationnels jugés non rationnels.

1. Les fondements de la théorie néo-institutionnelle

a) Le champ institutionnel et la résistance au changement

Suivant Meyer et Rowan (1977), dans les sociétés capitalistes modernes, l'émergence d'organisations complexes et interconnectées limite une prise de décision uniquement basée sur un objectif d'efficacité des activités. Pour apparaître rationnelle, les organisations sont en

effet poussées à se conformer à des pratiques qui sont considérées comme rationnelles par les principaux acteurs à même de les légitimer :

“By focusing on the management of complex relational networks and the exercise of coordination and control, prevailing theories have neglected an alternative Weberian source of formal structure: the legitimacy of rationalized formal structures” (Meyer & Rowan, 1977, p.5)

Suivant la définition de Scott (2005) les institutions peuvent être définies comme :

“cognitive, normative and regulative structures and activities that provide stability and meaning to social behaviour. Institutions are transported by various carriers – culture, structures and routines – and they operate at multiple levels of jurisdiction”

Pour Meyer et Rowan, la grande complexité des organisations et leur intégration dans des réseaux relationnels complexes conduit les organisations de la société moderne à adopter des « mythes », qui sont considérés comme rationnels puisqu'ils ont acquis un statut de norme.

L'adoption de ces mythes rationnels, alors promus en bonnes pratiques, favorise la reconnaissance de l'environnement extérieur, la légitimité et l'accès aux ressources nécessaires à la survie de l'organisation.

Dans un chapitre récent sur le New Public Management, Philippe Bezes et Christine Musselin (2015) donnent l'exemple du phénomène de « l'agencification », qui s'est diffusé au cours des années 1990 dans le secteur public, et vise à confier la mise en œuvre d'une politique à une structure autonome soumise à une obligation de résultats. Dans ce processus, le recours à l'agence est perçu comme a priori rationnel du fait de sa spécialisation technique, de son autonomie managériale et de sa distance avec le politique.

Meyer et Rowan (1977) soulignent également: *“Institutionalized organizations must not only conform to myths but also maintain the appearance that the myths actually work”*. Puisque l'affichage d'une inefficience associée à l'adoption des mythes entraînerait une perte de crédibilité, l'organisation a tendance à rendre ses objectifs plus ambigus et à limiter ses processus de contrôle, afin de favoriser un processus de découplage (Weick, 1976), entre l'adoption cérémonielle des mythes et la gestion effective de ses activités. Les institutionnalistes parlent alors de « conformité cérémonielle » aux mythes, sans que la gestion effective des activités ne soit profondément modifiée.

Dans un second article fondateur, DiMaggio et Powel (1983) s'intéressent au processus de diffusion des structures formelles institutionnelles entre les organisations, appelé « isomorphisme ». Les auteurs définissent quatre grandes conditions de structuration d'un « champ organisationnel », au sein duquel les organisations font l'objet d'isomorphismes :

“an increase in the extent of interaction among organizations in the field, the emergence of sharply defined interorganizational structures of domination and patterns of coalition; an increase in the information load with which organizations in a field must contend; and the development of a mutual awareness among participants in a set of organizations that they are involved in a common enterprise”

Des forces structurent alors le champ institutionnel :

« powerful forces emerge that lead them to become more similar to one another..., in the long run, organisational actors making rational decisions construct around themselves an environment that constrains their ability to change further in later years

DiMaggio et Powel (1983) définissent trois mécanismes de changement institutionnel isomorphe :

- « l'isomorphisme coercitif lié à des pressions formelles et informelles exercées par les organisations dont elles sont dépendantes ou par les attentes de la société » ;
- « l'isomorphisme mimétique, découlant de la standardisation des réponses face à l'incertitude » ;
- « l'isomorphisme normatif », associé à la professionnalisation, en particulier la spécialisation des formations et la création d'évènements et de réseaux professionnels à travers lesquels les modèles se diffusent rapidement ».

La notion de « découplage » liée à l'isomorphisme se traduit dans les organisations par une résistance aux changements, qui a été initialement l'un des principaux objets d'étude des néo-institutionnalistes.

Soulignons que de nombreuses études ont dès l'origine ciblé le secteur public, comme la réforme du service civil aux Etats-Unis par Tolbert and Zucker (1983). Le modèle s'applique en effet bien à ce secteur dont les objectifs sont souvent complexes et contradictoires alors que la nécessité d'afficher une meilleure efficacité s'accroît, favorisant l'adoption de mythes rationnels et le découplage.

b) La logique et les entrepreneurs institutionnels

Les recherches en TNI se sont ensuite intéressées à la façon dont les champs institutionnels sont animés par des dynamiques de changement, que Friedland et Alford (1991) nomment « logique institutionnelle ». Les logiques constituent pour ces auteurs « un ensemble de pratiques matérielles et de constructions symboliques » qui soumet les organisations du champ à des forces d'isomorphisme.

Pour Friedland et Alford les sociétés occidentales modernes sont constituées de plusieurs ordres institutionnels, qui sont chacun fondés sur une logique, encastrés les uns dans les autres. Lorsqu'ils divergent ou s'opposent, ils génèrent des « conflits institutionnels » qui sont source de tensions. L'évolution de ces tensions peut alors être à l'origine de changements institutionnels. Les principales logiques institutionnelles qui structurent les sociétés occidentales modernes sont pour ces auteurs le capitalisme, l'Etat, la démocratie, la famille et la religion :

« La logique institutionnelle du capitalisme est l'accumulation et la marchandisation de l'activité humaine. Celle de l'Etat est la rationalisation et la régulation de l'activité humaine par des hiérarchies de règles et bureaucratiques. Celle de la famille est la communauté et la motivation de l'activité humaine par une loyauté inconditionnelle à ses membres et à leurs besoins de reproduction. Celle de la religion, ou de la science (...), est la vérité, qu'elle soit prosaïque ou transcendantale, et la construction symbolique de la réalité dans laquelle toute activité humaine a lieu » (Friedland, Alford, 1991, p. 248).

Les acteurs, individus ou organisations, peuvent alors créer des stratégies individuelles pour encourager ou limiter des changements institutionnels en s'appuyant sur les logiques

institutionnelles qui animent le champ. DiMaggio et Zucker (1988) réintroduisent ainsi la notion d'agence à travers la notion « d'entrepreneurs institutionnels ».

La notion d'entrepreneurs institutionnels ouvre la voie à l'étude des stratégies suivies par ces derniers, pour laquelle Olivier (1991) élabore une typologie en utilisant la perspective de la théorie dépendance aux ressources (Pfeffer et Salancik, 1978) :

« According to the resource dependence perspective, firms do not merely respond to external constraints and control through compliance to environmental demands. Rather, a variety of strategies may be undertaken to somehow alter the situation confronting the organization to make compliance less necessary ». (Pfeffer, 1982: 197)

Suivant Olivier (91, p152) les entrepreneurs institutionnels développent ainsi des stratégies d'acquiescement, de compromis, d'évitement, de défi ou de manipulation, auxquelles sont associées différentes tactiques (voir tableau 9)

Tableau 13 – « Réponses stratégiques aux processus institutionnels »

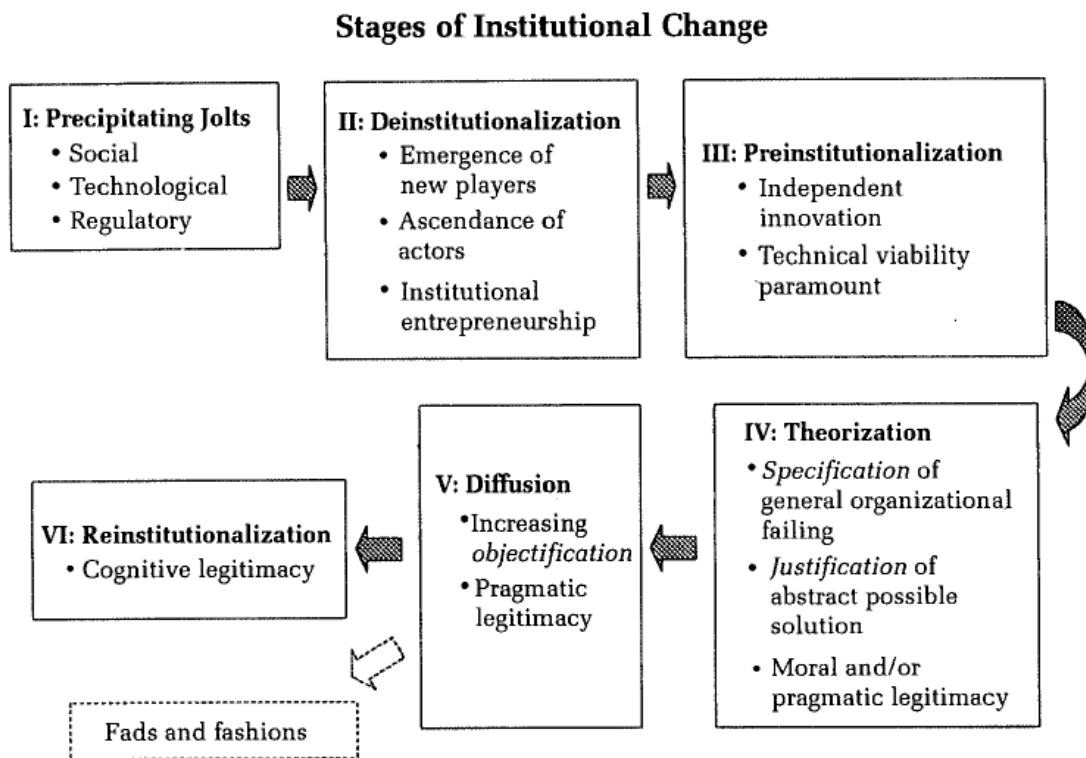
Strategic Responses to Institutional Processes		
Strategies	Tactics	Examples
Acquiesce	Habit	Following invisible, taken-for-granted norms
	Imitate	Mimicking institutional models
	Comply	Obeying rules and accepting norms
Compromise	Balance	Balancing the expectations of multiple constituents
	Pacify	Placating and accommodating institutional elements
	Bargain	Negotiating with institutional stakeholders
Avoid	Conceal	Disguising nonconformity
	Buffer	Loosening institutional attachments
	Escape	Changing goals, activities, or domains
Defy	Dismiss	Ignoring explicit norms and values
	Challenge	Contesting rules and requirements
	Attack	Assaulting the sources of institutional pressure
Manipulate	Co-opt	Importing influential constituents
	Influence	Shaping values and criteria
	Control	Dominating institutional constituents and processes

Source : Olivier (1991, P.152)

c) Le changement institutionnel

En s'appuyant sur différents travaux réalisés sur le changement institutionnel (notamment Meyer et al, 1990- ; Zucker, 86 ; Powel, 1991, Thornton 95, Tolbert et Zucker 96 ; Lounsbury, 1999) et sur une étude de cas portant sur le rôle d'une association professionnelle dans ce processus de changement, Greenwood et al (2002, p.60) définissent le changement institutionnel à travers les étapes présentées dans le tableau 10.

Tableau 10, les étapes du changement institutionnel



Source : Greenwood al (2002, p.60).

I. L'origine du changement

L'origine du changement institutionnel est associée à un choc qui peut provenir d'un changement des normes sociales, d'une révolution technologique, d'un changement de régulation, ou encore d'une évolution dans la concurrence.

II. La désinstitutionalisation

Le choc génère une remise en cause de l'équilibre des institutions existantes au sein du champ, qui favorise la mise en œuvre de stratégies par les entrepreneurs institutionnels, le renforcement d'acteurs existants et/ou l'arrivée de nouveaux acteurs.

III. La pré institutionnalisation

De nouvelles institutions émergent au sein du champ pour répondre aux besoins d'adaptation des organisations aux évolutions de leur environnement. Ces nouvelles institutions sont issues d'un processus d'innovation réalisé au niveau individuel, en cherchant des solutions techniques viables aux problèmes rencontrés.

IV. La théorisation

Pour Greenwood et al (2002), la théorisation correspond à la spécification de catégories abstraites et à l'élaboration d'une chaîne de cause à effet. Suivant Tolbert et Zucker (1996), elle implique la spécification du défaut de l'organisation pour lequel une réponse locale a été trouvée. La présentation de la supériorité de l'innovation face aux pratiques existantes lui conférant alors sa légitimité.

V. La diffusion

Le processus de diffusion a fait l'objet de nombreuses études reprise par les auteurs, suivant Tolbert and Zucker (1996) la diffusion des innovations renforce progressivement le consensus social sur leur valeur pragmatique, ce qui les rend plus objectif et renforce leur diffusion.

VI. La ré-institutionnalisation

Les innovations sont pleinement ré institutionnalisées lorsque la densité des adoptions lui donne une légitimité cognitive (Shuman, 1995). Elles peuvent alors se transmettre entre génération comme un comportement jugé naturel, sans être remises en cause. Si elles ne parviennent pas à être institutionnalisées, la diffusion des idées n'aura été qu'un effet de mode.

d) Les artefacts et le changement institutionnel

Un artefact est un « produit ayant subi une transformation, même minime, par l'homme, et qui se distingue ainsi d'un autre provoqué par un phénomène naturel » (définition du Larousse). L'objectif est donc de comprendre dans quelle mesure les recherches sur la TNI se sont intéressées au rôle des objets ou instruments dans le processus de changement institutionnel.

Dès la formulation du concept de logique institutionnelle, Friedland & Alford (1991) précisent qu'elles sont composées de “cognitive schema, normative expectations, and material practices”.

Dans l'article intitulé « The immateriality of material practices in institutional Logic », Jones et al (2013) réalisent une revue de littérature pour évaluer la matérialité des pratiques étudiées dans les recherches sur la logique institutionnelle entre 1991 et 2013. Leurs conclusions soulignent que la majorité des travaux s'est concentrée sur les éléments abstraits comme les éléments cognitifs, normatifs et symboliques, alors que le rôle des éléments matériels était souvent considéré comme implicite. De plus, les éléments matériels étudiés par les travaux empiriques font généralement références aux structures et pratiques, mais rarement aux objets physiques.

Plus récemment, Friedland (2013) intègre les objets tangibles aux pratiques matérielles, estimant qu'ils constituent leur extension et donc la condition de leur matérialité. Dans une revue de littérature, Colon (2015, p.44) précise les 3 rôles qui ont été attribués aux objets par les quelques travaux empiriques identifiés :

- (i) « Les artefacts peuvent véhiculer des institutions (Scott, 2003), comme la bouteille de coca-cola, une voiture, une église. En se diffusant physiquement, ils contribueraient ainsi à propager une idéologie, des représentations, c'est-à-dire des institutions.
- (ii) les artefacts participent au maintien des institutions, car ils ont une réalité matérielle qui leur permet de durer dans le temps (Leca et al., 2009).
- (iii) Les artefacts jouent un rôle dans les processus d'institutionnalisation, comme l'ont montré Leca et al. (2009) dans leur analyse de l'institutionnalisation de l'investissement responsable. Partant de l'idée que les artefacts sont porteurs d'une certaine logique d'usage, la façon dont ils

sont conçus peut influencer les usages qu'en font les acteurs et la manière qu'ils ont de les utiliser. Ainsi, lors de la phase d'appropriation de certains outils, les acteurs vont développer leur propre façon d'utiliser l'artefact qui peut être éloignée de l'objectif initial pour lequel il a été créé. In fine, les artefacts ont contribué au changement institutionnel de différentes manières : en créant de l'intérêt, légitimant l'activité de ceux qui les adoptent, réduisant l'implication de certains acteurs, restreignant les actions de ceux qui les utilisent. Ils influenceraient donc la relation entre institution et action.

- (iv) Les artefacts peuvent être utilisés par les acteurs pour conduire un travail institutionnel. Dans le champ de l'industrie de la musique par exemple, Blanc et Huault (2014) ont montré que les CD et les fichiers numériques sont plus que des objets. Le CD était lié à une institution fondamentale qui structurait l'industrie de la musique : le régime de la propriété intellectuelle, qu'il contribuait à maintenir. L'arrivée des fichiers numériques a potentiellement ouvert de nouvelles opportunités de diffusion des œuvres musicales, qui ont été freinées par le maintien des règles associées aux CD, reportées en partie sur les fichiers numériques. Ce nouvel artefact, qui aurait pu être porteur de changement, a en fait été instrumentalisé pour maintenir les institutions ».

Suivant ces récents travaux, les objets ont donc un rôle dans la diffusion et le maintien des institutions. Ils peuvent également influencer ou être un instrument de ce changement.

A l'issue de leur analyse, Jones et al (2013) proposent plusieurs pistes pour réintégrer la matérialité dans les travaux de recherche sur la logique institutionnelle. Ils préconisent en particulier un rapprochement avec plusieurs courants théoriques de la Sociologie des Sciences et Techniques : la construction sociale des technologies, la théorie de l'acteur réseau (ANT) et la textualité.

Concernant l'apport de l'ANT, qui est intégré à notre cadre d'interprétation, les auteurs définissent comme direction de recherche potentielle le fait « d'approcher les logiques comme des réseaux potentiels, en recherchant les objets actants comme des mobiles stables, qui sont faciles à transporter, maintiennent une certaine unité de sens (comme les cartes, les représentations graphiques de données, l'argent) et reflètent l'infrastructure de leur réseaux »³. L'autre axe évoqué est l'exploration du système de valeur implicite qui sous-tend l'usage de certains objets, citant l'exemple du ressort de porte dont la moralité est questionnée par Latour (1992) puisqu'il reflète des attentes en termes de rapidité de franchissement.

2. La sociologie néo-institutionnelle et le contrôle de gestion

Suivant la présentation des recherches critiques en contrôle de gestion réalisée en introduction de ce chapitre, les travaux fondés sur la sociologie néo-institutionnelle constituent

³ Traduction libre de "One potential research direction for scholars in institutional logics is to approach logics as networks, looking for objects that act as immutable mobiles, which are easy to transport yet maintain some fixity in their meaning (such as maps, graphical depictions of data, and money) and reflect the infrastructure of their networks"

la principale composante du courant sociologique, qui est lui-même devenu prédominant dans ce champ.

Dans l'ouvrage « Accounting as Social and Institutional Practice » publié par Hopwood et Miller (1994, p 10), ces derniers exposent comment son positionnement au croisement de la sociologie et des théories organisationnelles a fait de la comptabilité un objet central pour les institutionnalistes : « D'un point de vue institutionnel, la comptabilité a été perçue comme une façon pour l'organisation d'intégrer la conception rationnelle des modes d'organisation. La comptabilité n'était pas seule, mais elle était de plus en plus centrale dans le processus d'institutionnalisation de la société moderne. La comptabilité fournit un ensemble de techniques pour l'organisation et le suivi de certaines activités. Elle fournit également une langue ou un vocabulaire permettant de délimiter les objectifs organisationnels, les procédures et les politiques⁴ ».

a) L'adoption de système de gestion comme pratique institutionnelle dans le secteur public

De nombreuses études empiriques ont démontré que l'adoption de systèmes de contrôle de gestion peut répondre à des objectifs de renforcement de légitimité tout en générant des processus de découplage : Ansari et Euske (1987), Covaleski et Dirsmith (1988), Covaleski et al. (1993), Abernethy et Chua (1996), Burns et Scapens, (2000), Brignall, Modell (2000), Modell, (2001).

Le secteur public est un objet très présent dans ces études, car l'adoption de réformes issues du New Public Management, par des organisations contraintes de justifier l'amélioration de leur efficience, constitue un terrain propice à la réalisation de processus de découplage.

Ansari et Euske (1987) étudient ainsi les raisons institutionnelles et politiques à l'origine de la mise en œuvre de systèmes comptables dans le secteur militaire américain. Covaleski et Dirsmith (1988) présentent la logique institutionnelle associée à l'adoption d'un nouveau système budgétaire imposé dans une université publique.

Si les premières analyses institutionnelles se concentrent sur le découplage et les résistances au changement dans le secteur public, le travail de Covaleski et Dirsmith (1988) montre que les instruments de gestion peuvent également répondre à des stratégies de pouvoir destinées à renforcer le rôle des acteurs dominants (les financeurs dans leur étude).

Par la suite, certains travaux concernant la mise en place de systèmes de mesure de la performance montrent comment les logiques institutionnelles contradictoires associées aux intérêts des différentes catégories d'acteurs peuvent encourager la réalisation de processus de découplage. Ce découplage permet alors de préserver la stabilité du système (Brignall et Modell, 2000 ; Modell, 2001, 2003, 2004).

⁴Traduction libre de "From an institutional perspective, accounting was seen as just one of the way in which organization come to incorporate rational conception of ways of organizing. Accounting was not unique. But in was nonetheless an increasingly central aspect of the institutionalization process of modern society. Accounting provided a set of techniques for organizing and monitoring certain activities. Accounting also provided a language or a vocabulary by which to delineate organizational goals, procedures and policies."

Les systèmes de mesure de la performance peuvent également limiter le processus de découplage en contraignant progressivement l'organisation à adopter les réformes dans la gestion technique de ses activités. Siti-Nabiha et Scapens (2005) ont ainsi étudié les résistances d'une filiale face au déploiement d'un système de mesure de la performance imposé par le siège. Ils montrent qu'après une phase de découplage, le besoin de rendre des comptes a entraîné la réalisation des changements institutionnels imposés par les actionnaires.

Les travaux se sont alors intéressés aux rôles des stratégies d'acteurs dans la mise en œuvre des changements institutionnels. Dans le secteur de la santé, Abernethy et Chua (1996), montrent ainsi comment les pressions institutionnelles, exercées de façon coercitive par l'Etat, ont permis aux dirigeants d'un hôpital australien menacé de fermeture d'en réformer les institutions et de mettre en place un système d'analyse des coûts.

En intégrant le cadre conceptuel de Brignall et Model (2000) pour représenter les logiques institutionnelles contradictoires, avec celui d'Olivier (1991) relatif aux stratégies des entrepreneurs institutionnels, Model (2001) analyse le rôle des principaux responsables d'un hôpital public norvégien dans la mise en place du système national d'allocation budgétaire en fonction de la performance.

Il montre que ces acteurs ont mis en œuvre de manière proactive les méthodes d'évaluation de la performance financière imposées par le gouvernement central pour renforcer leur légitimité dans le processus d'allocation, et ce alors que ces dispositifs étaient détachés de leurs intérêts organisationnels. Ces acteurs ont également découplé le processus d'évaluation de la performance financière demandé par les financiers, et le processus d'évaluation de la performance non financière (notamment la qualité), afin de limiter les conflits d'intérêts existants entre les catégories d'acteurs (financier / personnel technique).

En utilisant les mêmes cadres conceptuels, Chang (2006) étudie la mise en place d'un système d'évaluation multi dimensionnel de la performance des structures de santé par le National Health Service (NHS) Britannique entre 1997 et 2002. Suivant le NHS Plan, l'objectif du gouvernement était de redéfinir le service autour des besoins du patient en confiant aux structures de santé la responsabilité de développer des stratégies répondant aux besoins des communautés locales :

« In order to secure locally owned, coherent and effective service development, and health improvement linked to national priorities and objectives, health authorities were required to identify suitable strategies for their local population within the health improvement programme » (NHS Executive, 1999)

L'objectif du système de contrôle de gestion était d'augmenter la redevabilité du système de santé nationale en renforçant l'autonomie des structures de gestion, tout en mettant en place un système d'évaluation de la performance multi dimensionnel. Les résultats du système étaient par ailleurs rendus publics afin de permettre la publication de classements comparatifs et ainsi renforcer le contrôle par les utilisateurs.

Les résultats de cette recherche démontrent que le système n'a pas permis de répondre aux pressions contradictoires, car les structures de santé se sont conformées aux pressions coercitives du pouvoir central, notamment en matière de diminution des files d'attente qui était devenue un enjeu électoral. Ces résultats ont été obtenus au prix de manipulations, par

exemple en choisissant les patients les plus faciles à soigner aux détriments des pathologies nécessitant des soins plus complexes.

« This study found that the performance indicators chosen by central government were rather 'high level', and did not take account of local management processes. For local managers, the HLPs were perceived as a top-down control mechanism imposed by central government, which ignored factors driving local performance. However, in order to seek legitimacy from central government, local managers had attempted to distort clinical priorities and manipulate performance information requested by central government. Thus the use of a so-called 'strategic performance measurement system' has its limitations in integrating multiple constituents' interests in the NHS »(Chang, 2006, p77)

Ces différents travaux montrent que les systèmes de contrôle de gestion peuvent être adoptés comme des mythes rationnels pour améliorer la légitimité des structures de santé, en particulier dans le secteur public qui est souvent soumis à des logiques contradictoires et des objectifs ambigus. Dans une perspective processuelle, les systèmes de gestion peuvent également conduire les organisations à adopter progressivement les changements institutionnels.

Le secteur de la santé a également été utilisé par différents travaux pour étudier la façon dont les différentes catégories d'acteurs impliqués s'appuient ou s'opposent aux logiques institutionnelles pour favoriser des changements conformes à leur intérêt. Des travaux sur les dispositifs d'évaluation de la performance des structures de santé, opposant notamment les financiers et gestionnaires au personnel médical, ont en particulier montré comment ces dispositifs ont souvent permis de renforcer le pouvoir des catégories dominantes (Chang, 2006 ; Ostergren, 2006).

b) Le rôle des systèmes de contrôle de gestion dans le changement institutionnel

Les travaux concernant les stratégies individuelles des acteurs dans le processus de changement institutionnel précités, en particulier ceux relatifs à la mise en place d'un nouveau système budgétaire au sein d'une université (Covaleski et Dirsmith, 1988), et au rôle des systèmes de mesure de la performance dans le secteur hospitalier (Brignall et Model, 2000 ; Model, 2001, Chang, 2006), placent les systèmes de contrôle de gestion comme un élément clé de ce processus de changement.

En assurant la mise en pratique des institutions, c'est-à-dire « d'éléments symboliques, d'activités sociales et de ressources matérielles » (Scott, 2001, p49) la conception et le déploiement des systèmes de gestion apparaissent au cœur des enjeux de pouvoir.

Dans une étude sur la mise en place d'indicateurs de qualité dans le système de santé norvégien, Østergren (2006) analyse les enjeux de pouvoir entre les catégories d'acteurs dans la définition de la qualité puis dans la conception et le déploiement de ce dispositif.

Le projet s'inscrit dans une réforme globale de la santé norvégienne, ouvrant aux patients le libre choix des structures de santé pour renforcer la prise en compte de leurs intérêts. Le système de suivi d'indicateurs de qualité a donc pour objectif affiché d'informer ces nouveaux « consommateurs », pour leur permettre de choisir librement dans une logique de marché.

Les résultats de l'analyse montrent que la volonté de mettre les patients au centre du processus est une rhétorique utilisée par le gouvernement central pour imposer aux hôpitaux un contrôle qualité qui avait été préalablement rejetés par les techniciens, et ainsi les forcer à être plus efficaces. Le gouvernement poursuit par ailleurs deux objectifs contradictoires dans la réforme de la santé, renforcer l'efficacité et améliorer la qualité. En cas de baisse de la qualité, il est dès lors préférable pour le gouvernement central de pouvoir exposer aux patients que leurs droits ont été renforcés dans le cadre de cette réforme.

Le cas souligne également que les résistances initiales ont donné suite à un processus de négociation dont les acteurs les plus puissants sont sortis renforcés :

“In this case, the different interest groups first resist change but then there is cooperation between them. This can be understood as having pros and cons when developing new ideologies – in terms of consumer regulation. It is positive in that it gives possibilities to use input from all the interest groups when solving the problems. All interest groups agree on the need to give patients quality health care services, but the enablers are different. Cooperation can be dangerous when implementing a new ideology, in the sense that the strong actors become even stronger. It is the government together with the medical profession that create the solutions of how patients should acquire more influence, while the patients do not participate much in the development. Norway has, as earlier mentioned, used a policy focusing on changing economic incentives according to consumerism instead of empowering patients with the use of advocate groups. Therefore, the quality indicators have so far, only become an enabler to be used to control regional health enterprises and not to regulate the organization from the patient's choice.” (Østergren, 2006, p24).

Les changements réalisés n'ont pas entraîné de découplage, mais ont ouvert un processus de négociation dont les acteurs les plus puissants (les financeurs) sont sortis renforcés. Il s'avère donc capital pour les différents acteurs de participer aux bonnes arènes d'influence où se jouent les changements du secteur. (Østergren, 2006).

Le travail empirique de Østergren démontre ainsi la nécessité de mieux comprendre la façon dont les systèmes de gestion participent à la construction de la logique et du changement institutionnel.

c) La cadre de Hasselbladh en Kallinikos

Ce cadre est ici présenté en détail car il constitue l'une des deux composantes du modèle du « compromis performatif » qui constitue le cadre d'interprétation de cette recherche.

Dans un article intitulé « The Project of Rationalization: A Critique and Reappraisal of Neo-Institutionalism in Organization Studies » (2000) Hasselbladh et Kallinikos soulignent le manque d'analyse du processus matériel d'institutionnalisation dans la SNI et proposent un nouveau programme de recherche empirique pour y remédier:

“There is a need to move beyond the somewhat idealistic (i.e. spillover of disembodied ideas) approach to rationalization that characterizes neo-institutionalism, and consider the various ways by which ideas are objectified, i.e. developed and embedded into solid and durable social artefacts” (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.699)

Si le programme ne s'intéresse pas exclusivement aux systèmes de gestion, les auteurs y font spécifiquement référence à de nombreuses reprises comme l'une des formes d'objectivation identifiées. : *"Discourses and the techniques and operation associated with them involve methods for establishing delimited or specialized domains of action (e.g. health care, human resource management, etc.), and codifying rules of conduct (e.g. hierarchy, the labour contract, etc.), as well as elaborate systems of alphanumeric notation for structuring organizational task and measuring organizational outcomes (e.g. statistics, financial and management accounting, etc.)"*. (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.703)

L'objectif est d'analyser la façon dont le processus de rationalisation s'intègre dans l'organisation. : *"Theory of institutional-ization should therefore be capable of accounting for the forms by which organizational objects, procedures and roles develop and become embedded in organizations"*. (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.701).

Pour cela, les éléments suivants doivent être étudiés en détail :

"First, they involve the conception and constitution of delimited domains of action (e.g; health, work, quality), a task that is rendered possible through the objectification of aspects of the world, along measurable and governable dimensions...

...Second, institutionalization does not stop at the delineation of social field or a domain of action. It further involves the development and organizational embeddedness of performance principals, specified rules of conduct and devices of control that render organizational action capable of being designed carried out and controlled...

...Third, the means by which objects or patterns of formal organizing are stabilized constitute actions and actors. Not only objectifying but also subjectifying effects emerge from stabilization of instrumental artifacts by oral language, textualization and formal codification" (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.701)

Pour ouvrir ce nouvel axe de recherche, les auteurs proposent de s'appuyer sur la tradition européenne d'analyse des modes d'organisation inspirée de Foucault (Miller et O'Leary, 1987, Miller et Rose, 1992). Le projet de rationalisation de la SNI est ainsi rapproché du projet de définition du réel par le discours, et par les techniques et opérations qui lui sont associés. Il s'inspire ainsi des travaux de Foucault sur le lien entre savoir et pouvoir (Foucault, 1980, 1991).

En mobilisant ces approches, Hasselbladh et Kallinikos proposent une nouvelle définition des institutions basée sur une distinction analytique entre les idées, les discours et les techniques de contrôle :

"Institutions are conceived as consisting of basic ideals that are developed into distinctive ways of defining and acting upon reality (i.e discourses), supported by elaborate systems of measurement and documentation for controlling action outcomes." (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.704)

Les idéologies, discours et techniques de contrôle sont ensuite mis en relation avec les principales formes d'objectivation du réel (langage oral, langage écrit, codification formel), suivant la représentation du tableau 14.

Tableau 14, **Social states and forms of objectification**

Form of Objectification	Social States		
	Ideals	Dicourses	Techniques of Control
Oral Language			
Written Language			
Formal Codification			

Les idéologies sont définies comme suit: «*Ideals are stable, pervading and valorized ideals that delineate social expectations. They thus help to provide a sense of orientation in the complexity of social relations.*»

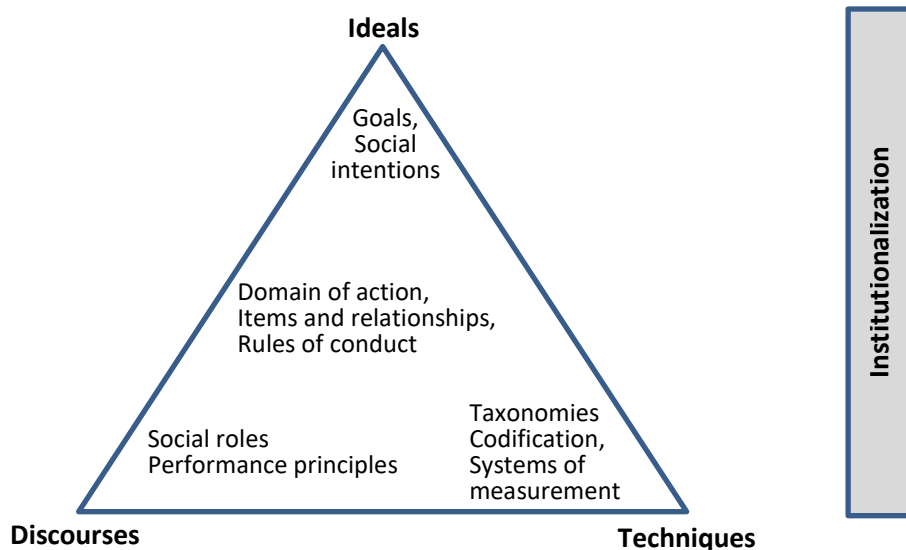
Les discours, en s'appuyant sur la stabilité du langage écrit, correspondent à la transformation des idéologies en connaissance. «*They single out domain of application, define the relevant goals to be accomplished and the roles involved, spell out the criteria of truth and designate causal theories and schemes of action and interpretation*» (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.706)

Les techniques de contrôles sont des systèmes numériques ou codifiés : «*[They] make it possible to act upon the social subject-object relationship constituted by a discourse. Through codification, various facets of the principal-agent relation can become the target of calculation, reflection, comparison, manipulation which contribute to the social embeddedness of categories of the discourse*». (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.706).

Bien que les idées, discours et techniques de contrôle existent de façon indépendante, l'ensemble constitue ici un système, dont le discours a le rôle d'intégrateur, et dont l'objet est d'agir sur le monde :

“Discourses and techniques of control, in particular, are both cognitive and social products. They are the outcome of the effort to bring about effects in the world, which implies that the elaborate systems of conceptual items, methods and relations as well as various practices, social roles and codified rules of conduct are enacted with the purpose of creating a particular world”. (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.706).

Figure 13, **The process of institutionalization**



(source : Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.706)

Suivant ce modèle conceptuel, l'étude des processus de rationalisation et d'institutionnalisation peut être réalisée à partir d'une analyse des discours, mais aussi des techniques de contrôle et des pratiques organisationnelles qui leurs sont associées.

Les auteurs proposent ensuite de s'intéresser à « l'architecture du processus d'institutionnalisation » jusqu'ici peu étudiée par la SNI au-delà de la logique de « diffusion ».

Les ensembles idéologies/discours/techniques de contrôle constituent des modèles de diffusion ou « packages » rationnels, dont la diffusion au sein des organisations nécessite trois caractéristiques principales qu'il convient d'étudier : la stabilité, la communicabilité et la durabilité.

“They must have certain properties that render them stable, communicable and durable. It is necessary to account for these properties, in order to make a claim for a case of diffusion reasonable, and to understand to more basic conditions under which rationalized beliefs and practices emerge, become stabilized and diffuse”. (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.701).

Les propriétés sont alors définies de la façon suivante :

- *“The quality of reproducibility refers to the capacity to reproduce a rationalized pattern or package in quasi-identical form and enact the relationships it implicates”.* (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.709). Elle dépend donc la clarté et de la qualité des règles et définitions qui sont associés à la construction du package rationnel.
- *“The quality of durability refers to the capacity of package to withstand the passage of time but also from one context to another without significant semantic alterations, or other distortions”.* (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.710). Le caractère écrit ou la codification favorise la durabilité, mais cette propriété est également liée à la reproductibilité qui permet aux « packages » de résister aux transitions.
- *“The quality of communicability refers to how easily a rationalized package can cross an organizational field, be understood and conveyed to others than those involved in its conception, construction and initial use”* (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.710). Elle dépend donc du caractère commun ou partagé des termes et significations mobilisés pour l'exprimer. La communicabilité et la facilité de compréhension sont des enjeux essentiels pour les organisations modernes (Kallininkos, 2000), mais elles s'opposent souvent à la reproductibilité et la durabilité.

Pour exposer cette relation entre les 3 qualités, les auteurs citent notamment l'exemple d'un système logiciel comptable qui s'avère aisément reproductible et durable, mais difficilement communicable. A l'inverse, un système de management par la qualité totale paraît facilement communicable, mais plus périssable.

La relation entre les qualités et les formes d'objectivation est présentée dans le tableau 15.

Tableau 15, **Qualités des packages rationnels et formes d'objectivation**

Qualités des packages rationnels	Formes d'objectivation
Reproductibilité	Codification formelle
Durabilité	Codification formelle, Ecrit
Communicabilité	Oral et langage écrit

(source : Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.710)

La démarche invite également à ouvrir les analyses souvent centrées sur la conception des objets, pour s'intéresser, suivant les travaux de Foucault, à la façon dont les packages rationnels influencent les conceptions symboliques et les pratiques des organisations : *"It is necessary, thought, to move in the other direction too, and analyze how objects, despite them being passive and obedient, shape the way actors understand themselves and their role"*. (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p.712).

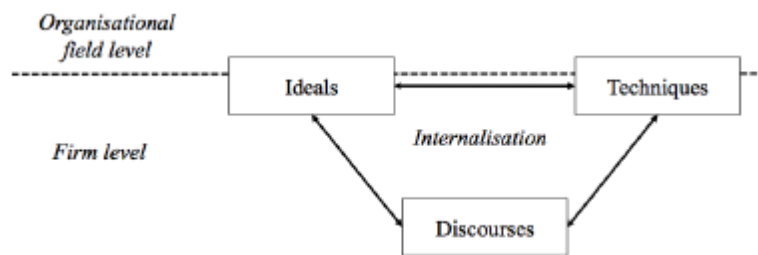
L'étude des trois qualités des packages rationnels permet ainsi d'appréhender à quel degré les modes de compréhension sont intégrés comme des pratiques ou orientations standards, mais aussi la capacité de ces pratiques et orientations à sortir de leurs contextes pour se diffuser dans les organisations.

Hasselbladh et Kallinikos (2000 p.713) précisent ainsi ce processus de subjectivation : *"The quality of reproducibility, durability and communicability are involved in the process of institutionalization by shaping steps and procedures which organizational actors normally follow when enacting their roles. By aiding the clear specification and codification of organizational tasks, the three above-mentioned qualities decompose the complex totality of an organization into a delimited and supervisable series of steps. In so doing, they participate, together with the content of particular duties (e.g financial or human resource issues, quality measurement) in the construction of distinctive forms of actorhood"*.

Les auteurs résument leur modèle d'analyse du processus d'institutionnalisation de la façon suivante : *" We could summarize our arguments but claiming that the degree of codification and the cognitive forms by which ideals, models and techniques of control are packaged relate to their capacity: (a) to become objectified and institutionalized in particular settings, (b) to diffuse from one context to another while retaining their basic characteristics, i.e. remaining quasi-identical or similar to their initial form, (c) to shape modern forms of actorhood – to subjectify"*. (Hasselbladh et Kallinikos (2000 p.713)

Dambrin et al (2007) ont ensuite mobilisé ce cadre pour étudier la mise en place de la logique de marché dans le cas d'un laboratoire pharmaceutique. Les auteurs montrent que le processus de changement institutionnel s'est d'abord appliqué aux instruments de gestion des représentants de laboratoire avant d'être pleinement assumés dans les discours. Les auteurs intègrent au cadre d'Hasselbladh et Kallinikos une phase d'internalisation des changements institutionnels au niveau interne à l'organisation, présenté dans la figure 14.

Figure 14, **Le Processus d'internalisation**



(Source : Dambrin et al, 2007, p. 203)

Ancelin-Bourguignon et al (2012) ont également utilisé le cadre d'HK intégrant le prolongement de Dambrin et al (2007), pour étudier la mise en place d'un système de mesure de la performance dans une grande entreprise française. Leur analyse souligne le rôle de l'internalisation psycho-cognitive des acteurs de l'organisation dans le processus d'internalisation. Ces différents travaux permettent donc de préciser le cadre de HK dans les contextes de changement inter organisationnel.

A travers le processus de subjectivisation, le cadre de HK confère ainsi aux systèmes de contrôle de gestion un rôle pouvant être défini comme performatif, puisqu'ils représentent les institutions, structurent les pratiques, et participent à la définition des structures organisationnelles (Gond et al, 2013).

Conclusion section 1 :

Cette section a permis de présenter la TNI comme un cadre théorique pertinent pour étudier la diffusion des politiques publiques, en particulier dans le domaine de la réforme des systèmes de santé. La diffusion de ces réformes entraîne notamment des « changements institutionnels » au sein des organisations, qui sont portés par des « entrepreneurs institutionnels », eux-mêmes s'appuyant sur des « logiques institutionnelles ». La diffusion du capitalisme est l'une de ces logiques institutionnelles, qui s'oppose souvent à la logique institutionnelle de l'Etat dans le cadre des réformes inspirées du New Public Management.

Cette section met également en perspective le rôle des « packages rationnels », qui sont des objets matériels mettant en avant les qualités de durabilité, de reproductibilité et de communicabilité de ces réformes pour faciliter leur « institutionnalisation » au sein du champ (Hasselbladh et Kallinikos, 2000).

Enfin, elle a permis d'identifier le rôle des instruments de contrôle de gestion dans le processus d'internalisation des institutions au sein des organisations (Dambrin et al, 2007 ; Ancelin-Bourguignon et al, 2012).

Par ailleurs, dans une étude de la matérialité des logiques institutionnelles, Jones et al (2013) proposent d'intégrer aux travaux sur les logiques institutionnelles certains éléments de la théorie de l'acteur réseau pour mieux comprendre leur matérialité, leur conceptualisation sous forme de réseau, ou encore pour étudier les valeurs et/ou éléments qui sont mis en boîte noire dans les changements institutionnels.

Section 2 : La théorie de l'acteur réseau (ANT)

Issue de la sociologie des sciences et techniques, la sociologie de la traduction, ou sociologie de l'acteur réseau (en anglais actor network theory, ANT) a principalement été élaborée dans les années 1980 au sein du Centre de Sociologie de l'Innovation de l'École des Mines, par Michel Callon, Bruno Latour, Madeline Akrich et John Law.

Le premier objet de l'ANT est d'étudier le processus d'innovation technique et scientifique à travers le prisme de la formation de réseaux d'acteurs. Elle a ensuite engendré, à partir du milieu des années 1990, un programme de recherche en sociologie économique qui s'est intéressé à la construction de marchés (Callon, 1998), puis au processus de performance économique de la société (Callon et al, 2008, 2009, 2010).

Dans le champ des sciences de gestion, l'ANT interroge l'objectivité des instruments, en démontrant notamment comment certaines organisations mobilisent un réseau pour influencer la production de dispositifs de contrôle, qui influence à leur tour la subjectivité des individus (Morales et Sponem, 2010). Elle apparaît ainsi complémentaire à la SNI qui questionne leur rationalité dans sa version initiale, puis leur neutralité dans ses développements plus récents intégrant les rapports de pouvoirs entre les acteurs.

Comme cela est évoqué dans la revue de littérature sur la SNI, l'ANT apporte notamment deux dimensions à même de compléter les analyses néo institutionnelles en gestion : le rôle d'actant accordé aux objets et la logique du réseau.

Le rôle d'actant accordé aux instruments de gestion est à même de renforcer l'analyse de la dimension matérielle initiée à travers le cadre d'HK, en lui apportant une dimension performative issue de la sociologie des sciences et techniques.

En regardant la construction d'un phénomène social à travers la logique du réseau, l'ANT permet également de s'intéresser à un phénomène local tout en conservant une perspective plus globale. Elle est donc très adaptée à l'analyse des politiques globales, qui sont souvent mises en œuvre dans les pays en développement au travers de programmes d'aide.

Madeline Akrich s'est tout d'abord intéressée dès 1989 à certains programmes de transfert de technologie en Afrique et en Amérique Latine, comme la mécanisation agricole ou l'électrification, dans le but d'étudier le processus de constitution d'un système sociotechnique et son influence sur l'évolution de l'organisation et du comportement des utilisateurs.

Plus récemment, Timothy Mitchell, chercheur en sciences politiques spécialiste du Moyen Orient et des théories postcoloniales, mobilisera un cadre inspiré de l'ANT pour proposer une analyse critique de l'idéologie de la modernisation des sociétés en développement. Dans l'ouvrage « *Rule of Experts: Egypt, Techno-Politics* » (2002), il montre notamment comment les programmes de développement agricole ont imposé une réforme foncière permettant la création de « l'économie nationale égyptienne », au détriment des structures socio-économiques existantes.

Il a ensuite exposé dans l'article « *The Work of Economics: How a Discipline Makes its World* » (2005) comment les résultats de programmes de lutte contre pauvreté au Pérou, s'appuyant sur une réforme du micro-foncier censée encourager la nature entrepreneuriale des plus pauvres par l'octroi d'un capital minimal, ont été manipulés pour permettre la diffusion

de cette approche d'inspiration libérale dans les programmes dans la Banque Mondiale, comme au sein de formations académiques en économie du développement.

Cette section présente les fondamentaux de l'ANT à travers quelques articles fondateurs, puis les principaux travaux sur le caractère performatif des sciences économiques dans la perspective des sciences et techniques, avant d'exposer les analyses mobilisant l'ANT pour étudier la mise en œuvre de nouvelles approches dans le domaine de l'aide au développement.

1. Les fondamentaux de l'ANT

a) La conception d'un phénomène social à travers la logique du réseau

Dans l'article « Le Grand Leviathan s'apprivoise-t-il ? », Callon et Latour (1981), s'appuient sur le Mythe du Leviathan de Hobbes (1651), pour poser la problématique fondatrice suivante :

« Hobbes affirme qu'il n'y a pas de différence entre les acteurs qui soit donnée par nature. Toutes les différences de niveau, de taille, d'envergure, sont le résultat d'une bataille ou d'une négociation. On ne peut pas distinguer les macroacteurs (institutions, organisations, classes sociales, partis, Etats) et les microacteurs (individus, groupes, familles) en fonction de leur dimension, puisqu'ils ont tous, pourrait-on dire, la « même taille », ou plutôt puisque la taille est le premier résultat et le premier enjeu pour lequel on se bat. La question pour Hobbes et pour nous n'est pas de classer les macros et les microacteurs ou de réconcilier ce que l'on sait des premiers avec ce que l'on sait des seconds, mais de reposer à nouveau cette vieille question : comment un microacteur obtient-il d'être un macroacteur ? Comment des hommes peuvent-ils agir « comme un seul homme » ? ». (Callon et Latour, 1981, p.6)

Suivant cette logique, l'ANT se pose en rupture avec la conception classique de la sociologie qui utilise des catégories préétablies pour étudier les phénomènes sociaux. L'objet est ici d'étudier la façon dont les phénomènes sociaux se construisent par « association » de microacteurs, ou encore de « réassembler le social »⁵ suivant le titre de l'ouvrage de Latour (2005).

Les auteurs déconstruisent alors le mythe du chaos social dans lequel vivent les primates, en s'appuyant sur de récents travaux détaillant la complexité sociale d'une troupe de babouins sauvage dans la vallée du rift au Kenya. Ces travaux montrent que la capacité de l'homme à constituer des macroacteurs ne réside pas dans son humanité, mais dans sa capacité à enrôler d'autres acteurs en utilisant des objets, ou actants « non-humains » :

« Hobbes omet de dire qu'aucune promesse, même solennelle, ne pourrait effrayer suffisamment les contractants pour les forcer à l'obéissance ; il omet de dire que c'est le palais d'où il parle, les armées bien équipées qui l'entourent, les scribes et les appareils d'enregistrement qui le servent, qui rendent le Souverain formidable et le contrat solennel....Notre analyse, au lieu de retenir les dichotomies social/technique, humain/animal, micro/macro, ne considère que les gradients de résistance, c'est à dire les variations de durée et de solidité relatives des différentes sortes de matériaux (habitudes, mots, bois, aciers, lois, institutions, gènes, sentiments ...). » (Callon et Latour, 1981, p.7)

⁵ « Reassembling the social – An introduction to Actor Network Theory » (Latour, 2005)

L'intégration d'objet « actant » dans la construction d'un réseau ou phénomène social constitue donc l'un des fondements de l'ANT. L'objectif étant alors de comprendre comment les associations se forment et se solidifient sous forme de « boîtes noires » :

« En associant des matériaux de différentes durées, on hiérarchise un ensemble de pratiques de telle sorte que certaines deviennent stables et qu'il n'est plus nécessaire d'y revenir. C'est ainsi seulement qu'on peut « grandir ». Pour construire le Léviathan il faut enrôler un peu plus que des relations, des alliances et des amitiés. Un acteur grandit à proportion du nombre de relations qu'il peut mettre, comme on dit, en boîtes noires. Une boîte noire renferme ce sur quoi on n'a plus à revenir ; ce dont le contenu est devenu indifférent. Plus l'on met d'éléments en boîtes noires – raisonnements, habitudes, forces, objets -, plus l'on peut édifier de constructions larges. » (Callon et Latour, 1981, p.6)

Callon et Latour (1981) précise ensuite le concept de boîte noire, qui se matérialise par une association sous l'effet d'un rapport de force asymétrique :

« Qu'on parle de boîtes noires ou de chréodes, c'est d'asymétries qu'il s'agit. Qu'on imagine alors un corps dont la différenciation ne serait jamais irréversible, dont chaque cellule chercherait à obliger les autres à devenir irréversibles, spécifiées et dont une multitude d'organes prétendraient en permanence être la tête ou le programme. Qu'on imagine un tel monstre et l'on aura une idée pas trop inexacte du corps du Léviathan dont la construction se déroule à tout instant devant nos yeux. » (Callon et Latour, 1981, p.7)

Les auteurs illustrent leur théorie à travers le cas d'une concurrence que se livrèrent EDF et Renault au cours des années 1970, pour enrôler les acteurs sociaux dans une vision dominante du développement de la mobilité automobile. EDF se positionne tout d'abord au centre d'un basculement vers la voiture électrique, rendu inéluctable selon de nombreux sociologues par la fin de la consommation de masse, dont la voiture thermique individuelle est le symbole. Elle définit ensuite avec clarté la future évolution des nouvelles filières techniques, de leurs innovations, des produits industriels et des besoins des clients. Cette vision alors dominante transforme Renault, modèle de réussite industrielle française, en agent producteur de châssis. Quelques années plus tard, convaincu de la compétitivité du moteur thermique amélioré par l'électronique, Renault va déconstruire les scénarios techniques définis par EDF et se replacer au centre du projet technique, « transformant ainsi le monde construit par EDF en rêve d'ingénieurs » (Callon et Latour, 1981, p.11)

b) Le rôle des « objets actants » dans la constitution des réseaux d'acteurs

Dans un article intitulé « Les vues de l'esprit », Latour (1985) souligne l'importance du rôle des outils dans la conception des innovations techniques. Le développement de l'imprimerie permet ainsi la révolution copernicienne à travers la diffusion des différents travaux de l'Almageste de Ptolémée qui étaient jusqu'alors éparpillés. Cette évolution permet à Copernic de les assembler, de les mettre en cause, puis de diffuser ses conclusions dans les différentes Cours d'Europe avant que l'Église ne puisse organiser sa réplique.

Dans un autre article fondateur, John Law (1983) s'intéresse à la constitution des dispositifs de contrôle à longue distance mis en place par les Portugais au 16^{ème} siècle, qui ont ensuite entraîné la domination économique de l'Europe. L'article décrit minutieusement les principales évolutions du système de navigation ayant permis au Portugais de sécuriser la mobilité et la

sécurité de leurs bateaux. Cette évolution serait liée à plusieurs améliorations sociotechniques : la construction de nouveaux vaisseaux à trois mats plus autonomes et défensifs, la constitution d'un système de navigation loin des côtes qui soit utilisable par des non-astronomes et la formation d'équipages fidèles. Les « *Documents, appareils et personnels entraînés* » seraient ainsi les éléments clés ayant permis « la création d'un réseau d'agents passifs (humain et non-humain), qui a rendu possible la circulation d'émissaires du centre à la périphérie, en conservant leur durabilité, puissance et fidélité ».

Cette étude de cas illustre notamment la façon dont le sociologue du réseau peut éclairer une approche globale, en s'intéressant aux innovations locales qui l'on rendu possible. Le dispositif de contrôle dans sa globalité peut être analysé à travers l'amélioration de l'autonomie de chacun des vaisseaux, en regardant sa conception technique, le système de navigation qui permet de le piloter, ou encore la formation de l'équipage.

c) La traduction et la constitution du réseau

La constitution d'un réseau est liée dans l'ANT au processus d'assemblage à travers le concept de « traduction » dans le sens initialement défini par Serres (1974). Il s'agit de s'intéresser à la façon dont un réseau est animé par une dynamique de traduction qui permet l'assemblage d'acteurs hétérogènes. Ces associations se fondent sur des transformations qui peuvent entraîner des déplacements d'intentions ou d'effets souvent inattendus. Cette approche permet de regarder de façon précise un phénomène social en train de se construire. Elle conduit l'analyste à ne pas s'intéresser à un objet global conceptualisé, comme « l'innovation technique » ou « la finance internationale », mais à entrer dans les laboratoires, ou dans les salles de marché, pour étudier la science, ou la finance, en train de se faire. Il faut regarder quels acteurs, animés par quelles idéologies ou intérêts, avec quels instruments théoriques ou physiques, sont à l'œuvre.

Comme dans l'article précédent sur le contrôle à longue distance des marins portugais au XVIème siècle (Law, 1985), les études de cas s'intéressent à la façon dont une problématique, ou une controverse scientifique, conduit des acteurs à s'assembler pour constituer un nouveau phénomène social.

Dans l'article de référence « La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la Baie de Saint-Brieuc », Callon (1986) précise le processus d'analyse de la constitution d'un réseau acteurs disparates autour de la culture de la coquille Saint-Jacques.

Le cas vise à illustrer l'étude d'un phénomène de production scientifique en respectant les trois principes suivants :

- « Le principe d'agnosticisme...l'observateur se montre impartial vis-à-vis des arguments scientifiques et techniques utilisés par les protagonistes de la controverse, mais de plus il s'interdit de censurer les acteurs lorsque ceux-ci parlent à propos d'eux-mêmes ou de leur environnement social.
- « Le principe de symétrie généralisé...nous imposons à l'observateur d'utiliser un seul répertoire pour décrire les points de vues en présence, que la controverse ou les désaccords, lorsqu'ils existent, portent sur des enjeux scientifiques et techniques ou sur la constitution de la société »
- « Le principe de libre association...l'observateur abandonne toute distinction a priori de nature entre fait de nature et fait de société ».

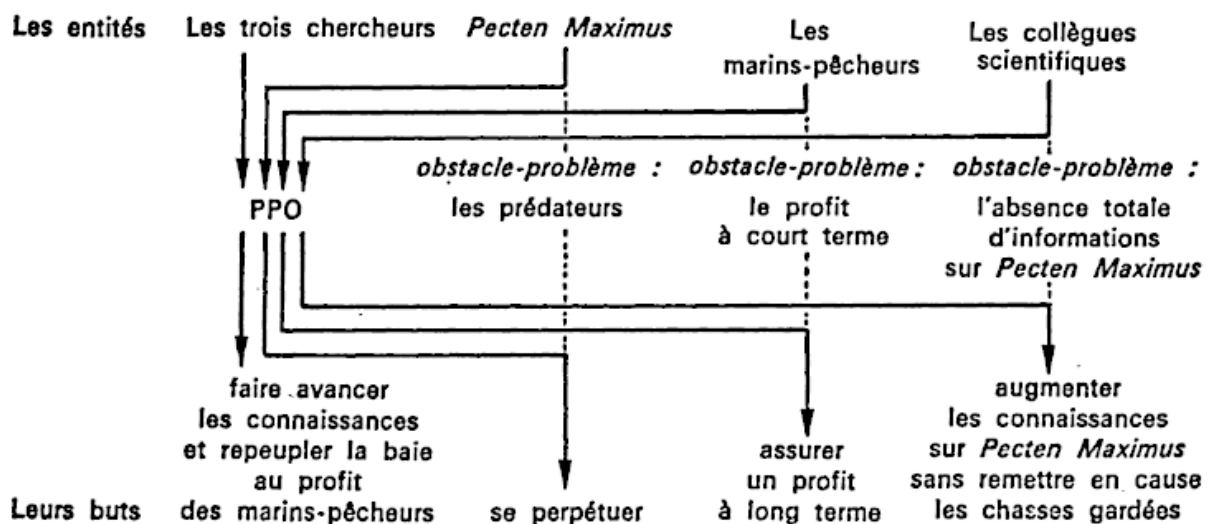
Le cas expose le travail de trois chercheurs qui souhaitent développer, en rade de Saint-Brieuc, la culture des coquilles Saint-Jacques alors menacées d'extinction par la surpêche, en s'appuyant sur la culture d'une variété proche observée au Japon. Quatre étapes de traductions sont présentées :

1/ « La problématisation ou comment se rendre indispensable ? »

La problématique peut être décrite de façon simple : la variété présente dans les eaux de Saint-Brieuc (*Pecten Maximus*), se fixe-t-elle sur un support au début de sa croissance comme la variété observée au Japon ? Si c'est le cas, il est certainement possible de fixer les larves sur des supports tout en les protégeant des prédateurs, comme cela est fait au Japon.

De façon plus approfondie, la problématisation est la constitution d'un système d'alliances ou d'associations, que les acteurs reconnaissent comme passage obligé la création d'un projet de recherche permettant de développer un savoir sur la fixation des coquilles *Pecten Maximus*. Ce système est représenté pour cet exemple dans la figure ci-dessous) :

Figure 15 – Exemple de problématisation et de constitution d'un réseau d'alliance



(source : Callon, 1986, figure 2 – Page 184)

2/ « Les dispositifs d'intéressement ou comment sceller les alliances ? »

« Nous appelons intéressement l'ensemble des actions par lesquelles une entité (ici les trois chercheurs), s'efforce d'imposer et de stabiliser l'identité des acteurs qu'elle a défini par sa problématisation. Toutes ces actions prennent corps dans des dispositifs. »

L'intéressement des coquilles Saint-Jacques est matérialisé par un dispositif immergé dans la rade, permettant aux larves de se fixer sur des supports pour grandir à l'abri des prédateurs le temps d'être protégées par une coquille. Celui des marins pêcheurs se concrétise par des discours et échanges qui exposent la baisse des stocks à Saint-Brieuc et les résultats spectaculaires obtenus au Japon. Celui des collègues scientifiques est matérialisé par une revue de littérature démontrant la faiblesse des connaissances existantes sur la croissance des *Pecten Maximus*.

L'intéressement construit ainsi le système d'alliance : « Dans tous les cas le dispositif d'intéressement fixe les entités à enrôler, tout en interrompant d'éventuelles associations concurrentes et en construisant un système d'alliances. Des structures sociales prennent forme, composé à la fois d'entité naturelles et humaines ».

3/ « Comment définir et coordonner les rôles : l'enrôlement »

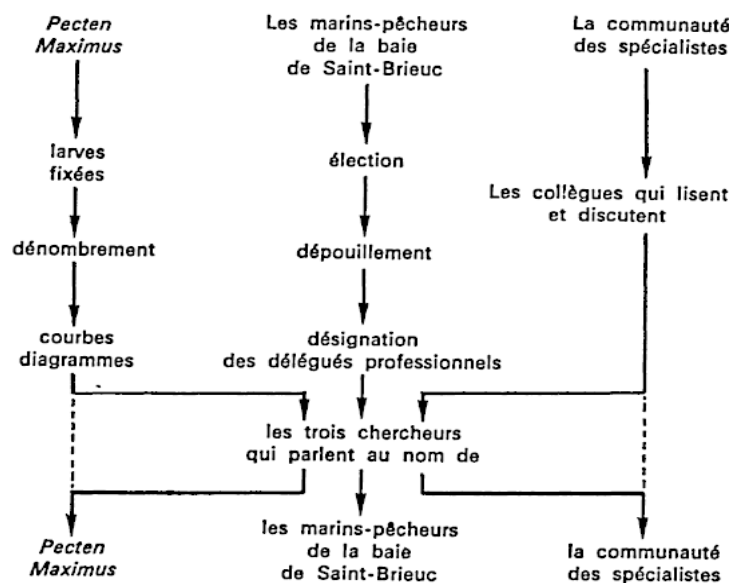
L'intéressement doit ensuite parvenir à l'enrôlement des acteurs, ce qui peut échouer ou nécessiter de longs processus de négociation. Dans l'étude de cas, de nombreuses forces s'opposent ainsi au lien que les chercheurs veulent établir avec les coquilles : courants marins, prédateurs, mobilité des lignes et des collecteurs, vulnérabilité des larves, etc.

L'enrôlement « désigne le mécanisme par lequel un rôle est défini et attribué à un acteur qui l'accepte. L'enrôlement est un intéressement réussi. Décrire l'enrôlement c'est donc décrire l'ensemble des négociations multilatérales, des coups de force ou des ruses qui accompagnent l'intéressement et lui permettent d'aboutir ».

4/ La mobilisation des alliés : les porte-parole sont-ils représentatifs ?

Dans le cas, les trois chercheurs ne négocient pas l'intéressement avec l'ensemble des acteurs impliqués, mais avec des représentants et porte-paroles. Une chaîne de négociation et d'équivalence se met en place pour créer les groupes et définir leurs représentants, par le dénombrement des larves effectivement fixées pour les coquilles, par l'élection des porte-paroles pour les marins pêcheurs, et par la validation des pairs lors de colloques pour la communauté des spécialistes. A l'issue du processus, les trois chercheurs seront habilités à parler pour l'ensemble des acteurs. Cet enrôlement a nécessité des négociations et équivalences qui auront entraîné de nombreux déplacements de personnes et d'intérêts pour les différents acteurs humains et leurs porte-parole. Pour les coquilles qui ne peuvent se doter eux même de représentant, le cas montre qu'il est nécessaire de recourir à un dispositif d'enrôlement très sophistiqué, qui permettra ensuite des déplacements de leurs représentants sous forme de tableau, diagrammes et articles.

Figure 16, Exemple de processus d'enrôlement



(Source : Callon, 1986, figure 3 – Page 196)

« Le résultat obtenu est saisissant. Une poignée de chercheurs discutent dans une salle close quelques tableaux de chiffres et quelques diagrammes. Mais ces discussions engagent des populations indénombrables d'acteurs silencieux, coquilles, marins-pêcheurs, spécialistes, qui sont représentés à Brest par quelques porte-paroles. Ces populations diverses ont été mobilisées, c'est à dire déplacées de leurs lieux d'origine vers une salle de conférence. Elle participent, par représentants interposés, à la négociation sur la fixation des Pecten Maximus. L'enrôlement est transformé en soutien actif. » (Callon, 1986, p198).

Dans une publication collective, Akrich, Callon et Latour (1987) définiront ainsi « L'art de l'intéressement » et le « le choix des porte-paroles » comme les principaux facteurs de succès pour la transformation d'une innovation en un phénomène social.

d) Le rôle des objets techniques

La dimension performative des objets techniques est présentée dans une publication de Madeleine Akrich (1987) « Comment décrire les objets techniques », s'appuyant sur différents cas de transfert de technologie réalisés dans les pays en développement.

Pour Akrich « les objets techniques peuvent être considérés comme des instruments politiquement forts : dans le même temps qu'ils produisent des modes d'organisation sociale, ils les naturalisent, les dé-politisent, leur confèrent un contenu autre ». Elle s'intéresse ainsi aux aller-retour incessants entre l'objet technique et la société, dans lesquels se joue cette logique performative.

1. La conception de l'objet technique et la définition hypothétique du rôle de l'utilisateur.

La diffusion d'un kit d'éclairage photovoltaïque a été commandée par l'Agence Française pour la Maîtrise de l'Energie pour être offert à certains pays partenaires. Le kit est conçu pour marcher envers et contre tout sans aucune intervention extérieure. En conséquence il ne permet aucune adaptation à l'environnement et exclut tout remplacement de composants. Cette conception préfigure donc un utilisateur docile excluant l'intervention de tout autre, usagers, techniciens ou commerçants notamment. A l'inverse, la conception de groupes électrogènes fixés sur châssis mobile, achetés par les administrations rurales et mis à disposition d'associations de jeunesse, leur permet d'être au cœur d'un système d'échange. La structure permet aux municipalités d'assurer l'investissement pendant que les associations ont la charge de financer les frais de fonctionnement (carburant et huile) associés à leur activités (théâtres, fêtes). La mobilité des groupes permet leur location aux membres des associations, ce qui génère un système d'échange.

2. La médiation de l'instrument pour assigner un rôle particulier à l'utilisateur.

En Côte d'Ivoire, l'implantation du réseau électrique est « inséparable d'un vaste mouvement d'organisation du pays sur le plan spatial, architectural, juridique... qui aboutit dans certains cas à la construction d'entités nouvelles et "modernes" telles que l'individu-citoyen ». Elle est ainsi subordonnée à la création d'un plan de partage légal de la propriété foncière entre le domaine privé et le domaine public, de ce qui était jusqu'ici une propriété collective gérée par les anciens et attribuée en fonction des besoins. Tout en se créant un espace de propriété publique, la propriété individuelle définit également des citoyens, qui devront s'acquitter de l'impôt sur le revenu au travers de leur facture d'électricité.

Au Burkina-Faso, l'estimation du marché électrique, réalisée au travers d'enquêtes économiques basées sur les intentions d'achat, justifiait une implantation du réseau très limitée. Toutefois, ignorant cette estimation, les services techniques ont connecté l'ensemble des constructions en « dur », qualité constituant un gage de solvabilité, ce qui a entraîné une consommation beaucoup plus importante que celle prévue par les estimations. L'implantation du réseau électrique a donc eu un « effet d'entraînement » sur la consommation.

3. La construction d'un système socio-technique.

Dans un article intitulé « La construction d'un système socio-technique », Akrich (1987) illustre, sur un mode proche de celui des collecteurs de larve de Callon (1986) les allers-retours entre un objet technique et son environnement socioéconomique lors de sa phase de conception. Elle utilise le cas de la création d'un réseau d'acteurs mobilisés pour la valorisation des déchets de la tige de coton sous forme de briquettes combustibles au Nicaragua. Elle montre notamment comment des opérateurs publics nicaraguayen et norvégien se mobilisent autour de la problématique pour concevoir, par itération, un instrument spéciquement adapté au besoin du phénomène socioéconomique en construction.

L'ANT permet ainsi de mettre en lumière la façon dont l'introduction de nouvelles approches ou objets techniques sont à l'origine de transformations sociales, phénomènes particulièrement visibles dans le domaine l'aide publique au développement caractérisé par une relation asymétrique entre les acteurs.

A partir des années 1990, elle a également été mobilisée par les chercheurs pour étudier de façon empirique les transformations sociales associées à l'expansion de la « logique de marché » dans le cadre de la globalisation néolibérale.

2. La performativité des sciences économiques

a) Le marché comme objet d'étude empirique

En introduction de l'ouvrage collectif « The Law of market », Callon (1998) souligne l'inexistence d'une théorie du marché en tant qu'institution, alors même que sa loi s'étend avec l'hégémonie de l'économie de marché depuis la chute de l'URSS.

Il y aurait un décalage entre le marché en tant qu'objet théorique et le marché en tant que place concrète, que l'on peut appréhender en anglais à travers le décalage existant entre « economics as a discipline and economy as a thing ».

Pour Callon, ce décalage n'est pas lié à un éloignement entre la théorie et l'objet réel dont il suffirait de s'emparer, mais au postulat opposé : « It consist in maintaining that economics, in the broad sense of the term, performs, shapes and formats the economy, rather than observing how it fonctions » (Callon, 1994). Une illustration de cette thèse est donnée par Polanyi dans l'ouvrage « La grande transformation » (1944), qui montre que le marché est une construction socio-historique influencée par les théories d'économiste classiques comme David Ricardo (1772 – 1823).

La démarche peut s'appuyer pour Callon sur la définition du marché donné par Guesnerie (1996) dans l'ouvrage « L'économie de marché » : « A market opposes buyers and sellers,

and the prices which resolves this conflict are the input but also, in a sense, the outcome of the agent's economic calculation ».

Cette définition met en lumière le rôle central du calcul des agents, qui doivent être pris en compte dans un marché organisé. Le marché devient « un processus dans lequel les calculs d'agent s'opposent, sans violence physique, pour atteindre un compromis acceptable sous la forme d'un compromis ou d'un prix »⁶ (Callon, 1998, p.3).

Ce processus implique la création d'une organisation permettant la réalisation d'échanges calculés. Il conduit à la question de recherche suivante : « What is a calculative agency », qui souligne la nature « complexe et collective » du processus de calcul dont la matérialité implique « figures, supports d'écriture et inscriptions » (Callon, 1998, p4).

L'ouvrage collectif regroupe différents travaux de socio-économie explorant, à travers des études de cas, la construction et la stabilisation de différents marchés en tant que places concrètes. Il met notamment en lumière les concepts d'externalités, de flux et d'encadrement qui permettent de les appréhender (Callon, 1998). La perspective de la sociologie constructiviste s'intéresse en particulier à la façon dont ses flux sont identifiés, mesurés et encadrés.

Notons également que la thèse d'une résistance culturelle à la rationalité calculatrice défendue par DiMaggio (1994) est contestée dans cet ouvrage collectif par Bia Gao (1998), à travers l'étude du cas de la transformation du management japonais entre 1946 et 1966, que la vision culturaliste ne permet pas d'expliquer.

b) Le marché et les agences de calcul distribuées

Par la suite, différents travaux s'intéresseront plus spécifiquement à la notion de dispositif de calcul. Muniesa et Callon (2003) proposent en particulier un cadre d'analyse des marchés économiques comme dispositif collectif de calcul, qui permette de sortir de la vision néoclassique suivant laquelle « les agents calculent car ils sont calculateurs par nature », et de la vision socio-anthropologique pour laquelle « le calcul n'intervient qu'à la marge et au mieux comme une rationalisation ex-post de choix qui obéissent à d'autres logiques ».

Pour rendre plus réaliste le caractère empirique des marchés, les auteurs réexaminent la notion de calcul à travers la définition suivante : « Le calcul commence en établissant des distinctions entre des choses ou des états du monde, puis en imaginant des cours d'action associés à ces choses ou à ces états, pour enfin en évaluer les conséquences » (Muniesa et Callon, 2003, p.194)

Ce processus de calcul implique donc trois actions :

- un déplacement des entités considérées dans un espace unique, qui peut prendre différentes formes. « Il est important de retenir la variété de tels espaces de calcul. Une facture, un échiquier, une usine, un écran de négociation, une salle de marché, un tableur informatique, une chambre de compensation, une mémoire d'ordinateur, un chariot de supermarché : tous ces espaces peuvent être analysés en tant qu'espaces de calcul, mais tous fourniront des formes de calcul différentes » (Muniesa et Callon, 2003, p.195)

⁶ Traduction libre de « the market is a process in which calculative agencies oppose one another, without resorting to physical violence, to reach an acceptable compromise in the form of a contract and/or price ?»

- une association entre les éléments pris en compte. « C'est-à-dire qu'elles sont sujettes à manipulations et transformations, toujours dans un sens très matériel (des mouvements vers la gauche ou la droite, vers le haut ou le bas, des superpositions ou des juxtapositions) (Muniesa et Callon, 2003, p.195)
- un résultat doit être extrait de ce calcul. « Cette entité résultante n'est pas nouvelle dans le sens où elle viendrait de nulle part : elle est préfigurée par les arrangements décrits ci-dessus. Mais elle doit pouvoir quitter l'espace de calcul et circuler ailleurs d'une façon acceptable (et sans transporter tout l'appareillage de calcul avec elle). » (Muniesa et Callon, 2003, p.195)

Cette définition permet de s'intéresser aux limites de certains calculs qui seraient liées à l'une des trois opérations. Elle permet également de mettre l'accent sur la multiplicité des aménagements et leur matérialité, ainsi que sur « la dimension politique de la calculabilité », déjà mise en avant par Miller (1994, 2001) à travers les pratiques comptables.

Les biens doivent être objectivés, puis singularisés en préparant leur attachement aux futurs acquéreurs afin de les rendre calculables par ces derniers.

Les calculs sont réalisés par des « agences distribuées », constituées d'humains et de dispositifs matériels qui peuvent coopérer ou entrer en concurrence au sein d'un marché. Les notions de puissance de calcul et d'autonomie seront donc centrales pour évaluer leur capacité.

Les auteurs s'appuient notamment sur le cas du supermarché, dans lequel une sélection d'objets est regroupée dans un lieu. Ces objets font l'objet d'un effort de singularisation pour encourager les acheteurs, sachant que ces derniers ne disposent pas au moment de l'achat d'une puissance de calcul à même d'égaliser celle des industriels et des distributeurs. Le cas des marchés financiers, étudié dans les précédents travaux de Fabian Muniesa, permet également des développements sur la distribution et l'utilisation des algorithmes.

En conclusion, en portant un regard théorique sur la nature empirique des marchés, cette démarche met en évidence la multiplicité des possibilités d'organisation des marchés et des modes de calcul. Comme le souligne la conclusion (Callon et Muniesa, 2003, p226) « elle restitue aux marchés la dimension politique qui est la leur et constitue leur organisation en objet de débats et d'interrogations ».

c) La performance des sciences économiques

La performativité de la théorie économique sur la construction des marchés financiers a été initialement démontrée en 2003 par Mac Kenzie et Millo, qui détaillent comment le modèle d'évaluation des options défini par Black et Scholes (1973), dont les prévisions étaient au départ éloignées des cours réels du marché, a progressivement influencé le dispositif de calcul des acteurs et entraîné un rapprochement entre les cours réels et leurs prévisions par le modèle.

Un autre ouvrage collectif de sociologie économique « Do economists make the market » publié par Mac Kenzie, Muniesa et Siu (2007), coordonne différentes études de cas démontrant la façon dont la théorie économique influence la construction et le fonctionnement empirique des marchés. Ces études de cas portent sur divers domaines, comme les services financiers, mais aussi la construction d'un marché de vente aux enchères de fraises en Sologne établi pour répondre au modèle théorique de la concurrence pure et parfaite, ou

encore l'aide au développement dans un article de Timothy Mitchell « The properties of Market » présenté dans la section suivante. Dans cet ouvrage, Callon (2007) développe dans l'article « What does it mean to say that economics is performative », le concept plus large de "performation" qui intègre différentes approches de la performativité économique :

a) « La prophétie auto réalisatrice », dont la logique peut être illustrée par l'exemple d'une Banque X dont l'ensemble des investisseurs deviennent convaincus qu'elle est au bord de la faillite. Cette conviction va encourager les déposants à retirer leur argent avant les autres, ce qui va mécaniquement conduire à la faillite de cette banque. La foi des investisseurs dans la théorie économique va les encourager à s'aligner sur la prédiction du modèle théorique.

b) « La prescription », qui peut être illustrée par l'exemple de la construction de la Banque centrale Européenne, dont la conception inspirée des théories monétaristes de Milton Friedman va encourager le marché monétaire réel à se conformer aux descriptions et analyses de ces théories abstraites.

Un autre exemple pertinent pour notre recherche est utilisé par Callon :

“Likewise, enforcing incentives, inspired by economic theories and their assumptions about human or organizational behaviors, causes these behaviors to fit the theory's predictions. When workers are paid on the basis of performance, they end up complying with the anthropological models that fit the incentives imposed on them. If we consider that a firm is a nexus of contracts, and we set up procedures to make these contracts explicit and to ensure their enforcement, the firm does become a nexus of contracts”
(Callon, 2007, What does it mean to say that economics is performative?, p19).

La thèse de la prescription illustre également l'importance des « agencements socio-techniques » définis par Callon, qui dans les deux cas prescrivent la conformité du réel à la théorie.

c) « L'expression », qui se rapporte à la performativité linguistique, dans le sens d'expression d'une réalité déjà existante

d) « La performance », qui se rapporte à la capacité d'action des agencements socio-techniques performés. Elle peut être illustrée dans les travaux de Judith Butler (1988) sur le besoin d'agir comme un homme ou femme pour former son identité, au-delà de son sexe physique.

Dans cet article, Callon revient également sur la définition de « l'économiste », qu'il sépare en deux catégories, les « confined economist » qui travaillent dans les laboratoires d'économie, et les « economist in the wild » qui conçoivent des formules ou créent des savoirs experts dans le cadre de leurs activités réelles : « Economics in the wild did not pure economics, it is mixed with engineering, life sciences and management sciences ».

La complémentarité et la concurrence des programmes performatifs dans la construction du réel ouvre dès lors la voie à la co-performation : « With the concept of performation, observable reality is considered as the temporary outcome of confrontations between different competing programs, included scientific ones » (Callon, 2007, p32).

Le passage d'un agencement socio-technique à un autre est souvent le résultat d'un processus de co-performation, illustré dans l'article par le cas de l'instauration des quotas de

pêche individuels transférables en Norvège. Initialement les pêcheurs sont une communauté dont l'activité dépend de la préservation des poissons, alors considérés comme un bien commun. La réalisation d'un système permettant au pêcheur de se transformer en agent calculateur animé par son intérêt personnel a donc nécessité de nombreuses performances. Il a notamment fallu que les sciences et techniques transforment les poissons en stock de « poisson virtuel », puis que les politiciens distribuent ce stock sous forme de quotas de pêche individuel transférable : « The convergence of techno-sciences, politicians and economics, and their co-performance of the fishing world, has resulted in the invention and implementation of a new cosmos inhabited by new animal and human species whose co-existence has been made possible ». La théorie économique n'est donc pas suffisante pour la création de ce nouveau monde « économisé », qui nécessite également des investissements, des modèles, des observations, des calculs et des institutions qui ont été minutieusement décrites dans l'étude de cas de Holm et Nielsen (2007).

d) Les tensions constitutives de la performativité

Dans un article plus récent, « la performativité des sciences économiques » Muniesa et Callon (2008), définissent la performance comme « un ensemble d'activités et d'évènements qui instaurent ou modifient un agencement ». Ils proposent alors une méthode d'analyse à travers ses quatre principales tensions constitutives » (p.8), qui permettent d'appréhender les conditions d'intervention de la science économique.

1/ Performance théorique et performance expérimentale.

Cette tension reprend la différence entre économiste « théorique » et économiste « in the wild » déjà évoquée précédemment par Callon. L'enjeu de la « performance théorique » est de « construire à monde à l'image d'une théorie ». La performance expérimentale est quant à elle « liée aux situations d'ingénierie dans lesquelles la démarche part de problèmes et de situations problématiques pour élaborer progressivement les modèles, mesures et instruments économiques qui, mobilisés pour transformer ces situations problématiques, pourraient apporter des solutions ».

Cette dimension permet d'évaluer la préfiguration de l'agencement : la performance vise-t-elle à conformer une réalité à une théorie, ou est-elle plutôt réalisée dans le cadre d'une activité exploratoire s'inspirant librement des ressources théoriques disponibles.

2/ Performance psychogène et performance matérielle.

La performance psychogène correspond à des phénomènes d'expression de la science économique principalement sous forme de raisonnements et de convictions, alors que la performance matérielle correspond à la mise en place de dispositifs techniques sous forme d'agencement matériel.

Cette dimension s'intéresse au degré de subjectivité de la performance, ou au contraire de sa matérialité à travers des dispositifs ou mécanismes.

3/ Performance distribuée et performance planifiée.

La performance distribuée se réfère à l'absence d'orchestration, sa diffusion est le fruit d'une opportunité, alors que la performance planifiée « se réfère à des situations caractérisées par un dessein et par une orchestration des programmes qui en découlent pour mettre en œuvre

un plan économique : nous sommes sur le terrain politique des réformes, des révolutions ou des entreprises de colonisation ».

Cette dimension s'intéresse à l'histoire des agencements : leur évolution provient-elle d'initiatives volontaires planifiées utilisant des instruments ou d'opportunités fortuites ?

4/ Performance restreinte et performance élargie.

La performance restreinte correspond à des situations dont le site de performance est fermé et contrôlé. La performance élargie correspond à des situations dans laquelle « la liste des acteurs et objets produits ou affectés est plus ouverte, le niveau d'incertitude sur les conditions de félicité devient plus élevé et les questions de démocratie apparaissent plus pressantes ».

Cette dimension s'intéresse au territoire de la performance, à son confinement ou au contraire à sa capacité de déplacement vers de nouveaux lieux pour assurer son succès.

L'article souligne également l'applicabilité du concept de performance à différentes objets économiques : « ce regard particulier sur la manière dont les marchés sont créés et transformés...peut s'appliquer à des objets économiques autres que les marchés proprement dits, comme les entreprises, les économies nationales, les politiques publiques, etc. ». (Muniesa et Callon, 2008, p.4)

e) Le programme de recherche sur le processus d'économisation

En s'appuyant sur ces différents travaux, Callon et Caliskan (2009, 2010), posent dans un double article les bases d'un programme de recherche sur l'étude des marchés appelé « Economization » :

"We use the term 'economization' to denote the processes through which behaviours, organizations, institutions and, more generally, objects are constituted as being 'economic'. Through a selection of work drawn from economics, economic sociology and anthropology of valuation we drew out the traces of this concept and grounded it in the extant literature. We identified three key agents in economization processes: (1) the theories of the economy; (2) the institutional and technical arrangements that enhance the capacities of human agents for action and cognition; (3) the things which are being valued whose materiality influences the modes of valuation that are possible and their outcomes".

S'intéressant en particulier au processus de mise en marché (ou « Marketisation »), le programme apporte notamment une définition élargie de la notion de marché :

"Our definition of markets as arrangements configured during a marketization process raises the question of how the elements that determine the diversity of markets can be identified. On the basis of existing research, partially reported on in this section, we have tentatively selected five basic issues what we refer to as types of framing to which it seem crucial to be attentive when it comes to examining marketization: 1. Pacifying goods ; 2. Marketizing agencies ; 3. Market encounters ; 4. Price-setting ; 5. Market design and maintenance"

L'ANT permet donc d'étudier de façon empirique la façon dont la théorie économique et les arrangements socio-techniques qui en découlent transforment les réalités sociales. Une fois encore l'aide au développement apparaît comme un cas très illustratif puisque l'économisation associée à la mise en pratique des politiques de développement constitue une projection de modèles socio-économiques des pays donateurs vers les pays bénéficiaires.

3. La performativité économique et l'aide au développement

a) L'objectivation de la société et de l'économie nationale égyptienne

Les travaux sur la performativité des sciences économiques dans les pays en développement ont ensuite principalement été réalisés par Timothy Mitchell, chercheur en sciences politiques spécialiste de l'Égypte et des théories post coloniales. Son premier ouvrage, « *Colonising Egypt* », publié en 1991 s'intéresse, dans une perspective critique de la modernité, à la notion de pouvoir pendant la colonisation en Égypte lors de la dernière partie du 19^{ème} siècle.

“Colonising refers not simply to the establishing of the European presence but also to the spread of a political order that inscribes in the social world a new conception of space, new form of personhood, a new mean of manufacturing the experience of the real”.

Son travail s'inscrit donc dès l'origine dans une analyse de la performance de la société égyptienne par le pouvoir colonial.

Dans un second ouvrage « *Rule of Experts - Egypt, Techno-politics, Modernity* » (2002), Mitchell s'appuie sur les travaux de Foucault (2004) pour présenter la façon dont différentes interventions extérieures, ont permis la construction de « la société nationale égyptienne » comme un nouvel « objet économique gouvernable ».

Soulignant que « Les situations postcoloniales constituent des laboratoires irremplaçables pour qui veut comprendre les ressorts de la globalisation », Callon (2006) présente dans un compte-rendu l'originalité de la démarche qui s'appuie sur l'anthropologie des sciences et des techniques et des marchés économiques :

...« Cette démarche permet à l'auteur de montrer à l'œuvre les nombreuses forces qui interviennent, et de suivre les configurations et associations changeantes qu'elles décrivent et tissent. Histoire en réseau, histoire faite de déplacements, de sauts et de rapprochements, histoire qui abolit les frontières (celles entre micro et macro, celles entre économie et politique, ou encore celles entre nation et globalisation), mais qui s'attache à montrer comment ces frontières sont tracées, contestées, déplacées (...) histoire entourée d'un silence assourdissant, celui d'une violence tue, cachée, d'une violence que les sciences sociales ont habituellement tant de mal à montrer et à analyser ». Callon (2006, p.26).

Dans les pages qui suivent nous présentons une recension assez longue de cet ouvrage (Mitchell, 2008), car il constitue un guide par sa capacité à mobiliser l'ANT pour appréhender la performativité des sciences économiques dans le champ de l'aide au développement. Dans le cadre d'une approche historique qui suit l'évolution des doctrines de l'aide présentées au chapitre 1, Mitchell présente ainsi les politiques de développement comme un programme de gouvernement qui conceptualise et transforme l'économie et la société nationale égyptienne au profit des acteurs dominants.

Dans la première partie du livre, Michell adopte trois perspectives originales (le moustique, la réforme foncière et la cartographie nationale) pour décrire la façon dont ces interventions extérieures interagissent pour construire de nouveaux systèmes de gouvernement.

Un premier chapitre, « *Can the Mosquito speak ?* », présente dans une approche historique les interactions entre objets constituant ces ajustements socio techniques. La construction de digues et de barrages avant la seconde guerre mondiale a permis d'augmenter les territoires cultivables au profit de cultures d'exportation (canne à sucre et coton), tout en entraînant une limitation des cultures vivrières et une dépendance aux engrais chimiques. Lors de la guerre, une pénurie d'engrais, dont les composantes sont utilisées pour fabriquer les explosifs, entrainera une famine qui sera elle-même associée à une épidémie de malaria encouragée par la prolifération du moustique, lui-même encouragé par la culture de la canne à sucre, et ce alors que la guerre entraîne une pénurie de quinine. Après la guerre, les programmes de lutte contre le moustique mis en œuvre par les institutions internationales, en refusant de voir les imbrications existantes entre ces agencements, se heurteront également à leurs propres effets pervers. L'épandage d'insecticide entrainera, par exemple, une expansion de la culture de la canne à sucre qui fournit l'un de ses principaux composants, facilitant ainsi l'augmentation de la population de moustique qui se nourrit de la canne à sucre.

Dans le second chapitre « *Principles true in every country* », Mitchell montre comment la réforme foncière mise en œuvre par l'administration coloniale constitue un élément central du nouveau système de « gouvernementalité » (Foucault, 2004). Le système de propriété simple (un objet = un propriétaire), présenté en occident comme une liberté permettant de résister à l'arbitraire de l'Etat, élimine en réalité un système sophistiqué d'une étonnante modernité. Comme le souligne Callon dans son commentaire sur cet ouvrage : « Le droit de propriété imposé par les colons ne vient pas combler un vide ; il détruit et remplace des institutions pleines d'intelligence » (Callon, 2006, p.14). Comme dans nombre de pays, le développement de cultures d'exportation implique la dépossession et la stabilisation de la main d'œuvre dans de grandes propriétés, ce qui nécessite la création de nouveaux dispositifs législatifs et répressifs. Le nouveau système de gouvernement, qui vise à construire l'économie nationale comme un objet manipulable et contrôlable à distance, entraîne ainsi une répartition des rôles propre aux sociétés modernes occidentales : le contrôle des populations par l'Etat et le contrôle des objets par les propriétaires.

Les forces économiques sont également mises à contribution dans la performance de ces nouveaux dispositifs de contrôle. Comme le souligne Mitchell (p.65) : « *Desertion of the land and armed rebellion were not the only problems the new agriculture faced. The extensive irrigation works required by industrial crops brought two additional forces into play: disease and debt* » (p.65). Le recours à la dette facilitera notamment la docilité des paysans et la concentration des domaines (Elyachar, 2005).

La mise en place de ce nouveau système de propriété foncière « performe » ainsi la société rurale égyptienne tout en constituant un nouveau système arbitraire au profit de nouveaux acteurs : « *The new legal order, rather than ending exceptional forms of control, created a thousand arbitrary powers* » (p. 77)

Le chapitre 3 « *The Character of Calculability* », montre ensuite comment la métrologie et la cartographie du territoire ont été un élément central pour la mise en place du système de propriété foncière, mais également pour la production des statistiques nécessaires à la

constitution de « la société » et de « l'économie nationale » comme objet d'étude gouvernable et contrôlable de l'extérieur.

Dans une seconde partie de l'ouvrage « Peasants studies » s'intéresse à la façon dont l'anthropologie a construit l'image du paysan égyptien. Le chapitre 4 « The invention and reinvention of the peasant » présente ainsi la façon dont l'ouvrage de référence de Critchfield (1978) « Shahhat: An Egyptian », pourtant primé et au programme des principaux enseignements d'anthropologie, est une construction sociale sans lien avec le terrain. Mitchell démontre en effet que cet ouvrage est réalisé sans aucune enquête terrain en reprenant les éléments d'ouvrages d'un anthropologue français qui avait été mobilisé dans les années 1930 pour expliquer la résistance des paysans colonisés face à la modernisation. Cette vision s'appuie ainsi sur des thèses empreintes de racismes, et serait destinée à fournir une vision de populations autochtones justifiant la promotion de l'idéologie moderniste par l'occident.

Dans le chapitre 5 "Nobody listens to a poor Man" Mitchell expose ensuite la façon dont ce système de gouvernement place les paysans dans une culture de la peur, qui bloque la parole et les exclut des représentations anthropologiques. Le chapitre 6 "Heritage and violence" montre ensuite comment, notamment suivant les recommandations de cabinets de conseil américains en stratégie, la promotion du tourisme international conduit à éloigner la population des lieux touristiques, puis à la conception de nouveaux villages à même de fournir aux touristes la vitrine d'un nationalisme imaginaire. Dans ces villages censés permettre la « réappropriation » d'un héritage culturel qui fait réapparaître sa filiation avec l'Egypte ancienne, la circulation des populations rurales est contrainte. Une pétition des habitants du village étudié par Mitchell se termine ainsi par «We have begun to wonder wether we are Egyptians» (p. 207)

La troisième partie de l'ouvrage « Fixing the economy » s'intéresse aux dispositifs et mécanismes qui font exister l'économie nationale en tant qu'objet. Dans le chapitre 7 « The Object of Development », Mitchell expose comment la représentation de l'économie nationale égyptienne en tant qu'objet, sous la forme d'une zone de terre fertile étroite autour du Nil, soumise à une forte croissance de la population, permet de poser la question du développement en termes d'enjeux techniques. Cette vision technique donne alors le pouvoir aux experts des trois principales institutions internationales intervenant en Egypte : le FMI, la Banque Mondiale et l'USAID. Mitchell montre comment cette représentation a facilité la mise en place des politiques d'ajustements structurels qui ont entraîné une dépendance économique envers les Etats Unis. Les solutions proposées sont ainsi la modernisation agricole, les privatisations, le retrait de l'Etat et la libéralisation des secteurs sociaux.

Ces politiques augmentent la dette, la dépendance nationale envers les produits importés et renforce les inégalités qui sont pourtant au cœur des problèmes de pauvreté. Il souligne en effet que la production agricole augmente aussi vite que la population, mais qu'une part croissante des ressources agraires est consacrée à l'augmentation de la consommation de viande des plus riches, ou encore que la modernisation agricole et la concentration foncière accroît la vulnérabilité des plus pauvres.

L'ouvrage montre ainsi que cette représentation de l'Egypte, comme nation et économie nationale à développer, entraîne une dépolitisation de la gouvernance au profit d'experts techniques qui peuvent « préconiser » des solutions à partir de l'étranger.

Le problème soulevé par Mitchell est alors celui de la performance de ces politiques, qui se pensent indépendantes alors même qu'elles façonnent l'économie nationale en tant qu'objet : « An organization like USAID, which must imagine itself as a rational consciousness standing outside the country, is in fact a central element in configurations of power within the country » (p. 233)

Comme le souligne Callon (2006, p.22), cette thèse s'inscrit également dans une perspective globale : « Cette analyse ne vaut pas que pour l'Égypte ; elle ouvre des perspectives plus larges : la doctrine néo-libérale pourrait bien avoir pour double fonction d'affaiblir les Etats nationaux, à l'exclusion de celui des États-Unis d'Amérique. L'expertise, notamment des sciences sociales, couplée avec la technicisation des problèmes de développement, constitue la clef de voûte de ce terrible dispositif ».

Dans le chapitre 8 « The market's place » Mitchell pose la question de ce « Que signifie l'expression : favoriser l'instauration du marché » (Callon, 2006, p.22), qui porte en elle l'hypothèse très partagée « d'un marché qui se contient lui-même ». Or, suivant Callon (2006, p 22) « Mitchell note pourtant que l'affirmation de l'existence d'une frontière entre le marché et le non-marché, qui alimente par ailleurs la vision de l'État comme garant du libre marché, est le point de convergence d'un immense travail de formatage. Celui-ci est réalisé notamment par les différentes disciplines des sciences sociales qui se sont intéressées à l'économie, il est également obtenu par la mise en place d'institutions destinées à assurer ce cloisonnement ».

Le concept « d'économie chose » comme un objet gouvernable a ainsi été constitué par la production de modèles macroéconomiques alimentés par des statistiques nationales. Mitchell souligne également l'influence de Keynes dans ce processus d'objectification, à travers son rôle dans la controverse sur l'indépendance financière de l'Inde, mais également par le concept d'Etat providence qui lui est associé. Les sciences sociales cherchent ensuite à qualifier la relation de ce qui est économisé avec ce qui reste informel, par exemple avec des concepts comme « l'embeddedness ».

Au travers d'une étude empirique, Mitchell montre qu'il faut abandonner l'idée d'une séparation entre « zone économisée » et « zone informelle » pour étudier les campagnes égyptiennes, qui sont constituées de pratiques imbriquées. « L'étude de la fixation des prix apporte de l'eau à la thèse de Mitchell : il n'existe pas de prix qui ne soit régulé, qui ne soit lié à des situations de monopole. De même, il n'existe pas de secteurs d'activité qui ne soient subventionnés. Et les réformes en faveur du libre marché ne font qu'accroître ces intrications ; elles renforcent le secteur d'auto-subsistance...Le résultat de ce moulinage, ce n'est pas plus d'autonomie pour le marché, c'est au contraire plus d'intrications entre les différentes formes d'activités qui sont maintenant qualifiées d'économiques. » (Callon, 2006, p.23).

Or, persuadé de maîtriser le fonctionnement du « marché » comme de ce qui en est exclu, les experts internationaux préconisent des politiques économiques de l'extérieur sans aucune enquête de terrain. «The power of what we call capitalism rests increasingly on its ability to portray itself as a unique and universal form... The displacements and reformulations of the capitalist project show its dependence on arrangements and forces that this logic needs to portray as non capitalist. » (p. 271)

Mitchell conclut son ouvrage dans le chapitre 9 « *Dreamland* » par une analyse des mécanismes et dispositifs qui constituent le secteur économique égyptien « formel ». Il détaille comment les privatisations ont eu pour conséquence la réalisation de réseaux public/privé

imbriqués, au profit de quelques familles obtenant des contrats publics qui se sont ensuite spécialisées dans les marchés des biens et services formels destinés au 3% de la population qui consomme 50% de la richesse nationale.

En exposant ainsi le rôle des sciences sociales dans la constitution des sociétés et des économies postcoloniales, ce livre a positionné les politiques de développement comme un champ d'investigation empirique privilégié des programmes de performativité (Muniesa et Callon, 2008) puis d'économisation (Caliskan et Callon, 2009, 2010).

Notre recherche s'inscrit dans la continuité de ce travail, à travers une mise en perspective du rôle des approches gestionnaires dans la mise en œuvre de ces politiques néolibérales.

b) La performativité et les programmes de développement économique

Plusieurs travaux s'appuient sur l'ANT pour analyser la performativité des programmes de développement financés par les institutions internationales, en particulier la Banque Mondiale, et l'Agence de Coopération américaine (USAID).

Dans une perspective de sciences politiques, Mitchell (2005 ; 2007, 2009) s'intéresse au programme de micro-foncier financé par la Banque Mondiale en Egypte (2005, 2007). Il étudie en particulier la façon dont l'institut pour la Liberté et la Démocratie, une organisation néolibérale ayant assuré la première expérimentation de cette approche au Pérou, par ailleurs présentée en 1991 par l'hebdomadaire « The Economist » comme le second « think tank » le plus influent du monde (Mitchell, 2007, p.247), a constitué un acteur clé du réseau néolibéral pour expérimenter cette approche et la diffuser dans de nombreux pays d'Amérique Latine, d'Afrique et d'Asie.

Dans l'ouvrage collectif de Mac Kenzie et al (2007) « *Do Economists make the market* », Mitchell présente la façon dont cette approche s'est construite autour d'une expérimentation visant à répondre à la problématique de « la lutte contre la pauvreté » en intégrant l'habitat informel dans le marché formel. Il démontre que malgré l'incapacité du programme à répondre à son objectif d'augmenter l'endettement des ménages ciblés, cette expérience a été utilisée pour produire un discours rationnel conforme aux théories néolibérales.

Dans l'ouvrage « *The Mystery of Capital ; Why Capitalism Triumphs in the West and Fails Everywhere Else* », Hernando de Soto (2000), le fondateur de l'organisation et principal conseiller économique du Président Fujimori, soutient que la détention d'un titre de propriété a encouragé les ménages à augmenter le temps travail des adultes hors du foyer tout en diminuant celui des enfants. Ce discours, soutenu par d'éminents acteurs académiques comme Milton Friedman, et acteurs politiques comme Margareth Thatcher, a ensuite permis d'enrôler des institutions comme l'USAID et la BM dans un processus de conception de programmes de lutte contre la pauvreté fondés sur le principe d'accès à la micro-propriété.

Dans une perspective anthropologique, Elyachar (2001, 2002, 2005) s'intéresse également à la notion « d'Empowerment » développé dans les années 1990, qui a conduit certaines institutions financières internationales à développer une approche néolibérale de la lutte contre la pauvreté par la promotion d'une nouvelle logique de marché dans le secteur « informel ». Elle étudie ainsi le « Fonds Social », principal programme de microcrédit égyptien doté de 572 millions de dollars et mis en œuvre à partir de 1991 par le gouvernement et différents bailleurs de fonds.

L'objectif du programme est la valorisation d'un « capital social », perçu comme le capital relationnel des acteurs du marché informel, à travers la promotion d'une offre de micro-crédit. Elle montre notamment comment les institutions internationales assurent la promotion de cette approche en s'appuyant sur des ONG, ce qui leur permet de contourner l'Etat alors considéré comme déficient pour mieux cibler les entrepreneurs du secteur informel.

Comme dans le cas du micro foncier en Egypte (Mitchell, 2005), la logique de marché promue à travers le microcrédit s'oppose alors aux logiques préexistantes dans le secteur informel, qui privilégient des valeurs collectives et une perspective long terme. Un autre exemple utilisé par Elyachar est celui de l'alliance entre Grameen Bank (première institution de micro-crédit indienne) et la société Monsanto, cette dernière contrôlant directement l'utilisation de ses semences génétiquement modifiées par les agriculteurs à travers l'endettement via les réseaux de microcrédit. « L'empowerment » apparaît alors comme un concept néolibéral, suivant lequel les programmes doivent se détourner de l'Etat développementaliste au profit d'une société civile à même de performer les comportements économiques des acteurs du secteur informel, « Economizing the People » (Elyachar, 2002, p.495).

Dans l'ouvrage « *Markets of Dispossession: NGOs, Economic Development, and the State in Cairo* » Elyachar inscrit ainsi directement ces travaux dans le programme sur la performativité proposé par Callon. S'appuyant sur une approche foucauldienne de la finance et de la comptabilité, comme instrument de gouvernement devant être installé et internalisé par les acteurs (Rose, 1996 ; Miller, 1987, 1994, 2001), elle souligne également la question centrale du pouvoir dans ce processus d'économisation :

“The labor of making particular forms of market is also a labor of politics. It is about power. Attempt to teach the poor of Cairo to budget their time and money with more streamlined methods resembling those of capitalist firms, and to learn accounting, “The language of business”, are more than ethnographic anomalies. They are attempts to reshape the nature of power and subjectivities as well as to create particular forms of markets. Too often, the question of power is missing from new research on markets inspired by Callon (Elyachar, 2005, p.24).

Ces travaux seront présentés plus en détail dans le Chapitre 4 traitant de la performance des politiques et programmes de développement par l'idéologie et les théories du mouvement néolibéral.

Conclusion de la section 2.

Cette section a démontré la pertinence du cadre théorique de l'ANT, et du programme sur l'économisation qui est en issue, pour analyser la performativité des programmes de développement financés par les institutions financières internationales.

La logique de réseau proposée par l'ANT permet de mettre en perspective le rôle des objets techniques dans le processus d'extension de réseaux-sociotechniques, ainsi que la capacité des objets diffusés par l'APD à transformer les pratiques des sociétés bénéficiaires.

S'associant au programme sur l'économisation, Mitchell étudie ensuite le rôle des savoirs dans la conception et la diffusion des politiques de développement, qui conduisent à un renforcement du pouvoir des acteurs dominants. Ces derniers travaux s'intéressent à

l'expansion du réseau néolibéral, à travers la mise en œuvre de réformes comme les privatisations ou les programmes d'accès des pauvres au « micro-foncier ».

La conception de savoirs économiques destinés à poursuivre l'expansion du réseau néolibéral est également présentée par Elyachar à travers le cas du micro-crédit. Initialement conçu comme un filet de sécurité destiné à accompagner les dérégulations promues par les PAS, il est ensuite conceptualisé par la BM comme le principal moteur de croissance des politiques de développement. Diffusé comme un instrument de lutte contre la pauvreté à travers la promotion du micro-entrepreneuriat dans des zones informelles, il devient en réalité selon Elyachar un instrument de contrôle des travailleurs du secteur informel par la dette.

Section 3 : Le cadre d'interprétation et la méthodologie

1. Le cadre d'interprétation

a) La performativité en sciences de gestion

La notion de « performative utterance » a été initialement définie par John Austin (1962) dans son livre « How to Do Things with Words », comme le pouvoir qu'ont certains énoncés linguistiques de réaliser ce qu'ils décrivent, comme dans la phrase « je vous déclare mari et femme ». Elle a depuis été mobilisée par de nombreux chercheurs « pour rendre compte des processus au travers desquels des formes de connaissance, des discours et/ou des idéologies se matérialisent et ainsi constituent les phénomènes sociaux autant qu'ils les décrivent ou les représentent idéalement » (Gond et al, 2013, p.1)

En sciences d'organisation et de gestion, cette notion a connu un développement récent dans de nombreux courants qui sont souvent cloisonnés. A travers une revue de littérature sur l'utilisation des termes « *performativity* » et « *performative* » dans onze des revues d'organisation et management les plus influentes du champ, « *What do we mean by Performativity in Organizational and Management Theory ?* », Gond et al (2015) proposent une classification des fondations théoriques et de leurs mobilisations.

L'article propose cinq fondements conceptuels de la performativité en sciences de gestion, présentés dans le tableau ci-dessous : « *The foundational conceptualization of performativity* » (Gond et al, 2015a, p.5)

Tableau 16, **Les fondations conceptuelles de la performativité**

Table 1. Foundational conceptualizations of performativity

Foundational perspective	Foundational research roots	author(s)	Main question(s)	Key concepts or thesis	Illustrative OMT papers borrowing the perspective
Performativity as doing things with words	Austin (1962) Searle (1969) <i>Philosophy & linguistic</i>		How to do things with words?	Processes whereby an utterance does what it says; speech acts; typology of speech-acts	Ford and Ford (1995) Kornberger and Clegg (2011)
Performativity as efficiency	Lyotard (1984/1979) <i>Philosophy & post modernism</i>		What characterises knowledge production in post-modern societies?	Alignment of truth, knowledge and the search for efficiency in post-modern societies	Cooper and Burrell (1988); Jones (2003) Cowen (1996); Dey and Steyaert (2007); Parker and Jary (1995) Fournier and Grey (2000)
Performativity as actors' constituting the self	Derrida (1979) <i>Philosophy</i> Butler (1990, 1993, 1997) <i>Gender studies</i>		How do actors create their own selves?	Key role of citation in the constitution of actors through texts	Borgerson (2005); Ozturk and Rumens (2014); Parker (2001); Tyler and Cohen (2010) Harding (2003); Harding et al. (2011); Hodgson (2005); Kenny (2010)
Performativity as bringing theory into being	Barnes (1983) Pickering (1995) <i>Social Studies of Sciences</i> Callon (1998); MacKenzie and Millo (2003) <i>Economic sociology</i>		How do theories shape realities?	The 'performativity of economics thesis'; influence of expert bodies of knowledge	Ferraro, Pfeffer and Sutton (2005) Cabantous and Gond (2011); Cabantous, Gond, and Johnson-Cramer (2010) D'Adderio and Pollock (2014); Gheman, Trevino, and Garud (2013)
Performativity as socio-materiality mittering	Barad (2003, 2007) <i>Gender studies & post-humanism</i> Latour (2005) <i>Actor-Network Theory</i>		How do things constitute reality through actors' practices?	Vocabulary to analyse the constitution of boundaries between social and material entities (intra-objects, intra-action, agential realism, agential cuts)	Keevers et al. (2012); Leonardi (2011); Nyberg (2009); Orlikowski and Scott (2014)

Ils analysent également les évolutions de ces conceptualisations et leurs approches en s'appuyant sur différents travaux individuels ou collectifs existants, par exemple l'ouvrage collectif « Les nouveaux visages de la performativité » (Denis, 2006).

Ils présentent ensuite les perspectives innovantes développées par la mobilisation du concept de performativité, qu'ils résument dans le tableau 17.

Tableau 17, **Réappropriation créative de la performativité en théorie des organisations et du management**

Table 2. Creative Re-appropriations of Performativity in OMT

Organizational perspectives	Seminal publications	Underlying foundational perspectives	Illustrative papers in OMT
Performativity as constitutive communication	<i>Ashcraft, Kuhn, and Cooren (2009)</i> <i>Taylor (1993)</i> <i>Taylor and Van Every (2000)</i>	<i>Performativity as doing things with words</i> (Austin) <i>Actor-Network Theory</i> (Latour, 1986)	Cooren (2004) Stohl and Stohl (2011) Schoeneborn and Scherer (2012) Christensen, Morsing and Thyssen (2013)
Performativity as the expression of routine	<i>Feldman (2000)</i> <i>Feldman & Pentland (2003)</i>	<i>Actor-Network Theory</i>	D'Adderio (2008) Labatut, Aggeri, and Girard (2012)
Performativity as making critical theory influential	<i>Spicer, Alvesson, and Kärreman (2009)</i>	<i>Performativity as efficiency</i> (Lyotard) <i>Performativity as actors' constituting the self</i> (Butler) <i>Performativity as doing things with words</i> (Austin)	Alvesson and Spicer (2012) Wickert and Schaefer (2014)

L'un des objectifs de cet article est de fixer un cadre pour faciliter la création d'un « tournant performatif » en sciences de gestion, en facilitant un décloisonnement entre les différentes approches conceptuelles à même de favoriser les innovations.

Suivant cette logique, le cadre d'interprétation utilisé dans cette thèse mobilise deux des cinq principales conceptualisations théoriques détaillés dans les chapitres précédents.

« Performativity as efficiency ».

Cette conceptualisation est fondée sur la recherche d'efficience dans les sociétés post-modernes présentée par Lyotard (1979) dans "La Condition post-moderne. Rapport sur le savoir", que Marshall (1999, p.309), repris dans l'article de Gond et al (p.7), résume comme suit: "*following Lyotard, education: [...] is no longer concerned with the pursuit of ideals such as personal autonomy or emancipation, but with the means, techniques or skills that contribute to the efficient operation of the state in the world market and contribute to maintaining the internal cohesion and legitimation of the state.*" Elle est mobilisée, dans le cadre des travaux présentés ci-avant comme le fondement de la théorie néo-institutionnelle.

La présentation de l'aide publique au développement montre que les théories néoinstitutionnelles sont un cadre d'analyse pertinent pour notre recherche. Ce champ d'intervention politique s'est en effet construit par intégration de nouveaux acteurs répondant à des logiques différentes (décolonisation, guerre froide ; multilatéralisme), avant de s'institutionnaliser, notamment à travers la constitution d'opérateurs de référence ayant des fonctions de structuration et de diffusion des institutions comme l'OCDE et la BM.

De puissants opérateurs ont également développé des capacités de conception et de diffusion d'approches et pratiques devenant normatives comme le montre le cas de l'allocation basée sur la performance. Initialement promue par la BM, qui devient au début des années 2000 le principal mode d'évaluation de l'efficacité de politiques d'aide au développement par l'OCDE.

Le mauvais classement de l'efficacité de l'aide française qui résulte de ces évaluations conduit alors le gouvernement à demander à ses opérateurs nationaux d'intégrer cette approche devenue normative. En réponse, l'AFD s'associe au Centre d'Etude et de Recherche sur le Développement International (CERDI), principal centre français de recherche en économie du développement, pour créer in Think Thank à même de diffuser des savoirs répondant à ces propres intérêts, la FERDI..

« Performativity as bringing theory into being ».

Cette conceptualisation est fondée sur le programme de performativité s'appuyant sur l'ANT et présenté précédemment. Elle est également définie par Callon (2007, p.330) à travers le concept de « performation » :

We can agree to call performation the process whereby sociotechnical arrangements are enacted, to constitute so many ecological niches within and between which statements and models circulate and are true or at least enjoy a high degree of verisimilitude. This constantly renewed process of performation encompasses expression, self-fulfilling prophecies, prescription, and performance. (Callon, 2007: 330)

L'utilisation de l'aide au développement comme champ d'étude empirique des recherches sur l'ANT, par des auteurs comme Madeleine Akrich et Tomimyth Mitchell, montre la pertinence de ce cadre analytique sur notre objet d'étude. Ici encore, l'exemple de l'allocation basée sur la performance (ou sélectivité) illustre la façon dont les approches théoriques sont mobilisées par certains acteurs comme la BM pour concevoir et diffuser de nouvelles approches normatives qui renforce leur puissance au sein du champ. A travers la sélectivité, la BM fonde ses recommandations sur une incitation à mettre en œuvre des politiques publiques basées sur des réformes néolibérales, tout en légitimant son rôle dominant à travers sa capacité à expérimenter l'approche simultanément dans de nombreux pays. En réponse la France souligne la subjectivité du lien entre les politiques promues par la BM et la lutte contre la pauvreté, tout en démontrant l'importance de sa connaissance du contexte de ses interventions africaines pour justifier son efficacité.

Pour mobiliser ces deux conceptualisations, nous utilisons le cadre théorique intégrateur du « compromis performatif » présenté par Gond et al (2013) dans l'article « Rendre compte du social. L'art du compromis performatif ».

b) Le modèle du compromis performatif

Gond et al (2013) reprennent tout d'abord dans l'article une présentation des deux conceptions de la performativité évoquée ci-dessus pour définir leur complémentarité.

Pour Lyotard (1979) la performativité est définie comme une idéologie de la recherche permanente d'efficacité dans les sociétés post-modernes, qui « se concentre sur l'influence du contexte idéologique et de son instrumentation via les rapports de force entre acteurs pour expliquer la façon dont les formes de compte rendu du social sont constituées ». Cette approche de la performativité comme traduction d'une idéologie en dispositif de mesure de performance est « bien illustrée par le modèle d'Hasselblad et Kallinikos (2000) qui met en lumière la façon dont des idéologies et discours influencent la réalité sociale en constituant de nouveaux rôles sociaux et en s'inscrivant progressivement dans des dispositifs et instruments de mesure ».

Pour Callon (1998), la performativité est définie comme « création de la réalité par la théorie » et souligne « le rôle des théories et de ceux qui les produisent, ainsi que la matérialisation des théories dans des outils de calcul pour étudier la formation de pratiques de reddition de comptes ». « Cette approche de la performativité est traduite en théorie des organisations par Cabantous et Gond (2011, 2012) qui montrent comment les théories rationnelles de la prise de décision peuvent être performées en pratique, du fait la conventionnalisation de la rationalité, de son incorporation dans des outils et de sa marchandisation par des acteurs tels que les consultants ».

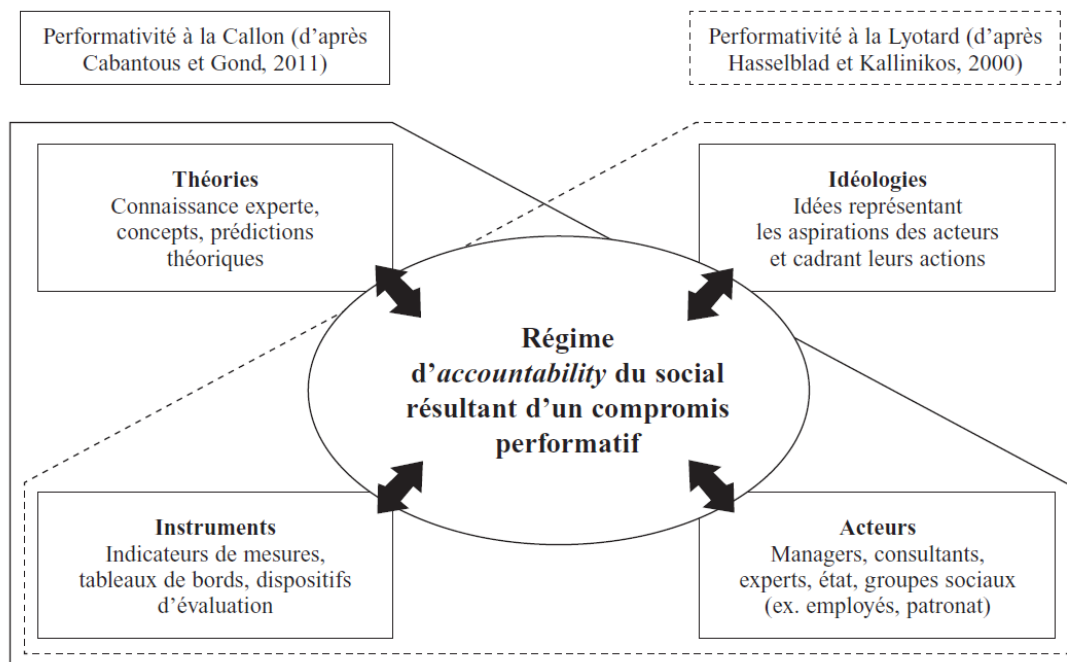
Ces deux approches sont alors présentées comme complémentaires : « Alors que la vision lyotardienne de la performativité mettait en lumière les dimensions idéologiques et de pouvoir, ainsi que la façon dont elles s'incarnent matériellement dans des outils de gestion, l'approche callonienne de la performativité complète l'analyse de la constitution d'un mode d'accountability du social en se focalisant sur la nécessité de questionner l'ingénierie du social sous-jacente à la performativité et en mettant en lumière le rôle des théories, des concepts et

de leurs traductions en outils, ainsi que celui des acteurs du monde universitaire dans la constitution d'une forme d'accountability du social ».

Le modèle du compromis performatif intègre quatre dimensions pour appréhender la mise en œuvre d'un compromis performatif : Les Théories, les Idéologies, Les Acteurs et Les Instruments.

Figure 17, **Les dimensions du compromis performatif**

Figure 1 – Les dimensions du compromis performatif



Dans l'article, ce modèle est évalué empiriquement par les auteurs en comparant deux traductions juridiques de la notion de responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) dans le droit français : la loi sur le bilan social de 1977, et la loi sur les nouvelles régulations économiques de 2001.

En proposant une théorisation de la constitution socio-historique de l'accountability du social, ce cadre nous paraît très adapté à l'analyse des compromis performatifs associés à la mise en place de nouvelles approches promues par les bailleurs de fonds internationaux dans le domaine de l'aide au développement.

Par ailleurs, afin de replacer la complémentarité entre ces deux approches de la performativité dans une perspective dynamique permettant d'étudier le processus d'évolution des rapports de pouvoir au sein du champ de l'APD, nous mobilisons également les pistes définies par Jones et al (2013) en matière d'apports de l'ANT sur le développement de la TNI : l'intégration de la logique de réseau et le questionnement de la valeur des institutions diffusées.

Le cas de la sélectivité, ou allocation basée sur la performance, illustre à nouveau la complémentarité des deux conceptualisations de la performativité pour étudier la diffusion d'un

nouveau mode de délivrance de l'aide au développement. Pour répondre aux attaques sur l'efficacité des plans d'ajustements structurels fondés sur les principes néolibéraux, la BM a construit un nouveau discours sur la base des travaux théoriques fondés sur ces mêmes principes. Ce discours a conduit à une innovation gestionnaire inspirée du NPM, destinée à accompagner l'internalisation des principes néolibéraux par les sociétés bénéficiaires, qui s'est ensuite diffusée rapidement pour devenir une norme d'évaluation appliquée par le CAD de l'OCDE à l'ensemble du champ institutionnel. Sa création constitue ainsi un « coup performatif » qui mobilise à la fois une forte capacité de production théorique répondant à la volonté de pouvoir de la BM, et une forte capacité de diffusion et d'institutionnalisation au sein du champ, à travers l'enrollement du CAD de l'OCDE.

Le Financement Basé sur les Résultats s'inscrit également dans cette double perspective :

- néolibérale sur le plan idéologique, le développement d'une approche contractuelle avec les structures de santé ayant pour objectif la constitution d'un marché au sein duquel la responsabilité, jusqu'ici confiée à l'Etat, est répartie entre l'ensemble des acteurs ;
- financière sur le plan théorique, car la mobilisation de la théorie de l'agence justifie l'utilisation des incitations, qui place en réalité l'ensemble du dispositif sous le contrôle du principal, c'est-à-dire les financeurs.

Au niveau global le recours aux approches gestionnaires s'inscrit donc dans une perspective plus large de production de savoirs fondés sur les principes néolibéraux, et de création d'une coalition d'acteurs qui favorise l'institutionnalisation des approches qui en sont issues.

Au niveau national, la création d'une Stratégie Nationale de Financements Basés sur les Résultats (SNFBR) s'inscrit dans une logique de négociation, entre les bailleurs de fonds qui soutiennent le développement de l'instrument, ceux qui s'y opposent ou tentent de l'influencer, et l'Etat du Sénégal qui souhaite s'approprier sa mise en œuvre en fonction de ses propres intérêts.

L'analyse de la performativité des approches gestionnaires promues par la BM à travers ce cadre d'analyse nous conduit à la réalisation d'une étude qualitative déclinée en trois niveaux : global, national et local.

Au niveau global, la nécessité de bien comprendre les éléments idéologiques et les logiques de réseau qui anime le champ de l'APD nous conduit à adopter une perspective de long terme au travers d'une approche historique. **Notre étude vise à identifier, au travers d'une revue de littérature: (i) quels sont les fondements idéologiques et théoriques des savoirs qui dominent aujourd'hui le champ institutionnel et structurent les politiques de santé globale dans lesquelles s'insèrent le FBR, et (ii) quelles sont les stratégies d'intéressement et les processus de diffusion qui sont à l'œuvre dans la diffusion de cette approche ?**

Au niveau national, notre analyse vise à étudier : **comment les logiques performatives identifiées au niveau global sont-elles mobilisées, combattues, ou font-elles l'objet d'une réappropriation par les différents acteurs impliqués dans le processus de création du Programme National FBR du Ministère de la santé du Sénégal ?**

Au niveau local, notre étude vise à observer la mise en œuvre du programme dans l'une de ses deux zones d'expérimentation pilotes, pour étudier : **quelle est la réalité des changements de pratiques associées à la mise en œuvre du PNFBR ?**

Sur un plan théorique, cette recherche a pour objet d'approfondir les relations entre les deux types de performativité mobilisés par ce cadre d'analyse, en étudiant notamment les relations existantes entre (i) la production de savoirs performatifs sous forme d'objet actant (ANT) et la production de packages rationnels associés à l'idéologie de la recherche d'efficacité (TNI) d'une part, et (ii) la logique d'extension d'un réseau d'acteurs (ANT) et la création de coalition d'acteurs dominant un champ institutionnel d'autre part.

2. La démarche méthodologique

Cette section a pour objet de présenter la posture épistémologique du projet de recherche et le positionnement du chercheur par rapport à cette démarche de production de connaissance.

a) Une démarche interprétative

Le projet de recherche s'inscrit dans une démarche de recherche interprétative, qui constitue aujourd'hui l'un des courants de recherche établis en contrôle de gestion (Lukka et Model, 2010).

L'objectif de cette démarche est d'étudier les approches ou instruments de gestion comme des réalités socialement construites, qui dépendent du contexte historique et social dans lequel ils sont produits. Ces objets sont ainsi appréhendés comme des réalités définies à partir des représentations subjectives et des stratégies d'acteurs. Du point de vue de la sociologie institutionnelle, sur laquelle est fondée la perspective d'une performativité comme recherche d'efficacité, ils sont le fruit d'institutions, c'est-à-dire de règles, de croyances et de représentations qui conditionnent la perception et l'intervention des acteurs. Du point de vue de la théorie de l'acteur-réseau, ce sont des objets techniques considérés comme des acteurs non-humains (ou objet-actant), qui sont conçus et utilisés pour la construction et l'expansion de réseaux socio-techniques.

Cette démarche doit permettre de proposer un éclairage sur la façon dont ces objets ont été conceptualisés, appropriés et mobilisés par les acteurs dans un contexte socio-historique précis. Dans un article sur la validation des recherches interprétatives en contrôle de gestion, Lukka et Model (2010, p.463) précisent l'objectif de ces chercheurs: « *describing social phenomena in order to convey a rich, in-depth understanding of the meanings attached to them by researched individuals to also encompass an important explanatory element* ».

L'objectif est ainsi de pouvoir proposer, en s'appuyant sur une compréhension fine et intime du contexte et du rôle des acteurs, une interprétation précise de cette réalité sociale. Portée par une logique qualitative, cette analyse dépend également du point de vue à partir duquel le chercheur regarde cette réalité. Pour mieux définir ce point de vue, il apparaît donc nécessaire de préciser le positionnement du chercheur dans ce processus.

b) Le positionnement du chercheur

Une recherche ancrée dans une relation avec le terrain.

La décision de réaliser ce projet de recherche est ancrée dans mes quinze années d'expérience comme consultant chargé de la mise en œuvre de projets de développement financés par les institutions internationales, en particulier de la CE et la BM en Afrique.

Diplômé d'une école de gestion, j'ai d'abord appuyé des entreprises françaises dans leurs projets d'implantation en Afrique, avant de collaborer sur des projets de développement du secteur privé destinés à favoriser la mise en œuvre de politiques de développement économique. J'ai ainsi accompagné différents gouvernements (Sénégal, Madagascar, Mali) dans la préparation d'opérations de privatisation, dans la création d'agences de promotion des investissements étrangers, ou encore dans l'élaboration de stratégies sectorielles et de pôles de développement destinés à positionner ces pays dans la mondialisation.

Par la suite, comme cadre d'un bureau d'études spécialisé dans la gestion de projets d'aide au développement, j'ai piloté de nombreux projets d'assistance technique financés par la CE dans les domaines du développement économique et agricole, de la réforme de l'Etat et des finances publiques, de la décentralisation et du développement local, ou encore de l'appui à la société civile.

Au départ séduit par la logique économique fonctionnelle sur lesquelles ces programmes étaient fondés, l'expérience m'a progressivement conduit à deux types d'interrogation.

1/ Sur le plan du contenu, la conception de ces réformes apparaissait souvent déconnectée du contexte. A titre d'exemple, les projets de privatisation étaient souvent marqués par la corruption et la faiblesse des capacités de régulation, aboutissant au remplacement de monopoles publics par des monopoles privés réalisés au détriment des populations et au bénéfice des multinationales. Les projets de décentralisation étaient mis en œuvre de façon systématique dans l'ensemble des pays bénéficiaires de ces programmes, alors même qu'en Afrique subsaharienne les services centraux étaient souvent fragiles, voire inexistants dans certains pays. De plus cette déconnexion était souvent amplifiée par les gouvernements bénéficiaires, car la recherche de financements internationaux les conduisait à anticiper les attentes des institutions financières au détriment de leurs propres priorités. En tant que consultant, mon rôle était ainsi parfois d'aider les responsables nationaux à formuler des projets nationaux correspondant aux attentes des financeurs, à améliorer leur positionnement sur « le marché de l'aide ».

2/ Sur le plan des modes de délivrance de l'aide, le renforcement du principe « d'appropriation » des pays bénéficiaires, auquel j'adhérais pleinement, apparaissait fragile au niveau opérationnel. A titre d'exemple, la nomination de directeurs nationaux pour la gestion des projets de coopération pouvait aboutir à une meilleure intégration dans les activités du ministère, mais aussi à des nominations politiques de personnalités extérieures à l'organisation partenaire, ce qui pouvait alors renforcer les difficultés d'appropriation. La mise en œuvre d'approches programmatiques ou d'aides budgétaires se traduisait parfois par une limitation de l'appropriation puisqu'elles étaient accompagnées d'une mise sous contrôle de la gestion des finances publiques par les bailleurs de fonds.

D'une façon générale, les contenus des projets et les approches m'apparaisaient souvent définis de façon idéologique, suivant une logique fonctionnaliste censée s'appliquer à l'ensemble des pays et domaines sans tenir compte de leur contexte spécifique. Pourtant au niveau opérationnel, leur mise en œuvre était soumise à une grande complexité, aboutissant à des situations très différentes suivant chacun des contextes. Ces expériences m'ont souvent donné l'impression d'être au coeur de conflits d'intérêts et d'approches idéologiques, sans que je sois en capacité de les appréhender.

Dans le cadre de mon mémoire de Master, j'ai réalisé un travail sur l'étude d'un programme d'aide budgétaire de l'UE au gouvernement du Sénégal à travers la théorie de l'agence. Les complexités techniques et politiques opérationnelles m'avaient une fois encore interpellé, alors même que la logique fonctionnelle d'une aide budgétaire assortie de tranches variables décaissables en fonction d'indicateurs de performance m'avait initialement séduite.

Alors que ma formation et mes premières expériences de conseil en management m'avaient amené à prendre pour acquise l'efficacité des réformes néolibérales et des approches gestionnaires, leur mise en oeuvre dans des environnements aussi complexes qu'une réforme des services publics « appuyée » par des projets de coopération, m'a conduit à m'interroger sur les principes sous-jacents de ces projets et approches. La volonté de mieux appréhender le contexte spécifique à chaque projet de développement dès sa phase de conception est donc à l'origine de ce projet de recherche.

Cette expérience me donne une proximité avec le terrain de l'étude de cas, en particulier une certaine connaissance de la culture administrative sénégalaise, et des difficultés rencontrées par les fonctionnaires dans la mise en œuvre des projets. Le rôle d'assistant technique nous place en effet souvent à côté des agents publics des gouvernements bénéficiaires, face à la gestion des contraintes que ces approches fonctionnelles posent. De plus, en tant que consultant nous sommes parfois au cœur des processus de négociation, entre les attentes des bailleurs de fonds avec lesquels nous dialogons directement pour la préparation de notes conceptuelles d'une part, et les agents publics qui doivent intégrer la complexité de leurs environnements politiques et institutionnels d'autre part. Notre rôle est ainsi souvent d'analyser les objectifs et les marges de manœuvre des uns et des autres pour proposer des solutions de compromis.

Cette proximité confère donc une certaine connaissance de l'environnement, de ces normes de représentation et des logiques de réseaux qui le constituent, ce qui facilite notre compréhension du contexte au niveau des ministères centraux. Enfin mes diverses expériences au Sénégal, principalement avec le Ministère de l'Economie et des Finances dans le cadre de ma recherche sur le programme d'aide budgétaire déjà évoqué, ont facilité mon accès aux principaux décideurs du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

c) L'éthique du chercheur.

Cette proximité avec le terrain génère également une responsabilité éthique, puisque nos propres représentations influencent notre interprétation. Cette responsabilité conduit à une exigence de réflexivité, en matière de déconstruction de nos préjugés et représentations. La première solution technique pour faciliter cette réflexivité a été de choisir un secteur sur lequel je n'ai jamais travaillé (la santé), ainsi qu'une administration avec laquelle je n'ai jamais eu de

contact. Cette déconstruction a ensuite été associée à deux éléments, les lectures théoriques qui ont facilité la prise de distance avec la vision du réel préalablement construite, et la posture de recherche.

Les lectures, entretiens et analyses de mon mémoire de Master sur le programme d'aide budgétaire de la CE au gouvernement du Sénégal (Caffin, 2013) ont été une expérience fondatrice pour la pratique de cette posture de recherche, par l'adoption d'une position d'écoute. A cette occasion je me suis aperçu combien j'avais l'habitude, en tant que consultant, d'être dans une position d'influence de mes interlocuteurs ou de collecte sélective d'informations.

La première mission d'identification du présent travail, réalisée au cours de ma première année du programme doctoral parallèlement à mes premières lectures en littérature critique du contrôle de gestion, ont été une seconde expérience fondatrice. Au-delà de l'effort de neutralité et de réflexivité, j'ai alors évolué vers l'adoption d'une posture constructiviste me conduisant à réfléchir aux éléments sous-jacents, que je peux résumer par la question mentale suivante : « comme tout cela aurait t-il pu être construit autrement ? ».

Cette posture réflexive est également en partie à l'origine de l'adoption d'une perspective historique me conduisant à présenter une généalogie des théories et pratiques l'aide au développement. Ayant été imprégné lors de mon expérience professionnelle par les discours et pratiques sur les approches gestionnaires et les réformes promues par les bailleurs de fonds, la nécessité de réaliser un travail de déconstruction de mes propres cadres d'analyse m'a conduit à une prise de recul importante sur les rapports entre le néolibéralisme et le champ de l'aide au développement.

d) Le design de la recherche

Royer et Zarlowski présentent l'élaboration du projet de recherche comme « un processus comprenant sept étapes successives et itératives : 1) l'identification d'un thème de recherche ; 2) la revue de littérature et entretiens exploratoires ; 3) la définition de la problématique ; 4) l'élaboration du design de la recherche ; 5) le recueil des données ; 6) l'analyse des données ; 7) les résultats » (Royer, Zarlowski, 2007, p. 171).

La démarche s'est articulée autour de ces sept étapes, dont l'élément structurant a été l'identification de l'objet FBR et la définition de la problématique suite aux premiers entretiens exploratoires réalisés aux mois de février et mars 2014.

L'identification de l'objet et la formulation de la question de recherche

Le thème initialement envisagé était « la coordination entre les partenaires et le gouvernement dans le cadre des politiques de santé globale », mais la volonté de renforcer la coordination semblait absente chez les principaux acteurs de la santé au Sénégal.

Suivant un responsable de la Banque Mondiale, les obstacles apparaissaient insurmontables :

« La coordination est difficile car il y a beaucoup d'acteurs et d'argent dans le secteur de la santé..., le Ministère de la Santé est fragmenté, son organigramme est structuré en fonction des besoins ressentis des bailleurs » (entretien d'enquête, 17/02/2014). Pour ce dernier, la

coordination ne pouvait être réalisée que par le MSAS, qui manquait de volonté en la matière : « le Ministère de la santé ne joue pas le jeu, car il préfère avoir un contact direct avec les bailleurs pour optimiser la ressource, quitte à avoir certains projets contradictoires » (entretien d'enquête, 17/02/2014). Les possibilités de coordination devaient dès lors être étudiées au niveau local, à travers la mise en place d'approches comme le FBR, qui permettait par exemple « une petite coopération avec l'USAID ».

Par ailleurs, la Coopération Technique Belge (CTB), qui appuyait le processus de coordination à travers un renforcement de la Direction de Planification, de la Recherche de la Statistique (DPRS) du Ministère, en présentait les limites. Suivant l'assistant technique en charge de ce sujet :

« la coordination était plus facile au niveau régional et local, alors que les intérêts sont divergents au niveau central..., chacun veut tirer la couverture de son côté, ...cela va dans tous les sens..., une structure existe suite à la réorganisation...mais il manque une feuille de route qui précise les indicateurs, les engagements conjoints et individuels puis les traduit sur un plan opérationnel. Il y a des travaux de préparation pour mettre en place le dispositif, mais les responsables ne sont pas souvent présents aux réunions car ils sont souvent représentés... Il y a un besoin de leadership, le DPRS [directeur de la planification, de la recherche et de la statistique] doit être soutenu par le Ministre » (entretien exploratoire, 24/02/2014)

De plus, une concurrence s'esquissait entre les bailleurs sur la conception des politiques de santé à mettre en œuvre au niveau local. Ainsi le chef de coopération de l'Ambassade de Belgique soulignait-il l'opposition entre le nouveau projet belge basé sur la création d'une mutuelle professionnelle couvrant un district, et la nouvelle stratégie nationale en faveur des mutuelles privées à base communautaires :

« Le ministère n'a pas été très impliqué dans la conception du nouveau projet en cours de validation. Cela pose des soucis car la base de développement des mutuelles choisie par le ministère a changé, d'un modèle professionnel vers un modèle communautaire, aussi le Ministère ne s'estime pas engagé par le choix de la convention de financement puisqu'il estime qu'il s'agit d'un choix de la partie belge » (entretien d'enquête, 19/02/2014).

Le renforcement de l'offre de soins était également présenté comme prioritaire pour l'adhésion des populations au système assurantiel, aussi le projet de la CTB intégrait un renforcement de cette offre par le financement de personnels et d'intrants, démarche concurrente au FBR qui venait d'être érigée en programme national.

Les principaux enjeux pour les partenaires et le MSAS apparaissaient donc, à cette période, être les deux principales approches qui structuraient la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle : la création d'une assurance universelle pour assurer le financement de la demande (Couverture Maladie Universelle au Sénégal), et le renforcement de l'offre de soins.

Dans ce cadre, le MSAS venait d'adopter les solutions soutenues par les deux principaux financeurs extérieurs du Ministère que sont l'USAID et la BM, à savoir un dispositif assurantiel basé sur des mutuelles privées à base communautaires et la création d'un programme national de financement basé sur les résultats, auxquels étaient opposés différents acteurs

rencontrés, comme les acteurs de la CTB, le conseiller technique de la coopération française placé au cabinet du Ministre, ou encore l'économiste de l'OMS.

L'adoption rapide du FBR et sa transformation en programme national avant même l'achèvement de la phase pilote, m'est apparue comme un objet privilégié pour comprendre la rapide diffusion de cet instrument de gestion sur de nombreux pays du continent.

Le FBR correspondait aussi à la poursuite d'une recherche menée dans le cadre de mon mémoire de Master portant sur « le programme d'aide budgétaire de l'UE au Sénégal à travers la théorie de l'agence », qui intégrait une tranche variable décaissable annuellement en fonction de la performance sur certains indicateurs (Partie I). Or, notre analyse montrait une faible performativité de ce système de financement basé sur la performance au niveau des Ministères centraux, où les acteurs impliqués ont souvent des intérêts divergents (Caffin et Zarlowski, 2016). La réalisation de dispositifs d'incitation ciblant les acteurs directement responsables de la production des services ciblés au niveau local permettait donc de poursuivre l'étude de cette logique d'économisation de l'APD.

L'étude des dynamiques performatives du FBR m'est ainsi apparue comme un objet pertinent pour étudier la performativité des programmes de développement. Les premiers entretiens exploratoires ont également montré que les enjeux idéologiques et théoriques étaient présents au niveau du choix d'un modèle de régulation par le marché, ce qui m'a conduit à élargir mon analyse au niveau de la mise en place de ce modèle intégrant parallèlement la création de mutuelles privées à base communautaire.

Par la suite, comprendre la rapidité avec laquelle ce modèle a pu être adopté m'a conduit à étudier la mise en place de cet instrument dans un cadre plus global, caractérisé par les réformes néolibérales promues par les IBW. Appréhender les logiques performatives qui expliquent « l'appropriation » de l'instrument par le gouvernement nécessitait de les replacer dans un processus de dérégulation lié aux ajustements structurels, suivi d'un processus de re-régulation mis en œuvre à travers les approches gestionnaires. Dès lors, pour replacer cette appropriation au sein d'un processus global de dérégulation/ rerégulation piloté par les acteurs néolibéraux, il convenait d'étudier les dimensions idéologiques et théoriques au niveau global, en analysant la façon dont les réformes néolibérales sont devenues des institutions portées par des coalitions sans cesse plus puissantes au sein du champ de l'APD, puis du champ de la santé globale.

Le choix d'une étude à trois niveaux a donc été retenu afin de pouvoir appréhender ces dynamiques: (i) au niveau global, par l'analyse de la performance idéologique et théorique des politiques de développement ayant conduit aux réformes néolibérales, comme les modèles de régulation des services sociaux par le marché qui soutiennent la diffusion du FBR, (ii) au niveau national, par l'analyse des négociations entre les bailleurs de fonds et le gouvernement ayant conduit à la création du PNFBR au Sénégal, et (iii) au niveau local, pour comprendre la façon dont cette approche performative transforme le rôle et les pratiques des acteurs dans les structures de santé ciblées.

Le choix du secteur de la santé a été confirmé pour son caractère précurseur dans la création des politiques globales, au sein duquel interagissent maintenant de nombreux acteurs publics, privés et associatifs.

Base empirique de la recherche

Deux types d'informations/éléments empiriques sont utilisés dans cette recherche, secondaire pour l'analyse au niveau global, primaire pour l'analyse au niveau national et local

Au niveau global, l'analyse de la performativité des politiques de développement aboutissant à la diffusion du FBR s'appuie principalement sur des travaux théoriques en économie, économie politique, en sociologie et en ethnologie du développement, qui permettent d'éclairer les deux dynamiques de notre cadre d'analyse. Ces travaux décrivent principalement l'extension du réseau socio-technique néolibéral, les outils conceptuels qu'il génère, et les dispositifs d'intéressement qui lui permettent d'enrôler les principaux acteurs de l'aide et les gouvernements bénéficiaires.

Ce processus présente la construction d'un réseau de façon historique à travers trois niveaux d'analyse : 1) la performance théorique, ou l'économisation des politiques de développement, 2) la performance des organisations et des politiques publiques, ou l'enrôlement des organisations et leur stratégie d'intervention, 3) la performance des PED, ou la réalisation d'expérimentations permettant ensuite la diffusion à d'autres pays d'intervention et acteurs de l'aide.

Si l'analyse a été construite pour suivre les acteurs, les productions théoriques, les discours et les financements suivant un cadre d'analyse ANT, elle permet également de mettre en lumière les dynamiques institutionnelles qui ont conduit à la recherche d'efficacité et accélèrent la diffusion d'instruments présentés comme des « packages » rationnels.

Au niveau national, les analyses reposent principalement sur trois séjours de recherche au Sénégal (hors entretiens exploratoires). Elles permettent d'appréhender les dynamiques performatives étudiées, notamment concernant le contenu de l'instrument FBR, le rôle des acteurs (humains et non humains) dans sa conception et son lancement, ou encore le contexte institutionnel de son déploiement (normes, règles, représentations et croyances).

Ces éléments empiriques sont de trois types :

- 1) Divers documents associés à la conception et la mise en œuvre du projet Programme National de Financements Basés sur les Résultats (PNFBR) ;
- 2) Observations non participantes de la Revue Annuelle Conjointe du MSAS (2015), du Comité Interne de Suivi (2015) annuel du MSAS, et de la Revue Annuelle Conjointe du PNFBR (2015) ;
- 3) Entretiens ouverts réalisés auprès des acteurs ayant participé à la conception et au lancement du PNFBR. Les entretiens ont été réalisés sans guide, articulés autour d'une ligne de questionnement permettant d'appréhender le processus de conception du programme vis-à-vis de l'interviewé : quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi ?

Ce choix pour des entretiens ouverts répondait à la nécessité de s'adapter aux différents contextes d'élaboration du projet (de la mission exploratoire du cabinet à la structuration du PNFR), mais aussi à la dimension abstraite d'éléments recherchés, comme le rôle des idéologies et des théories dans les jeux d'acteurs qui n'avaient pu être obtenus au travers de questions directes lors des entretiens exploratoires. Trente sept entretiens ont été réalisés au niveau central (hors entretien exploratoires) pour étudier le processus de création du PNFR.

Tableau 18, **Liste des observations et entretiens réalisés au niveau central**

NIVEAU CENTRAL		
Entretiens exploratoires (prise de note et retranscription le soir même) <i>Mission à Dakar du 18 février au 1er mars 2014</i>		
17/02/14	Banque Mondiale (BM)	Entretien téléphonique, expert senior santé en charge du Sénégal
19/02/14	OMS	Economiste chargé de la coordination des partenaires techniques et financiers – ancien directeur de cabinet du Ministre de la Santé
19/02/14	Ambassade Belgique	Attaché de coopération
20/02/14	Coopération Technique Belge (CTB)	Assistant technique auprès de la Direction de la Plannification Recherche et des Statistiques (DPRS) – Volet gouvernance sanitaire du programme de coopération de la CTB ciblant le renforcement des systèmes de santé dans les régions centres.
20/02/14	Coopération Française (CF)	Assistant technique / Conseiller du Ministre
20/02/14	USAID et Ministère Santé (MSAS)	Représentant de l'USAID et Conseiller du Directeur Général de la Santé (DGS)
24/02/14	Luxembourg Developpement (LuxDev)	Assistant technique – DPRS – volet gouvernance du programme de coopération de Lux Dev ciblant le renforcement des systèmes de santé dans les régions Nord.
24/02/14	MSAS	Directeur de la recherche
25/02/14	Coopération Japonaise (JICA)	Assistante technique / Conseiller du Ministre et responsable du projet renforcement des systèmes de santé dans les régions Est
25/02/14	CONGAD (coordination ONG sénégalaises)	Responsable santé
26/02/14	USAID	Représentante au Sénégal
26/02/14	Fonds des Nations Unis pour la Population (UNFPA)	Représentant au Sénégal
26/02/14	ONUSIDA	Point focal au Sénégal
27/02/14	Agence Française de Développement	Responsable des projets santé au Sénégal
28/02/14	Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)	Responsable des projets de coopération dans le secteur santé
Entretiens d'enquête (enregistrés) <i>Mission à Dakar du 1^{er} au 20 décembre 2014</i>		
01/12/14	Lux Dev	Assistant technique DPRS (1h41)
04/12/14	USAID / MSAS	Représentant santé USAID – Conseiller DGS (0h57)
04/12/14	CTB	Assistant technique DPRS (0H54)
04/12/14	CTB	Assistant technique DGS (0h50)

04/12/14	MEF	Directeur Coopération Financière (0h17)
08/12/14	Abt Associates (contrat USAID)	Responsable du projet de la réforme des systèmes de santé et de la coordination du programme USAID (0h58)
08/12/14	Abt Associates	Expert senior santé (0h52)
09/12/14	Abt Associates	Expert Financement Basé sur les Résultats (1h25)
10/12/14	EMAP	Consultant chargé de l'évaluation de la Déclaration de Paris (0h12)
11/12/14	JICA	Assistante technique – Conseiller du Ministre et responsable du projet de renforcement des systèmes de santé dans les régions Est (0h57)
12/12/14	DPRS	Directeur DPRS (0h52)
12/12/14	DPRS	Responsable division de la statistique (Prise de notes – environ 0h30)
12/12/14	Hopital Abbas Ndao	Directeur (1h23)
13/12/14	BM	Coordinatrice national du projet santé (0h55)
13/12/14	DPRS	Responsable division planification (0h42)
17/12/14	Hopital Grand Yoff	Ancien directeur (1h06)
17/12/14	PNFBR	Coordinatrice et ancienne responsable du groupe de travail chargé de l'élaboration du projet pilote FBR (0h51)
18/12/14	Lux Dev	Responsable programme santé (1h28)
19/12/14	Ambassade Belgique	Attaché de Coopération (1h25)
19/12/14	MEF	Responsable projets de coopération secteur santé (1h08)
Entretiens d'enquête Mission à Dakar du 15 avril au 8 mai 2015		
16/04/15	Lux Dev	Assistant Technique DPRS (0h57)
21/04/15	JICA	Assistant Technique – Conseiller Minsitre et responsable projet de renforcement des systèmes de santé dans les régions est. (0h33)
21/04/15	Dir Administration Générale et Equip (MSAS)	Représentant du groupe de travail sur le FBR (1h06)
22/04/15	CTB	Assistant technique DPRS (0h21)
22/04/15	PNBFR	Coordonateur (0h59)
23/04/15	PNFBR	Responsable Administratif et financier – membre du groupe de travail sur l'élaboration du projet pilote FBR
23/04/15	Abt Associates	Responsable projet réforme des systèmes de santé et coordination du programme USAID (1h07)
23/04/15	Abt Associates	Expert senior santé (0h50)
23/04/15	Abt Associates	Expert FBR (0h51)
23/04/15	MEF	Conseiller technique chargé du programme d'appui budgétaire de la BM intégrant des conditionnalités en matière de réforme hospitaliaire (1h34)
24/04/15	BM	Economiste santé chargé du suivi du projet Sénégal (0h47)
27/04/15	BM	Expert senior santé responsable du projet au Sénégal (1h27)
27/04/15	OMS	Economiste – ancien directeur cabinet Ministre MSAS (0h39)
28/04/15	MSAS	Responsable qualité MSAS et PNFBR (1h13)
28/04/15	MSAS	Responsable du personnel (0h18)
07/05/15	MSAS	Ancien SG du MSAS et Président du Comité de pilotage du programme de l'USAID (1h00)
07/05/15	Intersyndicale	Représentant pour l'élaboration du projet pilote PNFBR (0h22)
Observation non participante aux instances de gestion Mission à Dakar du 15 avril au 8 mai 2015 et le 8 décembre		
20 et 21/05/2015	MSAS	Revue annuelle conjointe (revue des performances) du Programme de développement sanitaire du MSAS, en présence des responsables

		et des partenaires du MSAS
07/05/15	PNFBR	Revue annuelle conjointe (revue des performances) du PNFBR et présentation de l'évaluation de la phase pilote
08/12/15	MSAS	Comité de suivi du PNDS en présence des responsables du MSAS et des partenaires extérieurs
Entretien d'enquête lors d'un séminaire à Dakar le 7 novembre 2017 (notes retranscrites le soir et validées par l'interviewée)		
07/11/2017	PNFBR	Doctorante en stage (observation participante) au sein du PNFBR (Prise de note validée par l'interviewée – environ 2h)

Comme le montre le tableau, différents entretiens au niveau national ont été réalisés avec les mêmes personnes lors de différentes missions. Les questionnements ont ainsi été précisés progressivement en fonction du niveau de finalisation de la problématique et/ou de l'avancement du projet.

Au niveau national, deux principaux types de données ont été mobilisés lors de notre analyse :

- Les données relatives au processus de négociation du programme PNFBR donnent lieu à des phénomènes de triangulation et de saturation qui confirment leur validité. Les citations retranscrites dans le texte ont été sélectionnées pour leur clareté.
- Certaines données collectées lors des entretiens avec les principaux responsables de l'USAID et la BM ne font pas tous l'objet d'une validation par triangulation et saturation, mais elles donnent un éclairage très pertinent sur les démarches d'intervention des acteurs et correspondent aux faits observés. Il s'agit par exemple de la décision conjointe entre l'USAID et la BM de faire un projet FBR au Sénégal avant même que la mission d'étude des responsables sénégalais au Rwanda n'ait été programmée. Ou encore de la volonté du responsable du projet de la BM de mettre en échec le dispositif incitatif initialement négocié entre l'USAID et les principaux responsables du Ministère de la santé, mise en échec qui sera effective un an plus tard.

Deux précédents entretiens réalisés dans le cadre de mon mémoire de Master ont également été cités pour présenter les stratégies d'influence de la BM dans le secteur de la santé à travers son programme d'Aide budgétaire globale.

Les entretiens mobilisés dans cette recherche ont ainsi été menés sur une période de janvier 2013 à novembre 2017, ce qui permet d'observer la mise en place des approches gestionnaires et en particulier le PNFBR, sur une période pluri-annuelle.

Au niveau local, les données ont été collectées dans l'une des régions médicales intégrant l'un des deux districts pilotes dans lequel le PNFBR a été expérimenté dès l'origine, la Région Médicale de Kolda. Le choix de cette région Médicale en Casamance a été fait sur la base de l'éloignement et de la grande pauvreté de cette région, mais aussi des fortes performances du District de Medina Yorofoula qui ont été mis en avant lors de la Revue Annuel du PNFBR.

Les éléments empiriques récoltés sont de deux types :

- 1) Observations non participantes de la « réunion de coordination mensuelle de l'Equipe cadre de santé » du district sanitaire de Medina Yorofoula, et d'une « mission de

vérification de la mise en œuvre du programme FBR » réalisées par une équipe de la Région Médicale de Kolda dans un centre de santé rural de Coumbacara, district sanitaire de Kolda.

- 2) Entretiens semi-directifs réalisés auprès des responsables de cadre de santé (Médecin chef région, médecin chef de district, infirmier chef de poste, sage femme, organisation communautaire de base chargée de l'évaluation)

Vingt trois entretiens ont été réalisés pour étudier les changements de comportements liés à la mise en œuvre du PNFBR

Les éléments ont été collectés à l'occasion d'une mission exploratoire en 2014, puis de trois séjours de recherche entre décembre 2014 et décembre 2015, suivi d'un entretien réalisé en novembre 2017 à l'occasion d'un séminaire de recherche à Dakar :

- Une mission à Dakar du 17 février au 1 mars 2014, destinée la réalisation d'entretiens observatoires sur le thème de la coordination des partenaires dans le secteur de la santé. Ces 15 entretiens exploratoires ont fait l'objet d'une prise de notes et d'une transcription écrite le soir même
- Une mission à Dakar du 1 décembre au 20 décembre 2014, destinée à la réalisation d'entretiens exploratoires sur le thème du PNFBR, des mutuelles communautaires, et ainsi formuler la problématique. Ces 20 entretiens ont été enregistrés.
- Une mission à Dakar du 15 avril au 8 mai 2015, pour observer à la Revue Annuelle Conjointe du MSAS, la Revue annuelle du PNFBR et réaliser des entretiens ouverts avec les principaux responsables du MSAS et des partenaires de développement ayant contribué au processus d'élaboration et lancement du PNFBR. Ces 17 entretiens ont été enregistrés. L'ensemble des membres du groupe de travail chargé de l'élaboration du projet pilote FBR ont été interviewé, à l'exception d'un seul.
- Une mission à Dakar le 7 décembre 2015 pour assister au Comité interne de Suivi du MSAS, suivi d'une mission dans la Région Médical de Kolda du 8 au 18 décembre 2015 pour étudier les changements pratiques liés à mise en œuvre du PNFBR. Ces 23 entretiens ont été enregistrés. Ils intègrent le médecin chef de région, les médecins responsables des districts médicaux et de leurs structures de référence (centres de santé), les praticiens de ces centres de santé, les responsables de deux postes de santé dans chacun des 3 districts, deux sages femmes, le responsable et un enquêteur de l'une des organisations communautaire de base chargé du contrôle du PNFBR par les communautés, les responsables des comités de santé des trois districts dont l'un est également le représentant des usagers pour l'ensemble de la région médicale.

L'observation des principales réunions de coordination, et la tenue de 15 entretiens exploratoires, suivi de 37 entretiens au niveau central et de 23 entretiens au niveau local, ont permis de s'assurer de la triangulation de la saturation des données étudiées dans cette recherche.

Tableau 19, Liste des observations et entretiens réalisés au niveau local

NIVEAU LOCAL		
Entretiens d'enquête		
Mission dans la Région Médicale de Kolda du 10 au 17 décembre 2015		
10/12/15	District sanitaire de Medina Youroufoula (DS MY)	Médecin chef de district (1h03)
10/12/15	District sanitaire de Kolda (DS K)	Médecin chef de district (1h26)
11/12/15	DS Kolda	Infirmier Chef de Poste –(ICP) – Poste de santé de Santakoy (1h06)
11/12/15	Hôpital Kolda	Chef service des soins infirmiers (1h08)
11/12/15	Hôpital Kolda	Chef du service administratif et financier (1h09)
11/12/15	Hôpital Kolda	Chef du service social (0h36)
11/12/15	Organisation Communautaire de Base (OCB)	Responsable du contrôle du programme FBR par les communautés dans la Région médicale de Kolda (1h07)
	OCB	Chargé du contrôle du programme FBR par les communautés dans la Région médicale de Kolda (0h59)
14/12/15	District Sanitaire Velingara (DS V)	Centre de santé de Velingara - Intérim du directeur (dentiste) (1h12)
14/12/15	DS Velingara	Centre de santé de Velingara- Médecin généraliste (prise de note, environ 0h30)
14/12/15	DS Velingara	Centre de santé de Velingara - Président du Comité de Santé (prise de note environ 0h30)
14/12/15	DS Velingara	Infirmier Chef du Poste de Kabindo (0h36)
	DS Velingara	Infirmier Chef du Poste de Kounkané (0h54à
15/12/15	Région Médicale	Médecin Chef de Région (1h05)
16/12/15	DS MY	ICP – Poste de santé de Dabo (1h04)
16/12/15	Hôpital Kolda	Directeur Hôpital (0h55)
16/12/15	DS K	Président du Comité de Santé – Représentant des usagers de la Région Médicale de Kolda (1h07)
16/12/15	Centre de Santé Kolda	Dentiste – praticien (0h31)
16/12/12	DS Kolda	Infirmier Chef du Poste de Médina Chérif (0h47)
16/12/15	DS MY	Président du comité de Santé de DM MY et trésorier poste de Fafakourou
16/12/15	DS MY	Infirmier Chef du poste de santé de Fafakourou (0h47)
16/12/15	DS MY	Sage femme poste de Santé Sokhna Diop (0h30)
16/12/15	DS MY	Responsable service vaccination et suivi épidémiologique (0h32)
16/12/15	DS MY	Sage femme poste Fassagna (0h18)
Observation non participante aux instances de gestion et mission de supervision		
Mission dans la Région médicale de Kolda du 10 au 17 décembre 2015		
16/12/15	DS MY	Observation de la réunion de coordination mensuelle des chefs de poste du District de Medina Yorofoula
17/12/15	Région Médicale de Kolda (RM)	Observation de la mission de supervision du PNFBR réalisée par une équipe de la RM dans le poste de santé de Coumbacara

Conclusion Chapitre 3

Cette revue de littérature nous a permis de présenter les deux approches de la performativité mobilisées par notre cadre d'analyse : « le compromis performatif ».

En introduction, la présentation des théories critiques en contrôle de gestion a permis de présenter le courant de recherche dans lequel s'inscrit notre recherche.

La présentation du courant de recherche sur la TNI a ensuite mis en perspective sa pertinence pour l'étude de la réforme du secteur public, souvent sommé d'adopter des modèles de gestion issus du privé alors qu'il met en œuvre des politiques complexes intégrant souvent des objectifs contradictoires. La TNI est ainsi mobilisée par de nombreux chercheurs pour étudier la réforme des systèmes de santé. Elle met notamment en perspective les tensions existantes entre l'efficacité et la qualité des soins.

La TNI permet également de proposer les logiques institutionnelles qui animent ces processus de réformes, en particulier la logique du capitalisme et la logique de l'Etat, sur lesquelles des entrepreneurs institutionnels peuvent s'appuyer pour promouvoir des réformes répondant à leurs intérêts personnels.

Elle propose enfin un cadre d'analyse de la matérialité des institutions qui s'intègre dans des objets comme les tableaux de bords, de leur processus d'institutionnalisation au sein d'un champ, et de leur rôle dans l'internalisation progressive des réformes par les organisations.

La présentation du courant de la sociologie de la traduction permet également de repositionner le rôle des objectifs techniques dans la construction de macro-acteurs et ainsi dans l'infrastructure de la dynamique du capitalisme. Les travaux sur l'économisation sont également mobilisés pour mettre en perspective les transformations sociétales à l'œuvre au sein des processus de colonisation, de modernisation, ou de domination post-coloniale des pays en développement.

Enfin le cadre du compromis performatif propose une intégration de ces deux dimensions, en associant la conception idéologique de la recherche d'efficacité proposée par Lyotard, avec la conception théorique de la performativité proposée par la Callon.

La mobilisation ce cadre d'analyse nous permet enfin de formuler nos questions de recherche pour étudier les logiques performatives à l'œuvre dans la conception, la diffusion et la mise en œuvre des approches gestionnaires et en particulier du financement basé sur les résultats dans les PED.

Le choix de la problématique par le doctorant est ancré dans l'expérience du secteur de l'aide au développement, avant d'être le fruit d'une démarche itérative s'appuyant des lectures académiques et une mission exploratoire lors de la première année.

Par ailleurs, l'étude des logiques performatives idéologiques et théoriques à l'œuvre dans la diffusion du FBR conduit à une prise de recul tant au niveau global et national. L'analyse au niveau global s'appuie sur une approche généalogique mettant en perspective la domination du réseau néolibéral dans les champs de l'APD et de la santé globale (Partie 2). L'analyse au niveau national est replacée dans le contexte d'un processus de dérégulation puis de régulation des politiques de santé publiques piloté par les acteurs dominants (Partie 3, chapitre 6).

Partie II : Etude de la performativité de l'aide au niveau global dans les champs institutionnels de l'APD et de la santé globale

Cette seconde partie présente l'analyse des dynamiques performatives étudiées au niveau global dans le champ institutionnel de l'APD, puis dans celui de la santé globale qui émerge dans les années 1990 avec l'épidémie du sida.

Le chapitre 4 présente tout d'abord la principale évolution du champ institutionnel de l'APD depuis les années 1970 : l'enrôlement des Institutions de Bretton Woods et des banques de développement par le réseau néolibéral, puis le rôle de la BM dans le processus d'économisation des politiques et des programmes d'APD. Cette mise en perspective de la construction de l'hégémonie néolibérale est analysée en mobilisant des travaux académiques et présentée à travers trois dimensions. Ces trois dimensions suivent le processus de performance de la théorie vers les pratiques: (i) la performance des théories économiques du développement, (ii) l'enrôlement des IBW et des banques de développement, (iii) l'expérimentation et la diffusion de réformes et approches fondées sur les savoirs produits.

Le chapitre 5 analyse ensuite les fondements économiques qui ont animé la transformation du champ institutionnel de la santé internationale vers celui de la santé globale (ou « *Global Health* »), avant d'étudier l'évolution de ses logiques d'actions, des acteurs en présence et de leurs positionnements. Ces éléments permettent ensuite d'appréhender les dynamiques performatives à l'œuvre dans le cadre d'un processus de dérégulation/rerégulation des politiques de santé, dans lequel s'inscrit la diffusion de modèles de régulation par le marché et d'approches gestionnaires. Cette mise en perspective permet alors de présenter les coalitions d'acteurs, ainsi que les idéologies et les ressources théoriques qu'elles mobilisent en faveur de la conception, de l'expérimentation puis de la diffusion du FBR dans les PED.

Chapitre 4 : La performance des politiques de développement par le mouvement néolibéral

La conversion des politiques et institutions de développement aux doctrines économiques et aux approches managériales apparaît comme leur principale évolution depuis la fin des années 1970 (chapitre 1).

Plusieurs travaux d'économie politique revisitent le lien entre le néolibéralisme et les politiques économiques de développement. A ce titre, ils conduisent à mettre en perspective les logiques performatives qui ont conduit l'aide au développement vers la promotion d'approches gestionnaires comme le financement basé sur la performance.

En 2001, une conférence sur le thème *The world wide web of Neoliberalism* est organisée à Berlin par le *Social Science recherche Center Berlin* et la *German Rosa-Luxembourg-Fondation*, dont les principaux travaux ont été publiés dans l'ouvrage collectif « Neoliberal Hegemony: A Global Critique » (Plehwe, Bernhard, Walpen, et Neunhöffer, 2006).

Ces travaux visent à reconsidérer l'hégémonie du mouvement néolibéral en étudiant la façon dont le mouvement s'est coordonné pour promouvoir un savoir et un réseau d'influence dynamique :

“Our central argument is that neoliberalism hegemony must be understood not as a fait accompli, but rather as a on going process of struggle and compromise through which the meaning of neoliberalism is both re-examine and reaffirmed” (Plehwe et al, introduction, 2006, p.2).

Pour cela, les auteurs sortent de la vision du néolibéralisme comme « une pensée unique » (Ramonet, 2001) associée à un anti-étatisme et une radicalité du marché symbolisée par le « There is No Alternative » (TINA). Ils conçoivent la philosophie du projet néolibéral comme « un ensemble d'idées », caractérisé par une foi dans les principes de la règle de droit, de la propriété privée et du marché concurrentiel, considérés comme les fondements du modèle démocratique.

Dans cette étude nous évaluons lien entre les politiques de développement et le réseau néolibéral, à travers leur capacité à mobiliser de ces principes (règle de droit, propriété privée, marché concurrentiel) dans les théories et politiques produites par les institutions de développement.

L'objectif du mouvement néolibéral, qui émerge dans différents pays pendant l'entre-deux guerres, n'est ainsi plus d'éliminer l'Etat mais de redéfinir son rôle pour renforcer un processus de démocratisation alors menacé : « the challenge for them was not to eliminate the state, but rather to reduce it's scope and redefine its role vis-à-vis the market » (Plehwe et al, introduction, 2006, p.2). Dans ce cadre, l'existence de minima sociaux peut par exemple être acceptable, dès lors qu'elle ne met pas en péril les conditions d'initiative et de fonctionnement du marché.

Par ailleurs, la notion d'hégémonie du pouvoir est proposée dans une logique de réseau proche de l'ANT. Les auteurs s'appuient sur Gramsci (1975) pour souligner que l'hégémonie ne peut s'exercer uniquement par la force et la répression mais nécessite la réalisation d'alliances pour obtenir l'assentiment de différentes forces sociales :

« Hegemony requires the active consent and participation of the ruled and this find expression in coalitions and compromise designed to integrate diverse social forces into (asymmetrical) historical power blocs. Instead of a global, homogenous neoliberal hegemony, we thus need to think of potentially quite distinct neoliberal hegemonic constellations, which may be constructed at national, transnational, world-regional and global levels ». (Plehwe et al, introduction, 2006, p.3)

S'attachant notamment à appréhender l'adaptation du mouvement néolibéral face aux attaques du début des années 2000, le livre comprend deux parties. La première présente la construction d'une hégémonie à travers la production de savoir et la construction d'un réseau assurant sa promotion. Le chapitre trois présente notamment un article sur l'influence du mouvement néolibéral sur les deux principales institutions de développement multilatérales que sont le FMI et la Banque Mondiale « *Pending reform : the role of think tanks in shaping the neoliberal policy agenda for the World Bank and the International Monetary Fund* » (Weller et Singleton, 2006).

En 2005, une autre conférence sur le thème "*How Neoliberalism Became a Transnational Movement*", est organisée à l'Université de New York, dont les travaux seront publiés en 2009 dans l'ouvrage collectif « *The road from Mont Pelerin : The Making of the Neoliberal Thought Collective* » (Mirowski et Plehwe, 2009). Cet ouvrage propose une approche historique de l'évolution du courant néolibéral, en étudiant notamment les débats théoriques internes et les rôles joués par les principaux acteurs de la « *Mont Pelerin Society* » (MPS).

L'ouvrage est organisé en trois parties. La première retrace l'émergence du mouvement initié dans l'entre-deux guerres comme une modernisation du libéralisme classique. Elle restitue la multiplicité des origines géographiques (France, Allemagne, Grande-Bretagne, Etats-Unis) et théoriques du mouvement néolibéral (Denor, Tribe, Ptak, Mirowski), puis la structuration de l'Ecole d'Economie de Chicago (Mirowski, 2009). La seconde partie retrace les débats cruciaux et les développements institutionnels qui ont animé le mouvement, notamment concernant la confrontation avec les syndicats (Steiner, 2009) et les travaux de recherche multidisciplinaires (Law, Economics, Management) de l'Ecole de Chicago sur le marché libre et les lois anti-trust (Van Horn and Mirowski, 2009), mais aussi concernant l'étude de la création du discours sur le développement économique au cours des années 1950 (Plehwe, 2009). La troisième partie illustre, à travers des études de cas, les stratégies d'influence du mouvement auprès des institutions publiques internationales (Bair, 2009) et de ses expérimentations au Chili (Fisher, 2009) au Pérou et en Egypte (Mitchell, 2005).

Dans la continuité des travaux de Mitchell sur les programmes de micro-foncier, Elyachar (2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2012) s'intéresse à l'intégration de l'économie informelle dans les programmes de développement d'inspiration néolibérale, à travers l'étude de la promotion du microcrédit en Egypte.

Sur un plan théorique, les études de cas de Mitchell et Elyachar renvoient à l'analyse critique du capital social qui s'est développé depuis la fin des années 1980, que Ben Fine (1999, 2002, 2003, 2008, 2009, 2010) présente comme la colonisation des sciences sociales par l'économie néoclassique. Il étudie également le rôle de la BM dans le développement de ce champ, mettant en cause la radicalité du discours vers le « *post Washington consensus* ».

Dans une perspective institutionnelle, Robin Broad (2006) étudie le rôle de la Banque Mondiale dans le dispositif d'influence du néolibéralisme. A travers une étude qualitative, elle

expose comment, à la faveur des ajustements structurels, son département de recherche est devenu le principal « think tank » néolibéral en économie du développement.

A travers une analyse du Global Development Network, créé par la BM dans le cadre d'une stratégie visant à devenir une « Knowledge Bank », Stone (2003) livre un éclairage sur ce dispositif qui enrôle des capacités de recherche préalablement renforcées, afin de promouvoir au niveau des PED les savoirs qui fondent l'approche néolibérale du développement.

Les travaux d'économistes néolibéraux (Estearly, 1993, 1997, 2001, 2006), ou opposés à leurs thèses (Sachs, 1995, 1996, 1999, 2001, 2006 ; Stiglitz, 1981, 1998, 2002) témoignent également de ces jeux d'influence.

Ces différents travaux permettent d'étudier les éléments présentés dans notre cadre d'analyse (réseaux d'acteurs, débats théoriques, discours) qui ont permis au mouvement néolibéral de performer les politiques de développement au niveau global.

Dans une première section, nous étudions comment les productions théoriques néolibérales ont progressivement performé les conceptualisations dominantes de l'économie du développement.

Dans une seconde, nous présentons la façon dont le réseau néolibéral a enrôlé puis renforcé les principales institutions financières internationales du champ institutionnel, favorisant la performance du contenu et de la mise en œuvre de ces politiques de développement.

Dans une troisième section, nous illustrons plusieurs expérimentations associées au processus d'institutionnalisation et de diffusion de ces politiques, en particulier à travers l'exemple du laboratoire néolibéral qu'a constitué le Chili sous le gouvernement de Pinochet, et l'exemple de la mise en place des programmes de microcrédits et de microfonciers dans les années 1990 et 2000.

Section 1 : La performance de l'économie du développement

1. Des origines au « Consensus de Washington »

Dans l'article « *Origins of the Neoliberal Development Discourse - Mont Pèlerin Society (MPS) Conferences during the 1950s* » Plehwe (2009) analyse l'émergence du développement économique comme un objet essentiel de certaines conférences de la MPS au cours des années 1950.

Ces analyses de discours, réalisées à travers les comptes rendus des conférences existants et des travaux théoriques qu'elles ont générés, montrent tout d'abord comment ce sujet a été mis à l'agenda à partir de 1951 lors de la 4^{ème} conférence de la MPS à Beauvallon (France).

La thématique du développement n'était pas un sujet central du mouvement, qui lui est imposé par le contexte géopolitique. L'économie du développement émerge en effet comme une sous-discipline de l'économie classique, marquée par les approches hétérodoxes mobilisant souvent des démarches de planification en rupture avec la doctrine libérale, par ailleurs toujours très influencées par l'économie coloniale. Toutefois, le sujet devient central dans le contexte de guerre froide des années 1950, également marqué par le soutien aux économies sous-développées des nouveaux pays indépendants.

S'appuyant notamment sur le premier article publié en allemand par Röpke (1953) sur la base des travaux de Gaston Leduc et des échanges lors de la conférence de Beauvallon (1951), l'article dénonce l'origine collectiviste des politiques d'industrialisation et d'aide qui fonde la logique du développement.

Pour Röpke, les plans d'industrialisation sont condamnés à l'échec par manque de « tradition libérale » puisqu'ils ne tiennent pas compte de la complexité du développement, qu'il présente comme un lent processus nécessitant une adaptation et une connexion intelligente avec l'existant. Il souligne également, dans ces pays, le manque de ponctualité, de fiabilité, voire de « préconditions spirituelles et morales » nécessaires à l'esprit d'entreprise. Il s'appuie également sur différentes présentations réalisées lors de la conférence de Beauvallon pour souligner l'ignorance des planificateurs, précisant toutefois l'acceptabilité d'une planification des infrastructures mais dénonçant l'impasse d'une planification des productions destinées aux marchés. Il évoque également le succès du programme de promotion des exportations de l'agriculture traditionnelle en Malaisie contrastant avec la surindustrialisation en Turquie, en Australie ou en Afrique du Sud.

Comme le souligne Pehwe (2009), la compréhension de l'économie du développement par les membres de MPS lors de la conférence de Beauvallon : « ressemble fortement à l'économie coloniale traditionnelle étayée par l'anthropologie victorienne ».

En 1957, la rapide vague des indépendances et la montée du tiers-mondisme remettent le sujet à l'ordre du jour de la conférence de St. Moritz. Les échanges sur le thème « libéralisme et colonialisme » verront ainsi s'opposer une vision libérale chrétienne (Rustow), soulignant les fautes morales et la nature impériale du colonialisme qui ont entraîné une immense frustration des populations dominées, à laquelle s'opposera une vision dominante soulignant la mission civilisatrice du colonialisme (Shenfield et Giscard d'Estaing), en particulier concernant l'apport de l'organisation politique de la règle de droit. Pour cette vision dominante, la fonction sécuritaire de la colonisation s'avère également prépondérante dans le contexte de la guerre froide.

En 1958, la première conférence organisée dans une prestigieuse université américaine (Princeton) replace le débat sur le « sous-développement » dans l'agenda. Elle est marquée par deux articles de Peter Bauer⁷ : "Economic Growth and the New Orthodoxy" (1958) et "Regulated Wages in Under-Developed countries" (1957), qui replacent les questions économiques au cœur de la réflexion. Pour Bauer, l'orthodoxie actuelle du système transatlantique soutenu par le gouvernement américain et les Nations Unies est construite sur des bases erronées. Les évaluations statistiques ne reflètent pas la diversité des situations, ni la réalité des avancées en termes de liberté individuelle et de progrès. Il s'oppose à la théorie du « cercle vicieux » justifiant l'aide, qui serait contredite par différents exemples historiques, comme celui des Etats Unis. L'industrialisation de Hong Kong, s'appuyant sur un faible

⁷ " T. Bauer (1915-2002) arguably was the most prominent development economist in the ranks of the MPS. Born in Hungary, Bauer came to the UK to study economics in Cambridge in the 1930s. Based on his field work in Africa and South East Asia he rejected the "dual economics" (Hirschman) perspective and he vigorously opposed national planning and foreign aid. Bauer mainly taught at LSE until his death in 2002. Margaret Thatcher awarded Bauer the lordship in 1983 (on a recommendation by Bauer's fellow MPS member Sir Alan Walters (<http://politics.guardian.co.uk/politicsobituaries/story/0,1441,710597,00.html>)). Between 1951 and 1990, Bauer contributed to nine MPS meetings (contributing 8 papers and chairing a panel). Bauer eventually received the first Milton Friedman Price of the CATO Institute worth half a million U.S. Dollars". Pehwe (2009)

marché intérieur et non dotée en matières premières, serait due au libéralisme et à la faiblesse de l'Etat qui favorisent l'esprit d'entreprise. Il attaque ainsi l'aide au développement, qui entraîne les gouvernements dans une dépendance aux investissements publics préjudiciables. Dans le second article « Regulated Wages in Under-Developed countries » (1957), Bauer souligne la perte d'avantage compétitif que constituent les politiques de régulations salariales dans les pays concernés.

Les travaux de Bauer marquent ainsi les fondements d'une théorie économique globale du développement au sein du mouvement néolibéral. Suite à la publication du Cambridge handbook « The Economics of Underdeveloped Countries. », il publiera différents ouvrages de référence (1976, 1981, 1987, 1993) dénonçant en particulier le rôle pervers de l'aide au développement. L'article posthume que lui consacra en mai 2002 l'hebdomadaire « The Economist » sera ainsi intitulé: « A voice for the poor - as Friedrich Hayek was to socialism Perter Bauer was to Foreign aid ».

A la fin des années 1950, même si le mouvement est encore loin de l'hégémonie qu'il aura par la suite, les chercheurs néolibéraux en économie du développement constituent un groupe structuré. Le rapport de la MPS conférence de 1958 à Princeton mentionne ainsi différentes rencontres aux USA, au Mexique, et souligne les victoires relatives à l'abandon du soutien des Etats-Unis au plan de développement indien à 5 ans.

Concernant l'influence théorique des membres de la MPS dans les décennies suivantes, Plehwe (2009) souligne également les liaisons entre certains membres de la MPS et l'élaboration du Consensus de Washington :

“Privatization, deregulation and financial and trade liberalization must assuredly counted as key MPS doctrines. For example, consider the theoretical contributions from MPS members such as Georges Stigler and Richard Posner with regard to regulatory reform (capture theory), property right theorists Armen Alchian and Harold Demsteez with regard to privatization and efficient property rights, and trade theorist Gottfried Haberler and Herbert Giersch with regard to globalization among other” (Plehwe, 2009, p.8).

En 1982, la chute du cours des matières premières suite au second choc pétrolier entraîne le Mexique, puis de nombreux pays en développement, principalement d'Amérique Latine et d'Afrique, à faire défaut en demandant un réaménagement de leur dette. Dans le contexte d'hégémonie politique des théories néolibérales suite aux élections de Margareth Thatcher (GB, 1979) et de Ronald Reagan (USA, 1980), ces pays seront contraints de demander l'assistance du FMI qui sera chargé, avec la Banque Mondiale, de mettre en œuvre des Plans d'Ajustement Structurels (PAS).

Ces politiques, qui contraignent les pays concernés à des politiques d'austérité budgétaire, de diminution du rôle d'intervention de l'Etat, d'encouragement de l'investissement privé et d'ouverture commerciale, seront plus tard appelées « Consensus de Washington » (Williamson, 1990), en référence à la ville qui héberge ces deux institutions ainsi que le département du trésor américain qui en est le principal contributeur. Durant les deux décennies suivantes, marquées par la mise en œuvre des PAS, ces deux institutions connaîtront un essor considérable qui conduira la Banque Mondiale à devenir le principal centre de recherche international sur le développement économique (Broad, 2006).

En 1979, la création du « Structural Adjustment Lending » de la Banque Mondiale entraîne une forte croissance de l'institution, en faveur de prêts octroyés en échange de conditionnalités macroéconomiques néolibérales destinées à améliorer la croissance. Le département de recherche connaît alors une forte expansion de ses activités destinées à modéliser l'impact de ces réformes. Il devient une Vice-Présidence en 1982 (Broad 2006).

Cette réorientation s'inscrit alors dans l'évolution globale des sciences économiques aux Etats Unis et en Europe, dont le courant dominant bascule des modèles de planification keynésiens vers la nouvelle économie classique, souvent perçue comme le pendant théorique du néolibéralisme en économie (Fine, 2002). François Bourguignon, ancien économiste en chef de la Banque Mondiale de 2003 à 2007, illustre cette transition par une anecdote lors de sa leçon inaugurale de la chaire « savoir contre pauvreté » au collège de France (2014). Il expose avoir été repris, lors d'une conférence à laquelle il participait comme jeune modélisateur, par son prédécesseur de l'époque au poste de chef économiste de la BM, qui lui avait indiqué : « les modèles cela ne sert à rien du tout, on n'en a plus besoin, il suffit de se reposer sur le marché et tout ira bien »⁸.

Malgré ce virage néolibéral, la nature fondamentalement interventionniste de l'aide au développement conduit différents chercheurs et think tanks néolibéraux à dénoncer ses effets pervers sur les plans macroéconomiques (Boone, 96) et incitatifs (Bauer, 87, 93 ; Easterly, 93a, 93b).

2. Le « Post Washington Consensus »

a) Le « Post Washington Consensus » : une inflexion néolibérale ?

Dans les années 1990, face aux critiques sur l'inefficacité et le coût social des politiques d'ajustements structurels évoqués au chapitre 2, s'ajoute le développement rapide des pays d'Asie sud Est qui n'ont pas suivi les recommandations du Consensus de Washington (Stiglitz, 1996).

En 1997, la nomination de Joseph Stiglitz comme chef économiste de la BM, lauréat du prix Nobel pour son travail sur les asymétries d'information démontrant les limites de l'efficience des marchés (1983), illustre une inflexion du paradigme néolibéral au sein de la BM, qui ouvre la voie au « Post Washington Consensus » (Stiglitz, 1998).

A travers le « Post Washington Consensus », l'économie du développement redonne à l'Etat un rôle dans le fonctionnement des marchés, par exemple en matière de régulation financière, ou de création de politiques favorisant le transfert de technologie et le développement du secteur privé. Stiglitz dénonce également la responsabilité des politiques financières néolibérales dans les crises financières mexicaines (1994-1995) et asiatiques (1997-1998), tout en soulignant le rôle central joué par le secteur public chinois dans le développement industriel.

A l'inverse, pour de nombreux chercheurs du FMI (Fisher, 1999) et de « think tank » néolibéraux (Meigs, 1997), ces crises démontrent les limites du modèle de l'Etat développementaliste, notamment en matière de contrôle des changes. La réorientation de la recherche en économie du développement dans le cadre du « consensus post

⁸ <http://www.college-de-france.fr/site/francois-bourguignon/inaugural-lecture-2013-2014.htm>

Washington » sera ainsi limitée à l'extérieur comme à l'intérieur des institutions, comme l'illustre le départ de Stiglitz sous la pression du secrétaire au Trésor américain, qui en fait une condition du second mandat du Président Wolfenson (Fine, 2009).

L'évolution du discours de la BM sur les privatisations illustre également les limites de la remise en cause des principes néolibéraux, qui semble se heurter à de puissants intérêts politiques et financiers. Alors que les privatisations ont été fortement critiquées pour avoir généré une augmentation des prix au profit du secteur privé et un accroissement de la corruption, aucune réflexion ne sera menée par la BM sur l'intérêt d'un recours accru au secteur public.

Le rapport du département de recherche publié en 2004 « Reforming infrastructure: Privatization, regulation, and competition » (World Bank, 2004) souligne que les privatisations ont été « Oversold and Misunderstood » et ont échoué à redynamiser les secteurs ciblés. Toutefois, le rapport précise que le processus offre des bénéfices trop grands pour être ignorés par les gouvernements, les opérateurs et les consommateurs. Il étudie donc les conditions de leurs succès, en proposant notamment des mesures de renforcement du cadre réglementaire. Il définit également une hiérarchie entre les secteurs prioritaires comme l'énergie et les télécommunications, et les secteurs moins rentables comme le traitement des eaux. Comme le résume Fine (2009, p.6) :

« In short, the Bank has taken an apparently more cautious approach to privatization in principle, as the means by which to try and push more of it through in practice, with a focus on sectors where there may be more chances of success. State activity is needed to make privatization happen. Significantly, the Bank has sought to transfer billions of dollars of infrastructural financing from the public to the private sector, from International Development Assistance (IDA), which makes concessional loans to governments, to the International Financial Corporation (IFC), which lends exclusively to the private sector.

Au niveau des modes de délivrance de l'aide, la principale réforme proposée par la BM pour répondre aux critiques sur l'efficacité de l'aide, sera l'allocation basée sur la performance (ou sélectivité), élaborée à partir des travaux de Burnside et Dollar (1997) et proposée par la BM (1998a) dans le rapport « Assessing Aid. What Works, What Doesn't, and Why ».

Le fondement de cette approche peut être présenté comme la constitution d'un marché de l'aide destiné à améliorer l'efficacité de son allocation entre les différents pays bénéficiaires, qui sont ainsi mis en concurrence en fonction de leur volonté de « s'approprier » des politiques néolibérales centrées sur le retrait de l'Etat, la maîtrise de l'inflation, les privatisations et l'ouverture commerciale.

L'évolution de cette approche par intégration des critères de renforcement de la « bonne gouvernance » (Collier et Dollar, 2002) revient ensuite principalement à intégrer comme critère d'évaluation le renforcement du respect de la règle de droit, qui constitue un autre pilier de la pensée néolibérale, dont la faiblesse au sein des pays bénéficiaires est accusée d'être à l'origine des contre-performances dans la mise en œuvre de ces politiques.

La nature néolibérale de l'approche sélective élaborée par la BM pour mettre en œuvre ses programmes de lutte contre la pauvreté, se retrouve également dans les limites présentées au chapitre 2 et résumées par Amprou et Chauvet (2004):

« l'analyse de Collier et Dollar... repose sur des hypothèses lourdes : (i) l'efficacité de l'aide en termes de croissance est plus importante dans les pays ayant mis en place des politiques économiques saines et (ii) l'effet de l'aide sur la réduction de la pauvreté passe par la croissance ».

Soulignant l'importance du concept de vulnérabilité dans les critères d'efficacité, Guillaumont (1990, 2000) pointera également le paradoxe visant à lutter contre la pauvreté à travers l'aide tout en partant du principe que l'aide n'a pas d'impact sur la distribution des revenus. Ces mises en cause conduiront certains chercheurs de la BM à défendre ce principe, en démontrant que la croissance est par nature « pro pauvre », puisqu'elle n'a pas d'impact sur le niveau d'inégalité (Ravaillon & Chen, 1997 ; World Bank 1999 & 2000, Dollar et Kray, 2002).

Comme le souligne l'équipe des économistes de la BM dans l'ouvrage collectif « Globalization, growth, and poverty: Building an inclusive world economy » (Collier et Dollar, 2002), la diminution de la pauvreté au niveau mondial est portée par l'intégration de nouveaux pays émergents dans la globalisation. L'enjeu est donc d'accroître les échanges et d'inclure les pays qui ne le sont pas encore, plutôt que de poser la question de la nature inclusive de la croissance. L'APD tend alors à se concentrer sur le « Bottom Billion » (Collier, 2008), c'est à dire les pays les plus pauvres qui sont toujours exclus de la globalisation économique, principalement en Afrique Subsaharienne et en Asie du sud.

Mais une fois encore les principaux résultats positifs en matière de lutte contre la pauvreté sont avérés en Chine, en Inde et en Asie du Sud Est, pays souvent interventionnistes dans lesquels l'aide n'a joué qu'un rôle marginal, et dont différents acteurs jugent la croissance « inclusive ». Ces contre-exemples démontrent qu'il n'existe pas de solution unique adaptée à l'ensemble des contextes.

Certains chercheurs de la BM étudieront alors le lien entre croissance et inégalité, en s'intéressant en particulier aux pays les plus pauvres dont le taux d'inégalité initial est souvent très élevé (Kakwani & Pernia, 2000 ; Ravaillon & Chen, 2002 ; Ravaillon 2004).

Ces auteurs soulignent notamment qu'une forte inégalité peut avoir un impact négatif à long terme sur la croissance et donc la lutte contre la pauvreté. Les politiques publiques peuvent dès lors avoir un rôle à jouer pour permettre aux populations pauvres de s'insérer dans l'économie globale, en améliorant l'accès au crédit, à la santé et à l'éducation :

“In many developing countries, a plausible way this can happen stems from credit market failures, which mean that some people are unable to exploit growth-promoting opportunities for investment” (Ravaillon, 2004, p.19).”

“Accepting that there is no aggregate trade-off between mean income and inequality does not, however, mean that there are no trade-offs at the level of specific policies. Reducing inequality by adding further distortions to an economy will have ambiguous effects on growth and (hence) poverty reduction. However, there are many things that governments can do to assure more pro-poor growth. A high priority must be given to public action that can help poor people acquire the skills and maintain the good health needed to participate in the growth process. Policies that help insure the poor can also help underpin their longer-term prospects of escaping poverty.” (Ravaillon, 2004, p.22).

La recherche de la BM encourage donc des politiques publiques relativement alignées sur les principes néolibéraux définis précédemment, à savoir favoriser l'intégration des plus pauvres dans le marché globalisé afin qu'ils puissent participer à la croissance globale, tout en veillant à ne pas distordre le marché qui est à l'origine de cette croissance.

b) Le virage microéconomique.

Le « Post-Washington Consensus » encourage le développement de recherches micro-économiques s'intéressant aux déterminants de la lutte contre la pauvreté, comme en témoigne le développement des recherches sur le « capital social » par la BM à partir du milieu des années 1990, concept qui fonde notamment le recours au microcrédit (Elyachar, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006).

Fondée sur les travaux de Robert Putman (1995a, 1995b, 2002), auteur des sciences sociales le plus cité des années 1990, la conception du capital social définie par les économistes néoclassiques s'appuie au départ sur le concept de Pierre Bourdieu (1986), qu'ils redéfinissent en plaçant le marché comme un instrument de valorisation du capital social des plus pauvres.

Dans une analyse critique, Ben Fine définit ainsi les travaux de Putman, comme une « Mc Donaldisation » des sciences sociales (Fine, 2007), conduisant à leur « colonisation » par les sciences économiques, processus dont la Banque Mondiale est l'un des principaux acteurs.

“In it's modern reincarnation, it was first associated to radical sociology of Pierre Bourdieu, but it's intellectual life was soon shifted in more moderate, even conservative, US traditions, variously (mis) interpreted, emphasizing the enormous significance of civil society to economic and social functioning. The idea was rapidly and fully adopted and promoted by the World Bank in the second half of the 1990s as the “missing link” in focusing upon the sources of development” (Fine, 2011, p.99).

“It has evolved from rational-choice origins, which it conceals rather than escapes; it is universally and chaotically defined and applied across multitudes of applications that have little or no connection with one another; it overlooks or subordinates standard variables in social theory such as class, power, and conflict; it claims to complement the economic with the social and to take civil society seriously, whereas at most it uncritically accepts the market imperfection version of economics and parasitically appropriates, misrepresents and reduces the understanding of both the social and civil society, elevating the significance of the latter at the expense of the state; and this all leads it to promote self-help at the collective level without challenging the root causes of deprivation and oppression.” (Fine, 2011, p.104).

En plaçant la société civile et le principe de la rationalité individuelle au cœur du processus de développement, le concept de capital social promu par la BM permet ainsi un processus « d'économisation » des sciences sociales, et de l'économie dite « informelle », dans une perspective néolibérale.

L'évaluation microéconomique des programmes d'aide par des méthodes aléatoires ou « randomisées » fait également naître de grandes espérances, comme en témoigne le succès des économistes du MIT (Duflo, 2000, 2003 ; Banerjee et Duflo 2003, 2007, 2012, 2015). Pour

ces derniers, la généralisation des évaluations « randomisées » constitue une révolution à même « d'élever » les sciences économiques au rang de sciences formelles. Cette conception est particulièrement explicite dans une citation d'Esther Duflo :

“Creating a culture in which rigorous randomized evaluations are promoted, encouraged, and financed has the potential to revolutionize social policy during the 21st century, just as randomized trials revolutionized medicine during the 20th”, elle même mentionnée dans un editorial du Lancet intitulé “The World Bank is finally embracing science”⁹.

En s'appropriant une part de la conception et de l'évaluation des programmes de développement, ce mouvement participe également à la « colonisation » des sciences sociales par les économistes classiques.

Le renforcement de sciences économiques dans le processus d'évaluation est notamment visible dans un rapport d'évaluation de l'activité de recherche de la BM entre 1998 et 2005, dirigé par Angus Deaton et réalisé par un panel exclusif d'économistes.

Basé sur l'évaluation de projets sélectionnés de façon aléatoire, ce rapport met par ailleurs fortement en cause l'indépendance des activités de recherche de la BM durant cette période :

“Bank researchers have also done extremely visible work on globalization, on aid effectiveness, and on growth and poverty. In many ways they have been the leaders on these issues. But the panel had substantial criticisms of the way that this research was used to proselytize on behalf of Bank policy, often without taking a balanced view of the evidence, and without expressing appropriate skepticism. Internal research that was favorable to Bank positions was given great prominence, and unfavorable research ignored. There were similar criticisms of the Bank’s work on pensions, which produced a great deal that was useful, but where balance was lost in favor of advocacy. In these cases, we believe that there was a serious failure of the checks and balances that should separate advocacy and research. The panel endorses the right of the Bank to strongly defend and advocate its own policies. But when the Bank leadership selectively appeals to relatively new and untested research as hard evidence that its preferred policies work, it lends unwarranted confidence to the Banks’ prescriptions. Placing fragile selected new research results on a pedestal invites later recrimination that undermines the credibility and usefulness of all Bank research.” (Deaton & al, 2006, p.6)

3. Depuis la crise économique de 2008

a) Le retour de l'interventionnisme monétaire

Suite à la crise financière de 2008, la remise en cause de la libéralisation financière, associée à la forte augmentation des inégalités dont témoigne le succès mondial de l'économiste Thomas Piketty (2014) « Le capital au 21^{ème} siècle », seront à l'origine d'un nouvel intérêt de la BM pour les questions d'inégalité. Lors de la présentation en octobre 2016 du rapport « *Poverty and Shared Prosperity: Taking on Inequality* » (World Bank, 2016), son Président Jim Yong Kim souligna la priorité que constitue aujourd'hui la diminution des inégalités pour la lutte contre l'extrême pauvreté :

⁹ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16945-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16945-6/abstract)

“It’s remarkable that countries have continued to reduce poverty and boost shared prosperity at a time when the global economy is underperforming—but still far too many people live with far too little...“Unless we can resume faster global growth and reduce inequality, we risk missing our World Bank target of ending extreme poverty by 2030. The message is clear: to end poverty, we must make growth work for the poorest, and one of the surest ways to do that is to reduce high inequality, especially in those countries where many poor people live¹⁰.”

Par ailleurs, alors que le FMI apparaissait comme le gardien des politiques monétaristes face à l’inflexion du « Post Washington Consensus » voulue par Joseph Stiglitz, la nomination d’Olivier Blanchard au poste d’économiste principal de 2008 à 2015, souvent qualifié de néokeynésien, marque le retour des interventions budgétaires qui caractérisent les politiques suite à la crise financière. En 2013, dans un article intitulé “Growth forecast errors and fiscal multipliers”, que le Washington Post présente comme « an amazing mea culpa »¹¹, Blanchard et al (2013) présentent les erreurs dans l’estimation du multiplicateur fiscal associé aux projections des économies développées durant la crise. Ils montrent ainsi que le FMI a minimisé dans ses projections l’impact récessif des politiques d’austérité, comme l’effet d’entraînement des investissements publics.

b) La finance internationale au service des ODD

Toutefois, cette prise de distance avec les principes monétaires néolibéraux ne limitera pas le rôle central donné aux mécanismes d’allocation par le marché et au secteur privé dans la réforme de l’aide au développement qui accompagne la mise en place des ODD. L’immense augmentation des besoins de financements associés à la poursuite d’objectifs globaux intégrant les questions environnementales renforcera le débat sur l’efficacité des fonds publics, dont le principal objectif devient l’incitation à l’investissement privé. L’ADP doit ainsi permettre d’orienter la finance internationale en faveur des ODD, et se concentrer sur la production de services de base dans les pays les moins avancés.

Avant la conférence internationale d’Addis Abeba sur le financement du développement (juillet 2015), un note de discussion conjointe publiée par la Banque Mondiale, le FMI et différentes institutions multilatérales régionales, intitulée « “From Billions to Trillions: Transforming Development Finance“ (World Bank, 2015) », précise cette vision :

“To meet the investment needs of the Sustainable Development Goals, the global community needs to move the discussion from “Billions” in ODA [Official Development Assistance] to “Trillions” in investments of all kinds: public and private, national and global, in both capital and capacity. Globally, achieving the proposed SDGs will require the best possible use of each grant dollar, beginning with some US\$ 135 billion in ODA. Yet flows for development include philanthropy, remittances, South-South flows and other official assistance, and foreign direct investment— together these sources amount to nearly US\$ 1 trillion that needs to be used just as effectively. The most substantial development spending happens at the national level in the form of public resources, while the largest potential is from private sector business, finance and investment. This

¹⁰ Dossier de presse de la Banque Mondiale : <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/10/02/tackling-inequality-vital-to-end-extreme-poverty-by-2030>

¹¹ www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2013/01/03/an-amazing-mea-culpa-from-the-imfs-chief-economist-on-austerity/?utm_term=.be47b4f990fe

is the trajectory from billions to trillions, which each country and the global community must support together to finance and achieve the transformative vision of the SDGs. “Billions to trillions” is shorthand for the realization that achieving the SDGs will require more than money. It needs a global change of mindsets, approaches and accountabilities to reflect and transform the new reality of a developing world with highly varied country contexts” (World Bank/IMF, 2015, p.1)

Elle présente également les instruments proposés par les IBW pour améliorer l'efficacité de l'aide publique internationale :

“The world needs intelligent development finance that goes well beyond filling financing gaps and that can be used strategically to unlock, leverage, and catalyze private flows and domestic resources. Official Development Assistance (ODA) will remain an important source of external public financing. ODA levels can and should rise as developed countries increase assistance levels – and all available grant funding is critical and should be used as effectively as possible. Yet ODA flows are only a small part of development flows. In the future, ODA must be targeted increasingly to crowd in other funding sources: (i) for Low-Income Countries (LICs), on the basis of poverty, vulnerability, and limited fiscal capacity; and (ii) for Middle-Income Countries (MICs), by playing an increasing role to leverage and catalyze public and private sources of financing.” (World Bank/IMF, 2015, p.2)

Quatre nouvelles approches financières sont en particulier mises en avant : l'aide à la création de nouvelles ressources fiscales comme les taxes ou redevances ; le recours à la dette, par exemple sous forme d'emprunts obligataires ; les mécanismes d'incitation en faveur investissements privés comme les garanties ; le financement basé sur les résultats :

The MDBs [Multilateral Development Banks] use development financing solutions beyond traditional loans that can be grouped into four broad categories: (1) adding, pooling and enabling instruments to generate new flows, or more results for the same money; (2) debt-based/right-timing instruments that match flows to when cash is needed; (3) risk management instruments to manage or reduce risk for investors (correcting market failures, reducing regulatory risk) or consumers (e.g., weather insurance for farmers, local currency matching for micro, small and medium-sized enterprises (MSMEs)); and (4) results-based financing where payments are made specifically for desired results. Specific financing solutions can be customized to solve specific issues, or designed to be replicated or taken to scale. (World Bank/IMF, 2015, p.3)

La philosophie d'une approche de l'investissement public comme incitation à l'investissement privé est également reprise dans différents rapports issus du Department For International Development (DFID) Britannique (Kharas & al, 2014), ou du Ministère français des Affaires Etrangères (Faber & Naidoo, 2014).

Par le recours à des instruments financiers à même d'orienter la finance privée en faveur des ODD, par une approche du développement fondé sur le renforcement des conditions de marché permettant aux pauvres de devenir les acteurs de leur développement, ou par l'utilisation d'approches managériales pour renforcer la gestion des secteurs sociaux, les approches proposées par les IBW de la cadre des ODD renforcent à nouveau les fondements néolibéraux de l'APD.

L'efficacité de cette vision néolibérale proposée pour répondre aux ODD est d'ailleurs contestée par différents chercheurs en sciences sociales, pour lesquels le concept même de développement durable nécessite la conception de nouvelles approches qui place les questions d'inégalité et de pouvoir au centre des politiques, en intégrant l'interdépendance des questions sociales, environnementales et économiques.

“relying solely on the mechanisms of the market in governing and allocating environmental resources is necessarily insufficient and problematic and therefore calls for a new approach—one which goes beyond just recognising the interdependency among social, environmental and economic goals and places issues of equity and addressing unfavourable power relations at the centre of interventions aimed at achieving the ideals of sustainable development.” (Kumi al, 2014, p1)

c) Les multinationales au service de la lutte contre la pauvreté

Au niveau microéconomique, le concept de « capital social » a ouvert la voie à la stratégie managériale du « bas de la pyramide » théorisée par Prahalad (2002, 2005, 2006) et principalement diffusée dans l'ouvrage très primé « The Fortune at the Bottom of the Pyramide » (2005).

La stratégie s'appuie une représentation pyramidale des revenus (figure 18, ci-dessous), afin d'illustrer l'enjeu pour les multinationales de s'intéresser au marché des habitants les plus pauvres. Ses grands principes ont été résumés par Karnaki (2007, p.3) comme suit:

“The bottom of the pyramid’ (BOP) proposition, can be summarized as follows:

- 1. There is much untapped purchasing power at the bottom of the pyramid. Private companies can make significant profits by selling to the poor.*
- 2. By selling to the poor, private companies can bring prosperity to the poor, and thus can help eradicate poverty.*
- 3. Large multinational companies (MNCs) should play the leading role in this process of selling to the poor.*

It is argued that selling to the poor can simultaneously be profitable and eradicate poverty. The profit motive alone is enough to drive companies to do good; Prahalad (2005, p.6) rejects corporate social responsibility as the basis for BOP initiatives.”

Figure 18, **Représentation de la pyramide des revenus**



(Source : “The Economic Pyramid as the BOP © 2010 Doug Lockyer, Access BOP, adapted from Economic Pyramid Chart, 2005, by C. K. Prahalad, updated 2010 with data from World Bank, UNICEF, and UNData”)

Pour Elyachar (2012), les évolutions de l'aide au développement ont directement favorisé l'émergence et le développement de la stratégie BOP. L'affaiblissement du rôle « développementaliste » de l'Etat, relégué à des fonctions d'ouverture commerciale et de garant du respect de la règle de droit par les programmes d'appui à la bonne gouvernance, comme la notion de « capital social » valorisant l'intensité des relations entre les pauvres, ont ouvert de nouveaux territoires économiques aux multinationales.

S'appuyant également sur le renforcement des attentes liées à la responsabilité sociale et environnementale (RSE) des Multinationales, la stratégie s'est d'abord développée dans les milieux managériaux. Elle offre à la RSE un moyen de sortir de son rôle de fonction support pour devenir le fer de lance d'une pénétration des marchés émergents. Mieux, en soulignant le caractère innovant de ces nouvelles offres spécifiquement conçues pour répondre aux contraintes de ces nouveaux publics très interconnectés et utilisant les nouvelles technologies, la stratégie BOP deviendrait pour les multinationales une source globale d'innovation: "marrying the local knowledge of the NGO with the global reach of the multinational firm can create unique and sustainable solutions" Prahalad (2010a, p5).

Au niveau académique Prahalad souligne, dans la quatrième réédition de son ouvrage par la Wharton School of Business (2010a), que son premier article (Hart & Prahalad, 1998) n'a reçu aucun accord de publication dans le champ académique du management et de la stratégie, ce qu'il associe à la nature « trop radicale » de leur proposition. Comme le précise Elyachar (2012), c'est seulement suite à la première publication de son ouvrage en 2004 qu'un débat s'est ouvert dans les milieux académiques, soulevant plusieurs critiques comme l'importance de voir les pauvres comme des producteurs plutôt que des consommateurs (Karnaki, 2007), ou encore la fragilité de la rentabilité annoncée et la menace que constitue la stratégie BOP pour les cultures locales (Gordon 2008).

Pour Elyachar (2012), la stratégie BOP s'appuie sur une théorie du savoir fondé sur la notion d'inter-connectivité des pauvres qui doit être valorisée par les multinationales (MNC). Elle implique donc une vision constructiviste du marché permettant de s'appuyer sur la connaissance de son fonctionnement effectif pour « transformer les pauvres en consommateurs » :

"To unlock the potential of this orientation to the future at the BOP, Prahalad implies, businesspeople need to be like ethnographers or critical theorists. They need to help render visible next practices that are spontaneously and collectively produced. There is no need to try to change poor people. Nor is there a need to change the institutions in which poor people are educated and work. There is no need, as such, for development. If anything needs to be developed, it is our understanding and practice of the market. The market is not spontaneous. It is not an outcome of the invisible hand. Rather, it a resource to be cultivated by enlightened managers and their partners. The consumer, the private- sector firm, and the NGO need to work together in a team or ecosystem to effect a dual process of market development and "converting the poor into consumers" (Prahalad 2010b: 40). Hybrid formations of NGOs, local governments, private firms, and MNCs form the "ecosystems" in which this can take place. They are a crucial infrastructure of market life" Elyachar (2012, p.113).

Si cette approche constitue une rupture avec les théories économiques classiques, elle s'appuie sur une théorie du savoir proche des thèses néolibérales puisque l'Etat comme les multinationales ne peuvent pas connaître le marché, dont la connaissance réside dans la connectivité :

“The state cannot know the market. But the entrepreneurial subject of the free market cannot know the market either. Knowledge is rather contained in the “connectivity” of the poorest of the poor at the BOP. That knowledge is obscure to outsiders. It is only accessible via the mediation of the NGO in an ecosystem that brings together the poorest of the poor with managers of MNCs. From all this, he maintains, we can find a win-win situation for the poor, the wealthy, and the planet alike.” Elyachar (2012, p.120).

Les stratégies BOP constituent ainsi un terrain d'expérimentation de la valorisation du « capital social » dans une relation directe entre les multinationales et les consommateurs à travers les nouvelles technologies.

Par ailleurs le succès de la stratégie BOP est venu nourrir la conceptualisation de la « croissance pro-pauvre ». Suivant certains travaux du département de recherche de la BM (Keynes and Kampinsky, 2011), les politiques publiques doivent ainsi favoriser la participation des entrepreneurs locaux dans le processus d'innovation associé à la croissance de ce marché, comme la limitation des distorsions, la réorientation des systèmes d'innovation, ou le renforcement des acteurs non marchands dans certains secteurs comme la santé.

4. Des attaques qui ne faiblissent pas.

Alors que la BM reste dans cette période souvent perçue comme que le principal centre de recherche néolibéral dans le champ de l'aide au développement, sa logique interventionniste fondamentale reste critiquée par certains chercheurs et « think tanks » néolibéraux qui prônent l'arrêt de ces politiques d'intervention.

Le principal opposant à l'aide au développement est aujourd'hui l'économiste du développement William Easterly, professeur à l'Université de New York qui s'inspire des travaux de Hayek, Friedman et intervient dans les conférences de la MPS. Après un PhD au MIT, il a collaboré au sein du département recherche de la BM de 1985 à 2001, qu'il quitte après avoir publié un livre soulignant l'inefficacité des programmes mis en œuvre par l'institution « The Elusive Quest for Growth: Economists' Adventures and Misadventures in the Tropics » (Easterly, 2001). Cet ouvrage s'appuie sur certaines recherches macroéconomiques quantitatives réalisées par la BM pour déconstruire statistiquement certains présupposés associés la recherche sur la croissance, comme le fait que l'aide permette d'augmenter l'investissement, qu'un ratio d'investissement élevé mène à une croissance élevée, ou encore que l'éducation ou les annulations de dettes stimulent nécessairement la croissance. Le principal facteur de croissance est pour lui « la chance », et le principal fondement des politiques de développement économique doit être les incitations, dont les effets ont souvent été négligés par les politiques d'aide.

L'analyse dénonce ainsi deux principales faiblesses : (i) la faible pertinence d'analyses cherchant à isoler des variables en faveur de la croissance qui serait applicable à l'ensemble des pays et (ii) la non prise en compte de la complexité des environnements et des comportements humains propres à chaque contexte.

Dans l'ouvrage "The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good", qui remporta le prix Hayek 2008, Easterly (2006) dénonce une conception messianique de l'aide entretenue au sein des pays développés par des économistes comme Jeffrey Sachs de l'Université de Columbia, qui masque pour lui une nouvelle version du colonialisme. Les économistes du développement sont pour lui divisés en deux catégories, les planificateurs qui conçoivent le développement comme une solution technique pouvant être imposée par le haut, et les « chercheurs » réalistes, qui encouragent par des actions ponctuelles de nouvelles solutions émergeant des individus eux-mêmes. Les « chercheurs » se placent ainsi dans les pas de Hayek et suivent la philosophie de Karl Popper (également membre de la MPS), alors que les autres sont des utopistes.

Dans l'article « The Ideologie of development » Easterly, (2007) dénonce ainsi les dangers de ce qu'il définit comme une nouvelle idéologie dangereuse en expansion :

"A dark ideological specter is haunting the world. It is almost as deadly as the tired ideologies of the last century — communism, fascism, and socialism — that failed so miserably. It feeds some of the most dangerous trends of our time, including religious fundamentalism. It is the half-century-old ideology of Developmentalism. And it is thriving." (Easterly 2007, p.1)

Les politiques mises en œuvre ces dernières décennies au nom du marché avec l'appui de pouvoirs autoritaires sont ainsi condamnées à échouer, car elles se détournent du principal enjeu qui est la liberté politique et économique des acteurs ciblés. En développant une approche purement technique de la lutte contre la pauvreté, l'idéologie du développement oublierait notamment l'apport des sciences sociales :

« The "one correct answer" came to mean "free markets," and, for the poor world, it was defined as doing whatever the IMF and the World Bank tell you to do. But the reaction in Africa, Central Asia, Latin America, the Middle East, and Russia has been to fight against free markets. So, one of the best economic ideas of our time, the genius of free markets, was presented in one of the worst possible ways, with unelected outsiders imposing rigid doctrines on the xenophobic unwilling" (Easterly, 2007, p1)

"The ideology of Development is not only about having experts design your free market for you; it is about having the experts design a comprehensive, technical plan to solve all the problems of the poor. These experts see poverty as a purely technological problem, to be solved by engineering and the natural sciences, ignoring messy social sciences such as economics, politics, and sociology..." "So the admirable concern of rich countries for the tragedies of world poverty is thus channeled into fattening the international aid bureaucracy, the self-appointed priesthood of Development. Like other ideologies, this thinking favors collective goals such as national poverty reduction, national economic growth, and the global Millennium Development Goals, over the aspirations of individuals. Bureaucrats who write poverty reduction frameworks outrank individuals who actually reduce poverty by, say, starting a business" (Easterly, 2007, p3)

Pour Easterly c'est ainsi la nature idéologique du développement, visant à proposer des solutions simples pour répondre à une situation de crise, qui explique sa persistance alors même que les principaux pays ayant connu des succès de croissance et de lutte contre la pauvreté ont suivi des trajectoires différentes sans suivre ces préceptes :

« What explains the appeal of development ideology despite its dismal track record? Ideologies usually arise in response to tragic situations in which people are hungry for clear and comprehensive solutions. The inequality of the Industrial Revolution bred Marxism, and the backwardness of Russia its Leninist offshoot. Germany's defeat and demoralization in World War I birthed Nazism. Economic hardship accompanied by threats to identity led to both Christian and Islamic fundamentalism. Similarly, development ideology appeals to those who want a definitive, complete answer to the tragedy of world poverty and inequality. It answers the question, "What is to be done?" to borrow the title of Lenin's 1902 tract. It stresses collective social outcomes that must be remedied by collective, top-down action by the intelligentsia, the revolutionary vanguard, the development expert. (Easterly, 2007, p.4)

Dès lors, La solution proposée par Easterly est d'accorder aux acteurs la liberté de suivre leurs propres chemins, pour permettre aux principes économiques néolibéraux de se réaliser :

The opposite of ideology is freedom, the ability of societies to be unchained from foreign control. The only "answer" to poverty reduction is freedom from being told the answer. Free societies and individuals are not guaranteed to succeed. They will make bad choices. But at least they bear the cost of those mistakes, and learn from them. That stands in stark contrast to accountability-free Developmentalism. This process of learning from mistakes is what produced the repositories of common sense that make up mainstream economics. The opposite of Development ideology is not anything goes, but the pragmatic use of time-tested economic ideas—the benefits of specialization, comparative advantage, gains from trade, market-clearing prices, trade-offs, budget constraints—by individuals, firms, governments, and societies as they find their own success.. (Easterly, 2007, p.4)

Ces positions radicales, soulignant la logique totalitaire d'une « l'idéologie du développement » et la nécessité d'en libérer les pauvres, seront approfondies dans l'ouvrage « The Tyranny of Experts: Economists, Dictators, and the Forgotten Rights of the Poor » (Easterly, 2014).

Le retour de l'interventionnisme associé au « Post Whashington Consensus », puis à la crise de 2008, semble donc avoir entraîné un renforcement de l'opposition radicale du mouvement néolibéral contre la BM et le FMI.

De plus, la thèse du rôle pervers de l'APD à travers son soutien à des gouvernements corrompus et inefficaces a été récemment ralliée par Angus Deaton, Professeur d'économie à Princeton ayant reçu en 2015 le prix Nobel pour son travail microéconomique sur la consommation des pauvres. Ayant longuement collaboré avec la BM, il étudie notamment le lien entre progrès et inégalité. S'intéressant aux déterminants de la santé, il a notamment démontré que d'importantes améliorations ont pu être réalisées en l'absence de croissance, comme la santé maternelle en Chine avant son développement.

Dans son livre paru en 2013 « The Great Escape: Health, wealth and the origin of inequality » (Deaton, 2013), il se montre résolument optimiste en exposant la formidable « évasion » de l'humanité face à la maladie et la pauvreté, même si les différentes trajectoires de progrès ont accru les inégalités. La diffusion du savoir a également permis d'accélérer la diffusion de certains progrès comme la santé, ce qui permet aujourd'hui à un indien moyen d'avoir le

niveau de vie d'un anglais moyen en 1860, avec l'espérance de vie de ce même anglais moyen en 1950.

Tout en acceptant l'efficacité de certaines aides sociales, qui permettent d'améliorer la situation dans des secteurs comme la santé, il dénonce la façon dont l'APD limite la redevabilité entre les gouvernements bénéficiaires et leurs populations, soulignant que l'aide dépasse dans certains pays 50% du budget de l'Etat. Le gouvernement peut ainsi fonctionner sans établir de contrat avec sa population. Contrairement aux thèses néolibérales, Deaton place ainsi l'existence d'un état efficient et redevable au cœur du processus de développement économique. Il propose ainsi une voie intermédiaire entre Easterly qui souhaite arrêter l'aide au développement, et Sachs qui demande son augmentation sur la base d'un portulac d'efficacité constant.

Il met également en garde l'idée d'une révolution de l'efficacité du développement s'appuyant sur le principe des « Evidence based aid » que constitue l'évaluation aléatoire (Deaton, 2009, 2010) proposée par Duflo et Banerjee. Deaton reconnaît l'intérêt de l'approche pour mieux connaître les déterminants de la réussite et de l'échec des programmes, comme le rôle que peut jouer une institution comme la BM dans la collecte et la mise à disposition de ces éléments, mais il souligne que le contexte spécifique de chaque projet ne permet pas d'isoler des facteurs de réussites généralisables.

Conclusion de la section 1

Cette présentation historique des évolutions théoriques de l'économie du développement conduit à mettre en perspective l'émergence des théories néolibérales du développement, puis la façon dont elles ont performé l'économie du développement depuis les années 1980. Elle apporte également un premier éclairage sur la façon dont les deux approches de la performativité de notre cadre d'analyse interagissent pour renforcer cette performance.

Les théories sur l'économie du développement élaborées par les chercheurs du mouvement néolibéral depuis la fin de la seconde guerre mondiale sont devenues hégémoniques dans le monde anglo-saxon à partir la fin des années 1970, sous l'appellation du « Consensus de Washington ». Cette hégémonie s'est appuyée au plan économique sur la domination des théories néoclassiques au sein des principales universités anglosaxonnes, puis au plan politique sur l'élection d'exécutifs néolibéraux en GB et aux USA.

Alors que les théories néolibérales sont par principe opposées à l'interventionnisme des IBW, la conversion de ces dernières à un interventionnisme désormais mis au service de la mise en oeuvre de ces théories dans les PED, qui caractérise leur enrôlement, va garantir leur survie et assurer leur expansion.

Les réformes néolibérales « recommandées » aux pays en développement sont ainsi soutenues par des modèles macroéconomiques intégrant généralement des analyses de régression multipays, dont le caractère mathématique donne un gage de rationalité. Ces modèles théoriques peuvent ainsi être considérés comme des « objets actants », car ils défendent des réformes néolibérales en leur donnant une rationalité mathématique tout en mettant en boîte noire les éléments idéologiques sur lesquels ils sont fondés.

Ces approches théoriques performatives (privatisations, dérégulations et ouverture commerciale) sont alors conceptualisées et communiquées par la BM de façon à répondre

aux critères de reproductibilité, de durabilité, et de communicabilité à même de faciliter leur diffusion isomorphique. Elles connaissent ainsi un processus d'institutionnalisation et se diffusent par isomorphisme chez l'ensemble des acteurs du champ, soit chez les bailleurs de fonds européens et japonais qui adoptent, ou affichent l'adoption, de ces nouvelles théories.

La diffusion de ces approches néolibérales entraîne une évolution du champ institutionnel. Elle contribue notamment à l'entrée de nouveaux acteurs privés dans le champ de l'aide, ce qui renforce les acteurs financiers porteurs d'une vision économique comme la BM, au détriment des organisations du système des Nations-Unies comme l'Organisation Internationale du Travail ou l'OMS.

Le processus d'institutionnalisation des réformes néolibérales répond au modèle défini par le cadre d'Hasselbladh et Kallinikos (2000), puisqu'elles partent « d'idées stables » qui « délimitent les attentes sociales », comme « la foi dans les principes de la règle de droit, de la propriété privée et du marché concurrentiel », qui sont « diffusées, valorisées » par les discours des membres du réseau en extension (MPS, Ecole de Chicago, IBW, etc.).

Elles font alors l'objet de discours écrits par des chercheurs qui les transforment en connaissances, dont l'objectification est ensuite renforcée par le codage sous forme de modèles macroéconomiques, qui constituent des dispositifs de contrôle structurant les relations entre les créanciers et les bénéficiaires ou encore « les facettes de la relation principal-agent ». Ces éléments constituent bien ici « un système, dont le discours a le rôle d'intégrateur, et dont l'objet est d'agir sur le monde » (HK, 2000, p.706).

Par la suite, pendant la période de mise en œuvre du « Consensus de Washington », le principe d'efficacité des marchés, qui constitue l'un des fondements de l'idéologie néolibérale, est mis en cause par des économistes néoclassiques comme Stiglitz, alors que différents pays asiatiques émergent sans avoir suivi les politiques d'ajustement promues par les IBW. Les politiques d'ajustements structurels sont alors attaquées pour leur inefficacité et leur coût social à partir des années 1990.

Malgré ces attaques, les chercheurs de la BM, dont le fondement interventionnisme reste contesté par les universitaires néolibéraux les plus orthodoxes, défendent les mythes rationnels attachés aux politiques néolibérales, comme la linéarité du lien entre croissance et inégalité, la libéralisation financière (opposée au contrôle des changes), ou encore les privatisations qui offrent de grandes opportunités aux multinationales du Nord. Ils seront partiellement remis en cause après la crise financière de 2008, qui placera notamment la lutte contre les inégalités au cœur du discours de lutte contre la pauvreté de la BM, toutefois sans remettre en cause les fondements néolibéraux de la croissance.

En revanche, toutes ces attaques sur l'efficacité de l'aide, associées à la fin de son intérêt géostratégique après la guerre froide, ouvrent la voie à la domination de l'idéologie de la recherche d'efficacité sur les politiques de développement, qui entraîne une réorientation vers des travaux théoriques en faveur de recherches sur les déterminants microéconomiques de l'efficacité de l'aide.

De nouvelles méthodes d'analyse de la consommation des pauvres, ou d'évaluation aléatoires des programmes sont alors conçues et primées. De nouveaux instruments destinés à mettre en pratique les principes néolibéraux au niveau local sont élaborés, comme le microcrédit qui

ouvre la voie à l'entrée des acteurs privés dans les politiques de développement du secteur informel.

Parallèlement, la conception d'approches gestionnaires à même de favoriser l'internalisation des principes néolibéraux par les bénéficiaires afin d'améliorer l'efficacité de l'aide sera au centre d'un processus de re-légitimation, devenu nécessaire pour sécuriser et augmenter les ressources publiques confiées aux acteurs de l'aide.

L'allocation basée sur la performance (ou sélectivité), sera un instrument s'appuyant sur des données et mesures macroéconomiques développées par la BM (1998) permettant de relégitimer les politiques de développement néolibérales, en proposant un mécanisme d'incitation des gouvernements bénéficiaires à même d'augmenter leur efficacité.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (2000), à l'origine d'une forte remobilisation financière des gouvernements des pays donateurs, définiront des cibles communes à atteindre par l'ensemble du champ institutionnel, favorisant au niveau global la recherche de performance et la mise en place de systèmes de gestion par objectif.

Le principe d'appropriation, développé par la BM à travers les DSRP avant de devenir le nouveau paradigme de l'APD depuis la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005), constitue un dispositif d'enrôlement des Etats qui se voient re-légitimés dans leur rôle de « conducteur » des « bonnes » politiques promues par les bailleurs de fonds.

Dans ce cadre, le financement basé sur les performances constitue un mécanisme de contrôle de gestion des politiques mises en œuvre par les gouvernements bénéficiaires, permettant également la mise en place de dispositifs d'incitation des acteurs chargés de la réalisation des activités.

Le tournant gestionnaire de l'APD s'inscrit par ailleurs dans un mouvement plus large de la diffusion des pratiques du NPM, qui favorise la diffusion de ces approches au sein du champ institutionnel de l'ADP, mais aussi leur appropriation par les gouvernements contributeurs et bénéficiaires qui se voient parallèlement contraints de justifier leur recherche d'efficacité auprès de leurs bailleurs de fonds et administrés.

Section 2 : L'enrôlement des Institutions Financières Internationales et la performance des politiques de développement

L'objet de cette section est de mieux comprendre la dynamique d'extension du réseau sociotechnique néolibéral dans la mise en œuvre des logiques performatives identifiées dans la section précédente.

1. La création des dispositifs d'influence du néolibéralisme

a) La Mont Pelerin Society, les fondations et think tanks

La constitution en 1947 de la « Mont Pelerin Society » (MPS), qui a notamment été présidée par Friedrich Hayek, Milton Friedman ou James Buchanan, constitue l'un des éléments structurant d'un processus de reconquête idéologique, né dans l'entre-deux guerres face au

développement des doctrines keynésienne, sociale, ou fasciste qui menacent pour eux la démocratie. Il s'agit d'un think tank d'intellectuels, destiné à promouvoir les échanges sur le « néolibéralisme » dans le cadre d'une démarche ouverte :

“transdisciplinary (developing norms and principled guiding beliefs guiding student in different disciplines), interdisciplinary (although mainly involving social scientists), and transacademic (although the endeavors to connect to particular audiences and the public at large when they main organized indirectly through think tanks and publishers)” (Mirowski et Plehwe, 2009, p,5-6).

Au-delà des échanges, la création de la MPS vise également la mise en place d'une capacité de performance planifiée et distribuée, comme le soulignent mirowski et Plehwe en introduction :

“overtime the neoliberal networks developed and increasingly fine-graded division of intellectual labor, which the strategist of the Institut of Economic Affair have sometimes described in military terms. According to Frost (2002), partisan think tanks that organize production of academic publication tailored to specific audience constitute the long-range artillery, both think tanks and journalists dedicated to marketing neoliberal pamphlets (book reviews, interviews, dinner speeches, etc) are considered the short-range artillery, whereas neoliberal politicians and other activist types are engaged in hand-to-hand combats” (Mirowski et Plehwe, 2009, introduction, p,6).

“Within MPS, neoliberalism was elaborated by a total thought collective of more than one thousand scholars, journalists, (think tanks) professionals, and corporate and political leaders for more than fifty years” (Mirowski et Plehwe, 2009, introduction p,8).

Au troisième chapitre de l'ouvrage collectif « Neoliberal Hegemony: A Global Critique » (Plehwe, Bernhard, Walpen, et Neunhöffer, 2006), Weller et Singleton (2006) présentent le dispositif d'influence du mouvement néolibéral pour promouvoir ses idées, théories et discours auprès de la BM et du Fonds Monétaire International : « “Peddling Reform : The Role of Think Tanks in Shaping the Neoliberal Policy Agenda for the World Bank and International Monetary Fund ».

La « Mont Pelerin Society » est ainsi au cœur d'un réseau de « *think tanks* », medias, fondations et décideurs politiques lui permettant d'influencer efficacement les politiques publiques américaines. Une analyse de ses membres permet ainsi d'illustrer le lien idéologique existant avec différents instituts de recherche, universités, gouvernements et médias.

Selon Weller et Singleton (2006), les thinks tanks les plus fréquentés par les membres de la MPS sont notamment “The American Enterprise Institute” (AEI), “The Cato Institute”, “The Heritage foundation”, et “The Hoover Institution on War, Revolution and Peace”, qui entretiennent des liens étroits avec les milieux académiques, politiques et journalistiques. Plus académique, le “National Bureau of Economic Research” (NBER), fondé en 1920, qui se décrit comme “committed to undertaking and disseminating unbiased economic research among public policymakers, business professionals, and the academic community », a également contribué à la promotion des idées et théories du mouvement néolibéral.

Ce réseau d'influence intègre également quatre fondations conservatrices « The Bradley Fondation », « The Olin Fondation », « The Scaife Fondation » and « The Smith Fondation », qui financent les “Thinks Tanks” susmentionnés, ainsi que de la recherche, des programmes de développement, des bourses d'étudiants, et des publications conservatrices souvent controversées.

Reprenant le rapport d'un groupe de recherche sur les fondations conservatrices et la politique américaine (People for the American Way) paru en 2002, les auteurs concluent: « With increasing frequency, legislation, proposed and enacted, can be traced directly to think-tank position papers on such conservative agenda in schools, deregulation of workplace safety, tax limitation and other reduction in government, even selling of the national parks” (Weller et Singleton, 2006, P.6).

Les sections ci-dessous présentent les stratégies d'influence (ou de performance) du mouvement néolibéral auprès des institutions internationales et au sein des pays en développement.

b) La Commission Meltzer et l'aide internationale

Après avoir esquissé les principaux éléments du dispositif d'influence du mouvement néolibéral sur la conception des politiques publiques, Weller et Singleton (2006) présentent l'exemple de stratégies de performance des politiques de développement économique international par le mouvement néolibéral, à travers les travaux de la Commission Meltzer sur le fonctionnement du Fond Monétaire International, de la Banque Mondiale et des Banques régionales de développement (interaméricaine, asiatique et africaine).

The « International Financial Institution Advisory Commission » a été créé en novembre 1998 par le Congrès américain suite à l'octroi d'un financement additionnel américain de 18 milliards d'USD au FMI, faisant suite aux crises financières asiatiques et russes de 1997-1998.

L'objectif était d'étudier l'incapacité des institutions financières internationales à anticiper et prévenir ces crises, et de formuler des recommandations pour remédier à ces échecs. La commission était composée de 6 membres républicains et de 5 membres démocrates, les scénarios identifiés étant la réforme ou la clôture des institutions.

La Commission, présidée par Alla Meltzer connu pour ses positions en faveur du marché libre et ses critiques de la BM et du FMI, a sans surprise milité pour une abolition et un renversement au profit d'une logique de recours au marché. Elle illustre la volonté du mouvement néolibéral de diminuer la capacité d'intervention des Institutions Financières Internationales (IFIs), pour favoriser le recours à des approches et instruments fondés sur la logique de marché, ou encore sur des systèmes de gestion issus du secteur privé censés favoriser l'efficacité et la redevabilité des financements.

Aussi, même si le rapport de la Commission a été remis à l'administration démocrate du Président Clinton, qui n'a pas directement mis en œuvre les réformes proposées, il a fixé un nouveau cadre d'analyse des IFIs par les décideurs politiques et les contribuables. Ce débat a ainsi figé (ou mis en boîte noire) la position anti IFI's du camp républicain, et fait évoluer les positions du camp démocrate dont une partie a validé les recommandations.

L'influence du mouvement néolibéral dans les travaux de la Commission est illustrée par Allan Meltzer, dont les positions anti IFIs parues dans un article un mois avant la création de la Commission seront largement repris dans les recommandations du rapport. Professeur à l'université Carnegie Mellon, il entretient des liens étroits avec le think tank AEI, qui intègre notamment dans son équipe de recherche Lynne Cheney, l'épouse du Vice Président Dick Cheney, par ailleurs Présidente du « National Endowment for the Humanities » sous les présidences de Reagan et George Bush, Jeane Kirkpatrick, représentante des USA aux Nations-Unies pendant la présidence Reagan, Lawrence Lindsey, conseillère économique des Présidents Georges W. Bush et Reagan, Glen Hubbard et Michael Boskin, qui ont tous deux dirigés le groupe des conseillers économiques des Présidents George W Bush et George Bush.

Un autre membre de la Commission, Charles Calomiris, professeur à l'Université de Columbia, est également chercheur à l'AEI où il a codirigé le projet sur la dérégulation financière, et membre du « Cato Institute ». Dans plusieurs publications précédant la Commission, Calomiris (1997a, 1997b) qualifiait déjà les interventions du FMI de contre-productives, estimant qu'elles entraînaient une distorsion des marchés limitant les bénéfices de la libéralisation. Il recommandait ainsi l'arrêt des financements supplémentaires accordés au FMI, et sa limitation à un rôle de conseil en politique macroéconomique. En dehors des travaux de Calomiris, un autre chercheur du « Cato Institute » membre de la Commission, W.Lee Hoskin, recommandait dès 1995 au Congrès d'arrêter le soutien des Etats-Unis au FMI et à la BM (Hoskin et Coons, 1995)

Edwin Feulner, ancien président de la MPS, était un autre membre de la Commission. Egalement membre de «The Heritage Fondation », il pourra s'appuyer sur les travaux du think tank contre les interventions du FMI (Johnson et Schaefer 1998, 1997a, 1997b, Schaefer 1998), pour détailler au Congrès, en avril 1998, son opposition à l'augmentation des financements du FMI dont il demande la réforme.

En termes de contenu, les recommandations de la Commission proposaient notamment une réorganisation de l'architecture du système financier global modifiant le périmètre d'intervention et le système d'incitation des donneurs et des bénéficiaires. Le FMI était réduit à un rôle de prêteur en dernier recours limité à des provisions de court terme à un taux de pénalité, qui doivent être assorties de conditions en matière de solvabilité, d'ouverture et de réforme du marché bancaire, comme de gestion des finances publiques (Meltzer, 2000).

La Banque Mondiale devait conserver son activité de financement long terme en matière d'assistance au développement, de réduction de la pauvreté et de réformes structurelles. Toutefois, son activité financière devait être limitée, au profit de la fourniture d'assistance technique, de biens publics régionaux et globaux, et de la facilitation à l'augmentation des financements privés dans les pays émergents (Meltzer 2000). Elle devrait progressivement arrêter son activité de prêt aux pays dont le PIB par habitant est supérieur à 4000 \$, et limiter son assistance à ceux dont le PIB par habitant est supérieur à 2500 \$.

Pour améliorer l'efficacité, la transparence et la redevabilité, l'assistance devra être mise en œuvre à travers des programmes de financements basés sur la performance : « Développement assistance would instead be provided through performance-based grant » (Weller et Singleton, 2006, p.8)

Par ailleurs, au lieu de donner aux gouvernements l'argent nécessaire au financement des systèmes de santé, d'éducation et d'infrastructures, les Banques de Développement devront payer ces services directement à des fournisseurs privés (nationaux ou internationaux), ce qui implique de fait l'introduction d'une logique de marché dans les systèmes de santé et d'éducation des pays bénéficiaires.

De plus, les prêts devront être accordés en fonction de l'avancement des réformes en utilisant un système d'incitation : « should be conditional upon implementation of specific institutional and policy changes and supported by financial incentives to promote continuing implementation » (Meltzer, 2000).

Weller et Singleton (2006) analysent ensuite les principales recommandations, qu'ils jugent contre-productives au regard de nombreux travaux sur le développement économique. La Commission défend ainsi des annulations de dettes au profit des pays pauvres très endettés, mais assorties de conditions inacceptables comme la limitation fiscale, la libéralisation des marchés financiers, qui sont identifiés par de nombreux travaux comme les principales causes des crises financières asiatiques. Le contrôle des capitaux doit également être abandonné, alors que le FMI, qui lui était préalablement opposé venait de démontrer dans une étude récente sur sept pays son intérêt pour limiter l'exposition des économies à la volatilité des marchés financiers globaux.

Les politiques de développement doivent également encourager le recours aux banques étrangères pour financer le développement économique, alors même que différents travaux démontrent que l'augmentation de la compétition entraîne une réduction de l'offre de crédit dans les pays en développement. Suivant l'exemple du Japon, différents travaux recommandent aujourd'hui le renforcement des institutions financières nationales pour appuyer le financement de l'économie sur l'épargne locale.

Ces politiques entraîneraient donc une grande perte de souveraineté des gouvernements. Elles mineraient également leur capacité à assurer efficacement la fourniture des services publics de base qui pourraient être financés et fournis par des sociétés privées internationales à des taux d'intérêts élevés, si besoin au moyen de subventions à même de garantir un retour sur investissement aux sociétés privées dans les pays les plus pauvres.

Même si elles n'ont pas été suivies par le Congrès et l'administration Clinton, les résultats obtenus par la Commission doivent être étudiés sur le long terme. Les recommandations ont été à nouveau proposées et certaines adoptées comme conditionnalité à l'occasion de la signature de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) sur les annulations de dettes. Elles ont également inspiré la création d'un nouvel outil d'aide au développement par l'administration Bush, le Millennium Challenge Account, qui cible les pays les plus pauvres. Ce dernier est notamment mis en œuvre par des sociétés privées, soumis à de nombreuses conditionnalités et promeut l'ouverture aux investisseurs extérieurs.

c) L'influence du gouvernement US sur la Banque Mondiale

Le processus d'influence de la BM par le mouvement néolibéral a fait l'objet de nombreux travaux. Robert Wade, professeur d'économie politique à la London School of Economics (1998, 2001, 2002, 2011), s'intéresse notamment à l'influence du gouvernement américain

dans la promotion d'un agenda financier néolibéral au sein de la BM, qui correspond selon lui à son modèle idéologique et à ses intérêts financiers.

Dans l'article "US Hegemony and the World Bank : The Fight over People and Ideas", Wade (2002) illustre notamment cette stratégie d'influence à travers le cas des départs du chef économiste Joseph Stiglitz, puis du directeur du « World Development Report 2000 » Ravi Kanbur.

Le fondement néolibéral des institutions financières américaines est tout d'abord rappelé par une citation d'Alan Greenspan, Président de la US Federal Reserve de 1987 à 2006 : "markets are an expression of the deepest truths about human nature and . . . , as a result, they will ultimately be correct"¹²

Il rappelle également les capacités institutionnelles du gouvernement américain dans les processus de décision de la BM. Il nomme les Présidents et contrôle 16% des droits de vote, suivi du Japon avec seulement 6%. Il est également le premier contributeur, la validation des promesses de financement triennales, comme leur libération annuelle, devant être validés par le Congrès. Ces éléments octroient au gouvernement américain des capacités d'influence inégalées qui l'ont conduit à considérer la BM comme un élément de sa politique étrangère.

De plus l'institution est basée dans la capitale américaine, proche du secrétariat au trésor et des think tanks américains, la grande majorité de ses économistes étant également issus des universités américaines.

Pour Wade, ces éléments de contrôle institutionnels et idéologiques conduisent le gouvernement US à laisser à la BM une autonomie lui permettant de bénéficier d'une image indépendante, limitant ses interventions pour les cas d'opposition aux intérêts américains :

"However, to remain within the zone of effectiveness - the zone where the Bank is reliably responsive to US foreign policy aims and US domestic constituency groups but is still seen as having enough independence to induce weaker states to listen seriously to it as an independent development advisor - the US often limits its direct interventions to negative power, to ensuring that the Bank does not do or say things contrary to US objectives, as distinct from instructing it more pro-actively". (Wade, 2002, p.5).

Wade expose ensuite la tension qui existe entre deux agendas que la BM doit intégrer : « l'agenda financier » issue du Consensus de Washington, et « l'agenda de la société civile » qui marque depuis les années 1990 l'orientation vers la lutte contre la pauvreté et les secteurs sociaux. Cette tension révèle par ailleurs un conflit d'intérêt au sein de l'institution, entre d'une part son activité financière, et d'autre part son activité de conseil en matière de politique économique aux bénéficiaires de ses prêts.

Wade précise également la façon dont cette tension s'est accrue au cours des années 1990, avec l'élargissement du périmètre d'intervention de la BM aux sujets de l'agenda de la société civile comme « l'empowerment » ou les secteurs sociaux et environnementaux, qui lui ont été accordés au détriment d'organisations du système des Nations Unies, comme le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, l'Organisation Internationale du Travail, ou l'Organisation Mondiale de la Santé.

¹² Cité par Joshua Cooper Ramo (1999) 'The three marketeers', Time, 15 February.

Un premier cas illustre pour Wade ce conflit d'agenda : l'opposition de Joseph Stiglitz aux interventions du FMI lors de la crise asiatique, qui suivaient directement l'agenda financier néolibéral et la promotion des intérêts économiques du gouvernement US :

“In short, the IMF approach is likely to generate large social costs long before there is any significant amount of debt reduction, all because of a short-term and unforeseeable run by mobile capital. It aims to dismantle the high debt system, its developmental advantages notwithstanding. And it wants to see a Western-type financial system in its place that can only work with a huge reduction in levels of corporate debt. The Fund has not properly weighed the economic and social costs of such actions. Eventually Asian economies will start to grow again, for their ‘fundamentals’ are strong—but by then their fundamentals will not be as strong. There will be an inner source of instability created by the attempt to integrate the massive flow of household deposit savings with a financial structure based on Western norms of prudent debt/equity ratios. And by then they will have a rather different pattern of ownership, with foreign firms and banks—in particular, US firms and banks—having much more control than before and receiving much more of the profits. They will have given up the developmental advantages of a high debt system based on government-bank-firm collaboration in return for somewhat lower risks of financial crashes. (Wade et al, 1998, P.15)

Alors que la nomination de Stiglitz correspond à la réorientation de la BM vers l'agenda de la société civile, ses précédents travaux sur l'économie de l'information mettent directement en cause le principe d'efficacité des marchés, qui constitue l'un des fondements des théories monétaristes et des modèles économiques utilisés par le FMI. Les interventions de cette institution constituent donc pour lui un frein au développement, constat qui l'a conduit à dénoncer les effets négatifs des interventions du FMI lors de la crise asiatique, puis à conseiller le gouvernement éthiopien de résister à certaines de ces demandes :

“Next week’s meeting of the International Monetary Fund will bring to Washington, DC many of the same demonstrators who trashed the World Trade Organization in Seattle last fall. They’ll say the IMF is arrogant. They’ll say the IMF is secretive and insulated from democratic accountability. They’ll say the IMF’s economic ‘remedies’ often make things worse—turning slowdowns into recessions and recessions into depressions. And they’ll have a point. I was chief economist at the World Bank from 1996 until last November, during the gravest global economic crisis in a half-century. I saw how the IMF, in tandem with the US Treasury Department, responded. And I was appalled”¹³.

Cette déclaration conduira le secrétaire au Trésor US Lawrence Summers, lui-même ancien Chef économiste de la BM, à imposer à son Président le départ immédiat et définitif de Stiglitz, qu'il avait déjà contraint à quitter ses fonctions de Chef économiste en échange d'un soutien au second mandat du Président Wolfensohn.

Le second cas illustrant la tension entre les deux agendas est le départ de Ravi Kanbur, auquel Stiglitz confia la direction du « World Development Report 2000 » (WDR), la publication annuelle phare de la BM sur les innovations en matière de recherche sur le développement. Ses fonctions de Professeur à Cornwell University, son origine indienne et son expérience comme chef économiste de la région Afrique de la BM, permettait d'allier connaissance de l'institution et image d'indépendance.

¹³ Joseph Stiglitz, 'What I Learned at the World Economic Crisis', *New Republic*, 17 April 2000

Le thème choisi est « Attacking poverty », pour lequel un premier draft a été diffusé pour commentaires aux membres du conseil d'administration de la BM, ainsi qu'à de nombreux chercheurs et partenaires dans le monde impliqués au travers un processus participatif.

Ce draft a reçu de nombreuses attaques d'économistes de la BM et de ses membres, en particulier du secrétaire au Trésor US, tant pour la mise en avant des questions d'empowerment et d'inégalité par rapport à la croissance, que pour la mise en cause de certains dogmes néolibéraux qui fondent l'agenda financier

En matière d'inégalité, les travaux mettaient en évidence les différences constatées en matière de lutte contre la pauvreté pour un même taux de croissance, ce qui s'oppose au principe d'une relation linéaire entre la croissance et l'inégalité, défendu par les néolibéraux. Ils précisent également qu'un accroissement global des inégalités est en cours et risque de limiter la croissance à venir. Sur ces points les critiques dénonceront notamment un « biais politique » et une « faible qualité économétrique » des travaux.

En matière d'ouverture commerciale, des travaux montrent qu'elle n'est pas nécessairement bonne pour les pauvres, ce qui est apparu en contradiction avec le message néolibéral de la BM suivant lequel l'ouverture commerciale est nécessairement bonne pour les pauvres.

En matière d'empowerment, les travaux recommandaient notamment l'extension de l'organisation des pauvres à travers des réseaux, des coopératives et des syndicats, de façon à leur permettre de mieux intégrer leurs intérêts dans les marchés et les politiques. Ces travaux s'opposaient alors au dogme de la libéralisation du travail qui encourage le démantèlement des syndicats au profit de négociations individuelles.

En matière de libéralisation des marchés, les travaux présentaient la création de filets de sécurité comme une condition préalable pour atténuer leurs impacts négatifs sur les travailleurs, principe qui sera également fortement remis en cause.

Parmi les remarques cinglantes d'universitaire, T.N Srinivasan de l'Université de Yale dénonça les fondations conceptuelles de l'ouvrage, articulé autour des thèmes de « la sécurité », « l'opportunité » et « l'empowerment » qui selon lui : « ne fondent pas un moteur analytique ». Il souligne également le manque d'analyses de causalité utilisant des régressions multi-pays, sur lesquelles ont été construit la légitimité des politiques d'ajustement structurel.

Les commentaires du secrétariat au trésor rappellent les principes de la diplomatie économique américaine :

Of the member governments' comments, those from the US Treasury called for more emphasis on the need for faster economic growth, freer markets as the route to higher economic growth, less talk of widening world income distribution, and less emphasis on widening income distribution being bad for growth. Treasury Secretary Summers said in a speech at about this time that discussing poverty reduction without emphasizing economic growth and open markets was like Hamlet without the prince. (Wade, 2002, p.211).

Les pressions exercées par le Trésor américain et les économistes néolibéraux ont alors conduit Kanbur à revoir la structure du Draft en mettant au début le sujet « Opportunités » traitant des questions de croissance, tout en adaptant son contenu. Toutefois, suite au

processus de consultation de la société civile, il souhaitera revenir au draft initial sans obtenir le soutien du nouveau chef économiste ni du Président :

"Meanwhile Kanbur was working on a 10-page synthesis of the results of the unprecedentedly extensive electronic and in-person consultations with civil society groups around the world. It is not hard to imagine that he felt between a rock and a hard place - the Bank people and the US Treasury were pressing him to change the argument that seemed to him to emerge from the consultations, and asking him to behave in a way that violated the pledge he had given to the civil society groups to treat them fairly and transparently." (Wade, 2002, p.212).

Face à l'intensification des pressions Kanbur présentera sa démission, à laquelle la BM réagira par une communication marquant son incompréhension, certains collègues précisant même qu'il était « épuisé » et « plus lui-même » :

'We don't know why he resigned, we gave him complete independence, and to show our commitment to the process and our independence from the Treasury we will keep the main themes the same, though we will of course improve the quality.'(Wade, 2002, p.212).

Le rapport final connaîtra alors une réorientation en faveur de l'agenda financier. A titre d'exemple, un premier chapitre présentant l'importance de la croissance sur la pauvreté sera ajouté, la création de filet de sécurité pour les travailleurs ne sera plus une condition à la libéralisation des secteurs, et les éléments dénonçant la responsabilité de la libéralisation financière dans la crise asiatique, ou valorisant les exemples chiliens et malaysiens de contrôle des changes, seront supprimés.

Pour Wade ces exemples démontrent toutefois que la BM dispose d'une certaine indépendance vis-à-vis du Trésor US. Cette indépendance a permis la nomination de Stiglitz puis son maintien au poste de conseiller spécial du Président malgré sa démission comme chef économiste.

Par ailleurs, son départ lui a ensuite permis de s'exprimer contre l'agenda financier, et son livre « La grande désillusion » (Stiglitz, 2002) a connu un succès mondial. Cette indépendance a également permis la nomination de Kanbur et la production d'un premier draft indépendant. Les négociations qui ont suivi ont certes entraîné une réorientation significative de rapport, mais il n'a pu être totalement réécrit et la démission de Kanbur été largement questionnée par la presse.

Toutefois, si ces exemples démontrent que le Trésor US n'intervient dans la gestion directe de la BM que lorsqu'elle s'oppose à ses intérêts, les mécanismes institutionnels internes à la BM expliquent aussi largement l'orientation du département recherche en faveur de l'agenda financier :

"The Development Economics complex at the Bank defends its researchers' right to reach their own results as a matter of principle. But you do not get to be a Bank research economist without having demonstrated your commitment to the presumptions of neo-liberalism and to the analytical techniques of Anglo-American economics. Once there, you know that if you come up with pro-free-market findings you can send off your paper to The Economist or present it at an IMF seminar straight away without anybody else checking the results; whereas if you come up with contrary results you will be required

by your managers to check them out with a panel of colleagues who may be asked to undertake independent replication while the paper is kept under internal wraps. The differential response sends a message to the researchers who are looking for cues as to how to come along and get along in the Bank". (Wade, 2002, p.219).

Ces deux cas illustrent la difficulté de réinterroger, même pour des économistes classiques reconnus comme Stiglitz et Kanbur, les éléments idéologiques du néolibéralisme qui ont été intégrés, ou « mis en boîtes noires », dans les théories et modèles économiques du secrétariat au Trésor US, du FMI et de la BM.

2. Le fonctionnement institutionnel de la BM

Les mécanismes qui assurent la promotion de l'agenda néolibéral au sein du département de la recherche de la BM ont fait l'objet d'une analyse institutionnelle par Robin Broad (2006), professeur de développement international à l'Université Américaine de Washington, justifiant également d'une expérience d'économiste international au sein du Département du Trésor US.

En s'appuyant sur une analyse qualitative du fonctionnement de l'activité « recherche » de la BM, l'article intitulé « Research, knowledge, and the art of 'paradigm maintenance': the World Bank's Development Economics Vice-Presidency (DEC) » s'inscrit dans la poursuite des travaux de Wade sur le « paradigm maintenance », qui définit les capacités des IBW à influencer les recherches et les pratiques du développement en faveur de l'agenda néolibéral.

Despite the Bank's public presentation of its research arm as conducting 'rigorous and independent' work, the Bank's research has historically become skewed toward reinforcing the dominant neoliberal policy agenda. The article includes a detailed examination of the mechanisms by which the Bank's research department is able to play a central role in what Robert Wade has elsewhere termed 'paradigm maintenance', including incentives in hiring, promotion, and publishing, as well as selective enforcement of rules, discouragement of dissonant data, and actual manipulation of data. The author's analysis is based on in-depth interviews with current and former World Bank professionals, as well as examination of internal and external World Bank documents. The article includes analysis of the Bank's treatment of the work of two of its researchers who write on economic globalization and development: David Dollar and Branko Milanovic. (Broad, 2006, p.1)

Comment la BM a-t-elle embrassé le paradigme néolibéral ?

Le département de recherche a été créé dès 1947, mais son influence sur l'économie du développement, alors marquée par la planification et les politiques de substitution des importations, restait au départ limitée. En 1952, une confrontation avec le gouvernement indien démontre toutefois l'orientation libérale de l'institution. Suite à sa mission en Inde, le Président Eugene Black dénoncera une : "unrealistic discrimination against private capital, and its unjustified preference for industrializing through investment in the public sector" (Mason and Asher, 1973: 372), alors que de son côté le Ministre indien des finances qualifiera ce dernier de 'India's public enemy number one' (Mason and Asher, 1973: 422).

Cet épisode correspond également à l'une des premières victoires de la MPS en matière d'économie du développement, qui sera saluée par Davenport lors de la conférence de 1958 :

« He shared with his audience that the Kennedy/Cooper resolution to back the Indian five year plan with substantial U.S. aid had been defeated, though he cited a certain Mr. Morley to stress that this resolution was "a fairly frightening phenomena. (Plehwe, 2006, p.332)

Au milieu des années 1960, la BM décidera de s'opposer à la stratégie de substitution des importations. Le département recherche sera alors mobilisé pour produire de nombreux travaux théoriques et empiriques destinés à dénoncer l'inefficacité de ce modèle, qui s'appuieront notamment sur l'exemple indien.

Lors d'un entretien réalisé en 1982, Avramovic, économiste non néolibéral entré à la BM en 1953, qui dirigea le département d'économie du développement entre 1976 et 1977, présente l'évolution idéologique d'une « préférence idéologique pour un modèle spécifique », vers « une ferme obsession idéologique qui commence dans les années 1970 et se renforce dans le néolibéralisme des années 1980 »¹⁴ (Broad, 2006, p.6).

Les économistes néolibéraux développeront ainsi une influence croissante sous la présidence de McNamara (1968-1981), qui réorientera l'activité de la BM et de son département recherche vers les politiques commerciales et économiques :

"The bank should aid developing countries that undertake the needed structural adjustments for export promotion in line with their long-term comparative advantage' (Mc Namara quoted in Broad, 1988: 53).

Le virage vers l'idéologie néolibérale de la BM se poursuivra ensuite avec le développement des prêts à ajustements structurels, à travers lesquels la BM conditionne un soutien budgétaire à des réformes destinées à intégrer les pays au marché global : promotion des exportations et ouverture commerciale, privatisation, dérégulation, libéralisation, souvent associés à d'autres mesures micro-économiques. Au début des années 1980, la crise de la dette des pays en développement entraînera une rapide augmentation des crédits gérés par la BM, au « profit » de gouvernements ayant peu le choix de refuser les conditionnalités demandées. Les crédits à l'ajustement se développeront jusqu'à représenter 63% des décaissements de l'IDA et de l'IBRD en 1999.

Au sein du département de la recherche, ce virage vers les politiques commerciales et macroéconomiques sera renforcé en 1982 par la nomination d'Anne Krueger à sa direction, économiste connue pour son travail sur la recherche de rentes liées aux restrictions commerciales s'appuyant sur les cas indiens et turques (Krueger, 1973), et sur la libéralisation (Krueger, 1976). Elle deviendra ensuite directrice générale adjointe du FMI de 2001 à 2006.

La capacité performative de la Development Economic Vice Presidency » (DEC)

En 2005, la DEC représentait 80% de la recherche du groupe BM. Elle était dotée d'un budget de 50 millions USD, soit bien supérieur au budget de 35 millions USD du premier Think tank US (The Heritage Fondation).

¹⁴ Traduction libre de : *'from ideological preference for a specific model of development'(..) to a firm, 'obsessive ideology' that began to take root in the 1970s and hardened into the neoliberalism of the 1980s ».*

Au niveau interne, le recours aux conditionnalités a renforcé l'influence de la DEC sur la façon dont les crédits sont décaissés. Broad souligne également le faible recours aux recherches extérieures et la forte utilisation des travaux internes, qui s'appuient sur l'activité de valorisation des chercheurs qui doivent passer un tiers de leur temps à des actions de « cross support ».

A niveau externe, la DEC a également étendu son influence jusqu'à acquérir le leadership intellectuel de la communauté du développement. La DEC est considérée comme le pôle recherche d'autres organisations multilatérales, comme l'Organisation Internationale du Commerce qu'elle s'engage à appuyer. Elle influence également l'agenda de recherche des Banque régionales de développement, comme la Banque Africaine de Développement (BAfD), la Banque Asiatique de Développement (BAsD) ou la Banque Interaméricaine de Développement (BID). A titre d'exemple, Célestin Monga, le nouveau « Chef économiste et Vice-Président Gouvernance économique et gestion du savoir » de la Banque Africaine de Développement (BAfD) nommé en 2016, a fait une carrière de 17 ans à la BM durant laquelle il a également réalisé des formations complémentaires au MIT et à Havard. En matière de conditionnalité, le responsable du programme d'aide budgétaire de la BAfD au gouvernement du Sénégal soulignait ainsi en 2011 lors d'un entretien au sujet d'un blocage des décaissements suite à une crise de gouvernance : « La BAfD s'aligne généralement sur les positions de la Banque Mondiale », tout en soulignant que les deux institutions étaient au Sénégal en cours de création d'une matrice commune d'indicateurs de décaissements pour leurs programmes d'aide budgétaire.

La BM influence également l'agenda de nombreux bailleurs de fonds bilatéraux, comme le montre en France la réorganisation de l'AFD sous la Direction de JM Severino entre 2001 et 2010, qui était précédemment Vice Président de la BM entre 1997 et 2000. Lors d'un entretien en 2014 sur le développement du programme FBR au Sénégal, le directeur du projet de la coopération japonaise au sein du Ministère de la Santé du Sénégal nous indiquait : « *personnellement je ne suis pas intéressé par le FBR... ce n'est pas dans la culture des interventions de la JICA [Japan International Cooperation Agency] ni de notre projet au Sénégal, mais une personne à la DG revient de la BM et demande à ce que l'approche soit envisagée dans la conception des nouveaux programmes. La prochaine mission d'identification doit donc étudier cette possibilité* » (CR entretien).

De plus, la BM influence les décideurs de nombreux pays, comme le rappelle une étude réalisée en 1998 auprès de hauts responsables politiques dans 11 pays : « World Bank research was evaluated as influential by 79 percent of the respondents » (Abt Associates, 1998, cité dans Squire, 2000: 126).

Broad éclaire également l'impact des travaux de la DEC (i) sur le milieu académique à travers leur niveau de publication et citation dans les principaux journaux, et de leur utilisation dans les cursus académiques, et (ii) sur certains médias internationaux prisés par les décideurs internationaux comme le « The Financial Times » et « The Economist ».

Les mécanismes institutionnels renforçant l'agenda néolibéral au sein de la DEC.

Pour Broad, il existe un décalage entre l'objectif affiché par la DEC dans ses documents publics: « 'The World Bank's research program is intended to answer questions about policies that will support development and alleviate poverty in developing countries. To meet this objective, research projects must be focused on pressing current issues; must be relevant to

many countries; must be rigorous and objective... » et les documents confidentiels réservés aux chercheurs qui les orientent vers la libéralisation du commerce.

Les six processus institutionnels interconnectés sont illustrés par Broad au travers d'une comparaison entre deux chercheurs. David Dollar (1998, 2002, 2003, 2013) s'appuie principalement sur des modèles économétriques multi-pays. Il a co-écrit les articles sur lesquels s'appuie le principe de sélectivité, et défendu dans de nombreux travaux le caractère bénéfique du commerce et de la croissance pour les pauvres. Après son ascension au sein de la DEC, il a dirigé les opérations de la BM en Chine, où il a ensuite représenté le Département du Trésor US. Branko Mianovic (1998, 2003, 2011, 2016) s'appuie sur des enquêtes empiriques pour étudier l'inégalité de revenus et milite « against globalization as we know it » (2003, 2011, 2016).

Le recrutement. Les personnes recrutées par la DEC sont principalement des docteurs en économie utilisant des méthodes quantitatives. Par ailleurs, en 1991, 60% avait réalisé leur PhD aux USA et 16% en GB. Dollar qui est diplômé d'un PhD de Dartmouth est ainsi dans le modèle dominant, alors que Mianovic qui est diplômé de l'université de Belgrade fait partie d'une petite minorité formée hors du monde occidental. Broad illustre également le rôle normatif du recrutement en évoquant la demande faite aux candidats de se comparer à David Dollar.

La promotion. Alors que beaucoup de chercheurs sont en contrat de court terme, ils doivent obtenir une « régularisation » après cinq ans, évaluée sur la base de leurs publications et de la valorisation opérationnelle de leurs résultats. Ce système incite les chercheurs vers les résultats qui sont plus facilement publiables et plus valorisés par (et pour) les opérationnels. La capacité à rechercher des financements additionnels au budget de la DEC encourage également les chercheurs vers les sujets encouragés par les directions. Ce chapitre est illustré par la rapide ascension de Dollar comme directeur de département puis directeur des opérations en Chine, alors que Mianovic n'a reçu aucun financement supplémentaire et a connu une ascension beaucoup plus lente.

Les règles de publication. Broad s'appuie sur différentes interviews pour exposer la partialité des règles de reviewing, qui peut être résumée par l'extrait suivant :

"The review process, says a former Bank professional, 'depends on what the paper is [about] and who the author is. If you are a respected neoclassical economist, then [approval] only needs one sign-off, that of your boss. If it's critical, then you go through endless reviews, until the author gives up ... ' (Interview, 2004 February 19; also interview, 2004 February 23).

Mianovic a ainsi principalement publié dans des revues économiques des analyses quantitatives sur la répartition des revenus dans les économies en transition, et son travail était régulièrement transmis à des reviewer extérieurs avant validation. En revanche son travail sur les deux faces de la mondialisation n'a pas été publié dans une revue économique, même s'il a ensuite été publié dans le World Development Report, qui est multidisciplinaire.

Le découragement des discours dissonants

Alors que le Président Wolfensohn lance en 1996 le projet de transformer la BM en « Banque des savoirs sur le développement », impliquant une grande ouverture et une multiplicité des

savoirs, le modèle normatif au sein de la BM semble s'être renforcé lorsque le paradigme néolibéral a connu des attaques suite à la crise asiatique :

« In other words, people who do not project the Bank's paradigm are diminished or ostracized or deemed a 'misfit'. Ellerman (2005) has described the Bank as 'an organization where open debate is not a big part of the culture'. Elsewhere, Ellerman writes of pressures for 'bureaucratic conformity' from the 'thought police to the black sheep in the organization who are not "on message" ' (in Wilks, 2004: 2-3). Stern put it this way: '... there is the strong hierarchy and an atmosphere much more deferential than would be found in universities' (Stern, 1997: 594).

A titre d'exemple, alors que la méthodologie des travaux de Dollar sur la globalisation et la pauvreté a été très attaquée par différents universitaires de Havard, LSE ou Cornwell, aucun doute n'a été soulevé par l'institution. Pourtant, comme le souligne Broad, le simple fait de prendre la Chine et l'Inde comme exemples de bons « globalisateurs » s'inspirant des politiques libérales promues par les IBW portait en soit une certaine contradiction.

Les manipulations de données

Lorsque les résultats ne correspondent pas aux attentes de l'institution, des cas de rédaction de résumés exécutifs « orientés » ont été étudiés. L'un d'eux soutenait ainsi, en opposition avec les résultats effectifs de l'étude, qu'après la crise de 1995 les salaires mexicains s'étaient rapidement rétablis à leur niveau de 1994. Cette fausse affirmation alors été reprise par le Washington Post dans un éditorial soulignant la réussite du TAFTA.

Les projections extérieures

Le département « External Affairs » a vu son budget croître rapidement depuis l'arrivée de Wolfensohn en 1995, pour atteindre 34 millions USD en 2005, soit l'équivalent du budget global du premier think tank américain (« The Heritage Fondation »). Ce département finance des tournées mondiales à certains auteurs, qui peuvent alors donner des conférences de presse pour diffuser leurs travaux, ce qui accroît en retour leur prestige. Pour reprendre un extrait d'entretien cité par Broad:

« If your research 'resonates', then External Affairs helps you become known globally, known within the Bank, more in demand for 1/3 operations time, and more likely to get additional research funding which, in turn, increases your profile (Interview, 2005 June 9).

L'augmentation du budget "External Affairs" s'est accrue à mesure que l'opposition au paradigme neoliberal s'intensifiait, La communication semble donc également avoir été un outil du « *maintenance paradigm* ».

The Knowledge Bank.

Au-delà de l'influence de la DEC sur le champ institutionnel de l'APD et les décideurs publics, le projet de transformer la BM en « *Knowledge Bank* » sur le développement a aussi eu pour vocation d'étendre son influence en se connectant aux capacités de recherches locales.

En 1999, la BM lance ainsi avec plusieurs partenaires (Nations-Unies, gouvernements du Japon, de l'Allemagne et de la Suisse), le Global Development Network (GDN), dont l'objectif est la production, l'échange et la production du savoir au sein de réseaux de recherche

régionaux. L'ambition affichée du GDN est d'encourager les capacités et l'interconnexion des structures de recherche publiques et privées au niveau régional et local, pour faciliter la conception de politiques de développement ancrées dans leur contexte.

Dans l'article « The Knowledge Bank and the Global Development Network », Diane Stone (2003) souligne que ce projet apporte également un éclairage sur les efforts et ressources mobilisés par la BM pour appuyer la création de think tank depuis les années 1990.

En prenant en compte le contexte social dans lequel le GDN se constitue, elle montre comment ce dernier facilite en réalité la diffusion de l'idéologie, du discours et des pratiques de la BM au sein de ces réseaux régionaux.

“Neither ideas nor the research that codifies them are neutral. Accordingly, in this article, I outline a specific form of power –ideational power—that is central to emerging patterns form of global governance. Importantly, the impact of ideas or discourses or knowledge can be greatly magnified when in coalition with broader social and economic forces. Consequently, in the analysis, I draw on some policy network concepts to suggest that creating knowledge and sharing research to promote knowledge agenda and the researchers in their orbit. “Knowledge for development” serves a particular kind of interest—that is, the cognitive interest of researchers in their professional regeneration and advancement into new institutional arrangements such as global policy networks.

Under the auspice of the GDN, research that is broadly supportive of open economies and free markets has been produced and disseminates. Furthermore, it is created predominantly by development economists. Indeed, key objectives of the GDN are cast in the public goods language of economics.” (Stone, 2003, p.1-2).

Le GDN se propose de connecter des réseaux de recherche régionaux qui ont été conçus lors de la décennie précédente: African Economic Research Consortium (AERC) ; Centre for Economic Research and Graduate Education (CERGE-EI) ; East Asian Development Network (EADN) ; Economic Research Forum (ERF)—Middle East and North Africa ; Latin American and Caribbean Economic Association (LACEA) ; South Asian Network of Economic Institutes (SANEI).

En dehors du LACEA et du CERGE-EI Est-européen, ces réseaux ont été développés avec l'assistance du World Bank Development Economic Group. Des « hub » régionaux en Amérique du Nord, Europe et Japon ont également été mis en place avant le lancement en décembre 1999. A partir de 2000, un site web facilite la diffusion du savoir et des programmes de recherche sont lancés, comme le « Global Research Project on Growth », le « Data Initiative », le « Regional Research Competitions » and le « Global Development Awards ».

La sponsorship de ces programmes permet à la BM de construire son image de « Knowledge Bank » et de développer des collaborations avec des centres de recherche et des institutions de développement. Fin 2002, le « Regional Research Competitions » avait financé plus de 10 millions USD de travaux dans le réseau.

Le GDN a ensuite quitté les bureaux de la BM pour devenir une ONG internationale, mais il reste souvent vu comme un « enfant de la Banque » et reste dépendant de ses financements. Plusieurs critiques ont également dénoncé le GDN comme étant un instrument d'influence de la BM s'inscrivant dans une démarche compétitive et normative :

“Some perceived the GDN as a competitor that might « squeeze out » existing initiatives and other donors saw it as unnecessary when development research could be funded directly by donors rather than through the GDN. Some researchers were of the view that the World Bank was ignoring and duplicating effort, was instituting its favored group or policy organizations, and was thereby excluding radical political economy approaches. Other concerns expressed by donor groups revolve around the lack of multidisciplinary, poor transparency in network decision-making, and inadequate representation of user groups; donors and policymakers” (Stone, 2003, p.4).

Stone met également en évidence la fonction normative de l'approche des biens publics mobilisée qui entraîne une « économistation » des savoirs au niveau global :

“The importance of knowledge in development is crucial, but it is necessary to clarify how knowledge is conceptualized or what constitutes knowledge; and the social and political context in which knowledge is produced, evaluated, and transferred. Within the GDN, the dominant conceptualization of knowledge is research undertaken by suitably qualified experts in recognized institutional contexts—that is, research institutes. The GDN promotes technical techne (technical knowledge) and the “skillful production of artifacts and the expert mastery of objectified task.” It is a codified understanding of knowledge that allows meaningful sharing between the highly educated and technically qualified. Not only is the GDN an association of researchers, but knowledge is framed predominantly by the methods and models, professional norms, and standards of economists” (Stone, 2003, p.7).”

Pour Stone cette approche entraîne une profonde re-conceptualisation du processus du développement, qui place le savoir au centre de « politiques basées sur les évidences » qui renforcent l'autorité des chercheurs et experts :

“Placing knowledge (and, more specifically, research) central to the development process is a profound reconceptualization of development not only in the World Bank but also in other development agencies that adopt similar language concerning the benefits of knowledge and research, and the advantages of evidence-based-policy. One implication is that the creation, management, and transfer of knowledge becomes the primary axis or locus for international cooperation on development” (Stone, 2003, p.7).”
“In short, think tanks, institutes and coalitions of researchers are gradually moving from being persuasive societal actors to acquiring, through global networks, policy as well as epistemic authority ». (Stone, 2003, p.8).”

Stone montre ensuite comment la logique de réseau développée par le GDN promeut l'idéologie néolibérale, en diminuant le rôle de l'Etat et en incorporant les acteurs privés dans la production du savoir :

« The embedded knowledge networks framework stresses the ideological functions of technical knowledge and its connections to material interests. The network are composed of “ostensibly private institutions that possess authority because of their publicly acknowledged track records for solving problems, often acting as disinterested “technical” parties in high-value, high-risk transactions, or in validating sets of norms and practices for a variety of services-provisions activities. While this concept was devised to account for the global influence of major bond-rating agencies rather than think tanks, it provides similar emphasis on the importance of authoritative judgment-making that is

built and sustained through trade journals, professional associations and research departments (of investment bank) or consultancies. Aspects of policymaking are privatized to nonstate actors. Embedded signifies that these actors are viewed as legitimate participants in a policy community". (Stone, 2003, p.9)."

Le GDN devient ainsi un instrument d'influence destiné à enrôler des acteurs locaux dans la promotion de l'agenda néolibéral de la BM :

"In other words, GDN knowledge—research results, data, information about best practice—is flavored by the values of the post-Washington Consensus. Think tanks are being engaged in partnerships where a local think tank, or regional network, act as an amplifier of World Bank perspectives and priorities. Specific policy approaches are reinforced by partner organizations in their national context and through the building of regional networks to share information and spread policy lessons. The GDN represents a means for sustaining the neoliberal capitalist order through the reproduction of supportive ideas. (Stone, 2003, p.10)."

Le modèle conduit également à encourager la production de « bonnes pratiques » simultanément au niveau global, national et local, ce qui tend à renforcer le poids de « think tanks » plus facilement à même de faire des déplacements entre ces différents niveaux. Le poids des économistes sur la recherche du GDN est ainsi également renforcé par l'intérêt des acteurs de la connaissance que sont les économistes du développement, mais aussi les consultants et les experts. Ces acteurs ont alors intérêt à promouvoir des solutions qui encouragent le recours à leur expertise, ce qui renforce une fois encore leur autorité :

The professional attempt to secure control over resources, prestige, and position within the network. As noted by one donor representative, the GDN is supply-led (by researchers), rather than demand driven. If researchers are to be suppliers of solutions through policy research, they should define development problems in such a way as to encourage recourse to their expertise...Accordingly, a lack of knowledge is defined as part of the (development) problem. Expert, consultants, and advisers have a professional stake in the "knowledge agenda" of the "knowledge bank" and of other international organizations. (Stone, 2003, p.14)."

Conclusion section 2 :

Cette section éclaire le rôle des acteurs et réseaux néolibéraux dans le processus de performance de l'économie du développement par les théories néoclassiques.

Les travaux d'économie politique réalisés sur l'hégémonie du mouvement libéral montrent ainsi comment s'est constitué un réseau performatif théorique et planifié, soutenu financièrement par de puissantes fondations, qui intègre des think tanks, des médias et des acteurs politiques. Ce réseau d'influence s'avère dès lors en capacité de financer la production de théories fondées sur les principes de l'idéologie néolibérale, d'en assurer la diffusion au travers de discours et textes publiés dans les médias, et d'influencer le contenu des politiques mises en œuvre. Il s'agit d'un réseau sociotechnique constitué d'acteurs humains, et d'objet actants composés de théories, modèles et réformes économiques, qui poursuit un objectif d'économisation fondé sur les principes néolibéraux.

L'exemple de la Commission Meltzer illustre cette capacité d'influence du réseau néolibéral sur les IBW. Alors que le fondement interventionniste des IBW est condamné par les économistes néolibéraux les plus orthodoxes, le mouvement parvient à obtenir la présidence de la Commission du Congrès chargée de proposer une réforme susceptible d'améliorer l'efficacité des IBW et de leur intervention, en particulier en matière de prévention des crises financières.

Alors que des travaux co-publiés par Metzger quelques mois auparavant mettaient explicitement en cause l'intérêt de l'existence des IBW, l'amélioration de leur efficacité devient au centre d'un processus de négociation au sein de la Commission, correspondant à la formulation d'un système d'intéressement. Comme lors de leur conversion aux politiques d'ajustements structurels, cette négociation aboutit à un processus d'enrôlement à l'issue duquel l'activité des IBW est pérennisée en échange d'un renforcement des principes néolibéraux dans la mise en œuvre de leurs activités, tant au niveau du contenu des réformes soutenues que des modes de gestion utilisés. Pour la BM, on retrouve notamment la recommandation d'un recours aux prestataires privés dans la mise en œuvre de l'aide aux services sociaux dans le PED, et d'un recours aux programmes de financement basé sur la performance comme mode de délivrance privilégié de l'aide.

Les travaux de Robert Wade sur le lien entre le département du Trésor américain et la BM montrent comment l'organisation a été conçue dès l'origine comme un élément de la diplomatie étrangère américaine. Le département du trésor américain défend les théories monétaristes dominantes, et surtout les intérêts des multinationales américaines qui bénéficient pleinement des programmes d'austérité budgétaire, de libéralisation et de privatisation dans les PED, qui leur offrent de nouvelles opportunités de marché souvent assorties de situation de monopole. Toutefois, la recherche d'efficacité des politiques de développement en termes de lutte contre la pauvreté se heurte aux intérêts des multinationales américaines, conduisant à une réinterrogation des mythes rationnels associés à ces politiques, et du contenu idéologique des modèles macroéconomique sur lesquels ils sont fondés.

L'opposition entre Joseph Stiglitz, alors chef économiste de la BM, et son prédécesseur devenu Secrétaire Général du Trésor américain, montre le refus de ce dernier d'accepter d'ouvrir ces boîtes noires (par exemple la mise en cause du principe d'efficacité des marchés porté par Stiglitz dans ses travaux sur le rôle des asymétries d'information), ou encore de mettre en cause les mythes rationnels comme la libéralisation financière et les privatisations qui favorisent les intérêts privés américains au détriment du développement économique et social des pays bénéficiaires.

Les débats autour du World Développement Report 2000, publication annuelle phare de la BM, démontrent également la nature d'objet actant de ces publications dans le domaine de l'économie du développement, qui joue un rôle stratégique dans la consolidation du réseau.

L'augmentation du budget de communication de la BM pour résister à la mise en cause des mythes rationnels par le monde académique témoigne également du rôle central de la BM dans la promotion des politiques de développement néolibérales

Le contrôle négatif exercé par le Trésor américain sur le management de la BM semble également démontrer une utilisation des dynamiques institutionnelles du champ de l'APD par le réseau. En effet, alors que le gouvernement américain a la capacité d'exercer un contrôle

direct sur la Présidence de la BM, l'octroi d'une relative indépendance confère à l'organisation une neutralité qui valorise sa position d'organisation de référence au sein du champ institutionnel. Ce constat semble démontrer une stratégie d'influence du gouvernement américain sur le champ institutionnel de l'APD en utilisant les IBW et les banques de développement régionales.

Alors que la composition du conseil d'administration et les statuts de ces organisations permettent d'afficher une certaine indépendance et neutralité face au gouvernement américain, des systèmes de contrôle (formels et informels) permettent à ce dernier d'utiliser sa position centrale pour promouvoir ses intérêts.

Toutefois, comme le souligne Wade, cette utilisation des organisations au service du soft power américain octroie à la BM une certaine indépendance, permettant le recrutement de Stiglitz et de Kanbur, qui ont ainsi pu pousser leur agenda à l'intérieur de l'organisation, puis bénéficier d'un large écho à l'extérieur.

Ces dernières années, la nomination de nouveaux chefs économistes issus des pays émergents asiatiques (Chine et Inde) atteste également d'une certaine perte d'influence des économistes américains sur les travaux théoriques de la BM. La publication de thèses critiques au courant de recherche dominant par d'anciens responsables de la BM se retrouve ainsi aujourd'hui dans l'ouvrage de l'Indien Kaushik Basu (2017). Chef économiste de la BM entre 2012 à 2016, son livre intitulé « Au-delà du marché : vers une nouvelle pensée économique », défend la thèse d'une « colonisation de l'avenir »¹⁵ par les multinationales, en établissant un parallèle avec la colonisation historique de l'Inde par l'Empire Britannique. Toutefois ces éléments ne semblent pas suffisants pour entraîner une réorientation de l'agenda interne du département recherche de la BM.

En janvier 2018, la démission de Paul Romer connu pour ses travaux sur la croissance endogène, après 15 mois comme Chief economist de la BM souligne à nouveau le biais idéologique et le manque d'indépendance des activités de recherche de la BM. Selon le Financial Time, les principales critiques formulées par Paul Romer sont les suivantes : "the use of "obviously fabricated data", "shameless self-promotion" by colleagues and an "Internal Justice Bureau".

L'étude qualitative de Broad met également en perspective, à travers une analyse du fonctionnement interne de la BM, plusieurs dimensions de la performativité mobilisées dans notre cadre d'analyse.

Elle décrit tout d'abord le processus d'enrôlement du département de recherche de la Banque Mondiale par le réseau néolibéral. En partant d'une proximité idéologique exploitée par le réseau, illustrée par le refus de participer au plan de développement indien qui sera parallèlement salué comme une victoire lors d'une conférence de la MPS (1958), l'enrôlement se renforce à la faveur de la mise en place des crédits d'ajustements structurels.

Alors que le renforcement du pouvoir de la BM à travers la mise en œuvre des crédits d'ajustements structurels constitue un dispositif d'intéressement de l'organisation qui permet son enrôlement par le réseau néolibéral, Broad montre comment le fonctionnement interne a

¹⁵ Kasushik Basu, jeudi 18 mai 2017, conférence "Colonisation de l'avenir" : quelle économie pour demain ?" – Agence Française de Développement

permis l'enrôlement individuel de certains chercheurs. Le recrutement, la promotion, les règles de publications, le découragement des discours dissonants, les manipulations de données et les possibilités de projections extérieures, constituent un système d'incitations positives et négatives qui encourage la production de travaux et discours néolibéraux, et réprime l'interrogation des boîtes noires et des mythes rationnels.

Les profils présentés illustrent cet enrôlement d'acteurs de la recherche au sein du réseau. Anne Krueger prend ainsi la direction du département de recherche en 1982 dont elle renforce le contrôle idéologique, ce qui lui permettra de devenir Directrice générale adjointe du FMI entre 2001 et 2006. L'ascension de David Dollar, économiste américain néoclassique assurant la promotion des thèses néolibérales, connu pour son article fondateur sur l'allocation basée sur la performance, deviendra chargé des opérations de la BM en Chine, avant d'y représenter le département du trésor US. Lawrence Summers, chef économiste de la BM de 1991 à 1993 deviendra secrétaire au trésor US de 1999 à 2001, puis Président de l'Université Havard et directeur du Conseil Economique National de la Présidence entre 2009 et 2010.

Ces travaux présentent également l'influence des chercheurs sur les programmes opérationnels, qui met en perspective l'extension du système d'incitations au niveau des programmes. Les agents opérationnels de la BM sont ainsi partiellement évalués sur la base de leur capacité à assurer la valorisation théorique des projets mis en œuvre. Le plus souvent dotés de PhD, majoritairement économistes, ils sont incités à collaborer avec les chercheurs sur des projets théoriques, ou à communiquer sur le succès des approches mises en œuvre. Chaque agent est ainsi poussé à se conduire en entrepreneur institutionnel en assurant le renforcement des boîtes noires et/ou la promotion des packages rationnels diffusés par la BM.

Broad montre également la domination progressive du département de recherche de la BM sur le champ international de l'économie du développement. D'un budget supérieur au principal think tanks américain, le département assure la fonction de recherche pour certaines organisations comme l'Organisation Internationale du Commerce, et influence directement les travaux des Banques régionales de développement.

Cette hégémonie lui permet d'exercer une double performativité : une performance théorique par la production de publications académiques qui influencent les recherches en économie du développement, une performativité institutionnelle en diffusant des réformes et approches managériales issues de ces recherches. La diffusion de mythes rationnels par la BM est notamment facilitée par le passage de nombreux responsables d'organisations multilatérales et bilatérales au sein de l'organisation, expérience elle-même valorisée comme facteur d'efficacité et donc de réussite au sein du champ.

Les travaux de Stone sur le projet « Knowledge Bank » de la BM complètent l'illustration de sa maîtrise des logiques performatives associées à la production et à la diffusion de savoirs sur le champ de l'aide au développement. Stone montre comment la BM a financé et accompagné la création d'un réseau de think tanks dans ses principales zones d'intervention, par création ou enrôlement de structures existantes. Après avoir créé ce réseau, sa gestion a été confiée à une ONG indépendante afin de lui donner une apparente neutralité, alors même que les structures de gestion et les programmes de recherche restent en grande partie financés par la BM, notamment au travers d'appels à projets. Là encore, cette indépendance affichée donne une image de neutralité qui favorise le processus d'institutionnalisation et la diffusion isomorphe d'idées et de discours au sein des pays ciblés.

Par ailleurs, Stone montre que le projet encourage la création d'un modèle de production de savoir sur le développement fondé sur les principes néolibéraux, puisqu'il favorise la participation d'acteurs privés, académiques et associatifs, sans s'appuyer sur les Etats. Elle met ainsi en perspective le caractère performatif des savoirs qui sont produits et diffusés par le réseau, qui valorise principalement les modèles techniques et économiques comme solution au développement.

En sciences de gestion, Anisette (2006) démontrera également l'absence de mécanisme interne de redevabilité prenant en compte les résultats en matière de lutte contre la pauvreté. A l'inverse, les responsables de cette organisation sont redevables (i) aux pays membres qui lui procure sa capacité de refinancement à faible coût sur le marché, et (ii) au marchés sur lesquels elle assure son refinancement.

Le rôle des acteurs étudiés dans cette section, et en particulier celui de la BM, démontre que les deux types de performativité mobilisées dans notre cadre d'analyse sont complémentaires pour analyser la stratégie d'influence du réseau néolibéral sur les programmes d'aide au développement.

Section 3 : Les pays en développement comme laboratoire d'expérimentation – la performance des programmes de développement

L'objectif de cette section est d'étudier la performativité du réseau néolibéral au niveau opérationnel, à travers les politiques et programmes mis en œuvre par les IBW, l'USAID, les Banques Régionales de développement, les acteurs associatifs et privés du réseau.

1. Le Chili comme laboratoire des politiques macroéconomiques

Un premier éclairage sur le rôle des théories économiques dans la mise en place des politiques de développement au Chili est donné en 1995 par Juan Gabriel Valdès dans l'ouvrage : « Pinochet's Economists: The Chicago School in Chile ». Issue d'une analyse extensive des archives de l'US Agency for International Development (USAID) et des fondations Rockefeller et Ford, ce travail de sciences politiques démontre, dans une perspective historique, l'influence des théories monétaristes de l'école de Chicago dans la mise en place des politiques néolibérales suivant le coup d'état d'Augusto Pinochet. La volonté de rupture avec les politiques redistributives mises en place par le régime de Salvador Allende, et la nature autoritaire du nouveau régime, vont permettre à plusieurs économistes chiliens formés à l'Ecole de Chicago d'expérimenter dans leur pays les théories monétaristes.

A partir du milieu des années 1970, soit avant les élections de Margaret Thatcher (1979) et de Ronald Reagan (1980), le Chili est ainsi présenté comme un laboratoire des politiques néolibérales, qui seront mises en place avec le soutien de la coopération américaine (USAID) et des fondations privées.

En 2006, dans l'article "The influence of organized neoliberalism before, during and after the Pinochet dictatorship", Karin Fisher (2006) offre une analyse plus proche de notre cadre, en particulier de l'ANT. A travers une description très détaillée, elle présente la construction d'un réseau d'intellectuels néolibéraux chiliens influents, proches ou issus de l'Ecole de Chicago, qui ont assuré la co-construction et la promotion du projet néolibéral :

“In spite of the considerable research that exists on the role of the “Chicago boys” (in particular Valdés, 1995), the role of neoliberal intellectuals and the significance of the mobilization of a particular set of ideas is a factor that needs to be more fully considered when explaining Chile’s road to neoliberalism. I will argue that in order to improve our understanding of the role of intellectuals and ideas it is necessary to re-examine the (changing) roles and social positions of neoliberal intellectuals before, during and after the Pinochet dictatorship” (Fischer, 2006, p.1)”.

1/ Avant le coup d’Etat d’Augusto Pinochet en 1973.

Dans les années 1950, le Chili accueille le siège de la Commission Economique des Nations Unies pour l’Amérique Latine (ECLA), qui assure alors la diffusion du paradigme de la « modernisation » (Rostow) en Amérique latine. Dès lors, le pays va attirer les approches critiques concurrentes et ses universités devenir un lieu de confrontation entre les théories du développement, en particulier entre la théorie de la dépendance prônant la substitution des importations (Prebisch 1950, 1961) et les théories néolibérales.

C’est ainsi dans une logique de confrontation que l’Ecole de Chicago a développé ses activités au Chili dès 1956 à travers un programme de collaboration avec l’Université Catholique soutenu par la BM, puis avec le soutien de différentes fondations privées et institutions chiliennes. Cent cinquante étudiants seront ainsi formés à l’Ecole d’Economie de Chicago en trois décennies. Selon Haberger (1999) souvent considéré comme le « père des Chicago Boys », les étudiants d’Amérique Latine représenteront un tiers des étudiants de l’Ecole d’Economie de Chicago dans les années 1960.

Fisher montre comment la conception du projet d’expérimentation néolibérale se prépare au Chili dès les années 1960, alors que les économistes formés à Chicago obtiennent des positions de pouvoir dans l’administration du Président Edouardo Frei, en particulier au sein de la Banque Centrale, de l’Agence chargée du budget, ou du bureau chargé de la planification (ODEPLAN).

Alors qu’un affaiblissement conduit les conservateurs et les libéraux à soutenir le démocrate-chrétien Edouardo Frei pour éviter l’élection de Salvador Allende, une restructuration de la droite s’articule dans les années 1960 autour de deux projets : la création du Parti National en 1966, et la naissance du mouvement « gremialista » qui émerge au sein de l’Université Catholique.

Face aux réformes politiques de gauche, en particulier dans l’éducation, Fischer montre comment les intellectuels néolibéraux se sont alliés et ont influencé le mouvement corporatiste « gremialista », dont certains leaders ont été formés à l’école de Chicago et avec lequel ils partagent une forme d’antiétatisme. Conçu par le Professeur de Droit à l’Université Catholique Sergio Guzman, qui deviendra un des principaux leaders intellectuels du régime militaire, cette alliance constituera l’un des principaux fondements idéologiques permettant le recrutement puis la mobilisation d’acteurs en faveur du coup d’Etat.

Suite à l’élection de Salvador Allende en 1970, la menace de nationalisations conduira en particulier différentes fédérations industrielles et conglomérats intégrant des organes de presses, puis certains officiers navals qui seront les promoteurs de la politique néolibérale du futur gouvernement militaire, à rejoindre ce réseau.

Cet épisode démontre que l'application du programme néolibéral par les « Chicago Boy's » est le fruit d'une longue et progressive implantation d'un réseau au Chili, qui a su construire un discours évolutif adapté au contexte, et réaliser des compromis pour construire un réseau d'acteurs décidés à mettre en place de façon autoritaire les expérimentations recherchées.

2/ Les réformes économiques du gouvernement d'Augusto Pinochet.

Le coup d'Etat militaire de septembre 1977 place au pouvoir un gouvernement militaire constitué d'une coalition d'acteurs divers contre le Parti d'Unité Populaire de Salvador Allende. L'orientation économique oppose en particulier la Marine proche des néolibéraux, et l'Armée de terre en charge du travail et des affaires sociales, plus favorable à une politique mixte voulue par différentes corporations ayant soutenu le coup d'Etat.

Il faudra deux années supplémentaires aux néolibéraux pour parvenir à une position d'autorité au sein du gouvernement dirigé par la junte militaire, même si d'importantes mesures, comme la restitution des sociétés nationales privatisées, la compensation des multinationales et la libéralisation des prix, seront prises dès le début.

Toutefois, dans un contexte de choc pétrolier et d'austérité budgétaire, la difficulté d'amélioration des fondamentaux macroéconomiques offrira une opportunité aux néolibéraux et à « gremialistia », qui auront la charge de réformer l'économie à partir de 1975. La Marine et l'Armée de terre se voient alors confier la direction des portefeuilles économiques, généralement codirigés par un militaire et un sous-secrétaire civil nommés par Pinochet et issus du Bureau de la planification (ODEPLAN). Cette organisation fonctionnera alors comme un important think tank pro-libéral chargé des expérimentations économiques, alors que le lien direct avec Pinochet permettra une continuité malgré les remaniements ministériels. Les principaux économistes néolibéraux obtiennent également le Ministère de l'Economie, celui des Finances et la direction d'ODEPLAN.

Fisher souligne les facteurs ayant facilité cette adoption du projet néolibéral par Pinochet. Les interventions de membres de la MPS, notamment de Milton Friedman dont la visite en 1974 sera suivie de recommandations préconisant des coupes budgétaires, une réforme monétaire et l'ouverture des marchés, convaincront Augusto Pinochet de sa pertinence pour résoudre la crise. La proximité des économistes néolibéraux et « gremialistia » avec les équipes des institutions internationales faciliteront également la négociation d'un soutien du FMI au Chili en 1974, alors que le recours à d'autres investisseurs comme ceux du Club de Paris auraient nécessité une amélioration de la politique nationale en matière de respect des droits de l'homme. Enfin le modèle néolibéral permettait à la junte de ne pas restaurer une oligarchie économique, qui aurait pu limiter son monopole du pouvoir politique.

Le programme mis en œuvre par les néolibéraux intégrait une libéralisation des services financiers ainsi qu'une nouvelle vague de privatisations. Un contrôle des changes a cependant été réintroduit en 1976 pour limiter l'inflation. L'accès aux crédits étrangers a permis de faire face à l'augmentation des importations et du chômage, alors que des cours des matières premières améliora la balance des paiements.

3/ La modernisation sociale néolibérale et la constitutionnalisation de la « liberté autoritaire ».

Fischer montre qu'après le rétablissement des fondamentaux économiques, déclaré achevé en 1979 par A. Pinochet, un important chantier de modernisation de l'Etat correspond à

l'expérimentation au Chili de la théorie des choix publics de Buchanan (1962, 1972, 1976, 1978, 1979, 1984) et Tullock (1962, 1972, 1976), et à la réalisation d'une nouvelle constitution directement inspirée des principes défendus par Hayek (1960) dans « The Constitution of Liberty ».

“The new program became known as the “seven modernizations” and included a new Constitution and institutional reforms to labor, education, health, regional decentralization, agriculture and justice policies. The whole social structure of the country [was] opened up as a potential field for experimentation, based upon the pure truth of rational choice and the calculus of marginal utility” (Fischer, 2006, p.17).

Les travaux de l'Ecole de Virginie sur la théorie économique du gouvernement ont ainsi fortement influencé les politiques sociales. Buchanan et Tullock se sont fondés sur les modèles de régulation développés par Stiler (1971) et Posner (1974) pour formuler une théorie économique universelle de sciences politiques (1962, 1972). La théorie analyse la façon dont les décisions politiques sont prises par des coalitions d'acteurs suivant leurs intérêts particuliers, ce qui génère leur inefficience. Pour reprendre Buchanan (1979, p.178) “We can summarize public choice as a theory of governmental failure”.

L'article de Buchanan, présenté lors de la conférence de la MPS en 1981 à Vina del Mar au Chili, légitime ainsi le rôle autoritaire et régulateur du gouvernement Pinochet à travers la théorie des choix Publics :

“Public choice theory seeks to limit democracy and to depoliticize the state in order to enable unconstrained “market forces” to guide human interaction way beyond a more narrowly confined economic sphere. Since the Pinochet regime was committed to use its governmental powers in precisely this manner, Buchanan’s paper in fact provided theoretical support for the regime even if it did not openly endorse authoritarian rule” (Fischer, p.18).

Buchanan et Tullock, mais également Friedman et Hayek furent ainsi régulièrement invités au Chili pour accompagner la mise en place des réformes à travers des conférences.

La mise en œuvre des réformes sera principalement pilotée par José Piñera, membre de la MPS et Ministre en charge de la réforme du travail, des privatisations et du système de sécurité sociale. Pour lui ces réformes créent : « Les bases d'une nouvelle réalité politique, économique et sociale¹⁶ ». L'organisation de conférences répond ainsi à la nécessité de réaliser un travail de propagande auprès des militaires, des conseillers, et des fonctionnaires pour les encourager à réaliser les réformes :

“In his vision, the entire government was transformed into a huge university, featuring continuous conferences, educational meetings, lectures for the military academies, and generating a high volume of papers to read (Piñera 1990, 1992; see also González-Rossetti et al. 2000). In the public sphere, the new measures were presented as the only possible and promising answer to the current economic situation. A totalizing neoliberal utopia of a society self-regulated by the market seemed to be just within reach, fostered by a military regime with absolute political power” (Fischer, 2006, p.19).

¹⁶ the basis of a new political, economic, and social reality” (Interview in *Qué Pasa*, 27 December 1980)

Plusieurs travaux ont décrit les réformes de la sécurité sociale, qui ont été réalisées avec l'objectif de remplacer les sécurités publiques et collectives contrôlées par l'Etat, par un marché de contrat individuel privé (Foxley, 1986 ; Pinera, 1990, 1992 ; Mönckeberg et Maria, 2001). A titre d'exemple les négociations syndicales ont été limitées au profit de négociation individuelle, et la gestion du système de retraite a entièrement basculé vers le secteur privé.

Durant cette phase de réformes, les travaux de l'Ecole de Chicago seront par ailleurs toujours mobilisés pour d'autres réformes, comme la dérégulation de l'usage foncier à Santiago, réalisée sur la base des travaux sur la régulation de Harberger (1959, 1963, 1982).

Si ces réformes ont fortement affaibli les politiques redistributives de l'Etat, elles ont parallèlement renforcé l'autorité de la Junte, en bénéficiant principalement aux conglomérats nationaux et groupes privés qui entretenaient une relation étroite avec Pinochet.

La rédaction d'une nouvelle Constitution Nationale est également réalisée en 1980 par Sergio Guzman. Selon Vergara (1985) le draft final est suivi, au niveau du cabinet de Pinochet, par un membre de la MPS et sera remis pour relecture à Hayek. De fait, elle s'appuie sur la vision néolibérale de la liberté défendue par la Hayek dans « The Constitution of Liberty », mettant en avant les libertés de propriété, d'entreprendre et les droits individuels, qui doivent être protégés des « attaques totalitaires » ou des « interventions démocratiques » à travers le respect de la règle de droit (Valdes 1985).

La constitution reprend la distinction d'Hayek entre l'autoritarisme et le totalitarisme, qu'il exposa en 1981 dans une interview à un journaliste vénézuélien du « Daily Journal » en réponse à une question sur les gouvernements totalitaires d'Amérique latine : *“Don't confuse totalitarianism with authoritarianism. I don't know of any totalitarian governments in Latin America. The only one was Chile under (former Marxist president Salvador) Allende. Chile is now a great success. The world shall come to regard the recovery of Chile as one of the great economic miracles of our time”* (Ebenstein 2000, p.300).

Il précisera également la même année, dans une interview avec le quotidien chilien « El mercurio » une position néolibérale face à la dictature : *“A dictatorship can restrict itself and a dictatorship which deliberatively is restricting itself can be more liberal in its policies than a democratic assembly which has no limits”*¹⁷ (Hayek 1981).

La nouvelle constitution effective en avril 1981 intègrera ainsi une conception néolibérale de la liberté, qui justifie la limitation de la démocratie et le recours à l'autoritarisme pour en protéger les fondements.

4/ La crise économique et le retour de l'interventionnisme étatique ouvre la voie aux ajustements structurels

En 1982 le Chili connaît une crise économique dont les principaux facteurs généralement admis sont la chute des cours du cuivre, première ressource d'exportation du pays, et la libéralisation des services financiers associés aux surendettements des conglomérats. La faible croissance, le déficit de la balance des paiements et l'augmentation des taux d'intérêt

¹⁷ Spanish original: “Una dictadura se puede autolimitar y una dictadura que deliberadamente se autlimita puede ser más liberal en sus políticas que una asamblea democrática que no tiene límites.” (Interview with F.A. Hayek, El Mercurio, 19th of April, 1981)

entraînent l'insolvabilité de nombreuses firmes, la faillite de seize des cinquante institutions financières et la disparition des conglomérats les plus endettés.

Cette crise obligea le gouvernement à transférer au secteur public d'importantes quantités de dettes privées et à nationaliser de nombreuses entreprises. Un nouveau gouvernement plus souple avec les principes néolibéraux est nommé en 1982. Il procède à une dévaluation du Pesos, à une augmentation des tarifs douaniers, à une baisse du coût du travail et au soutien du secteur agricole. Sans remettre en cause la stratégie de croissance par les exportations, une approche sectorielle est mise en place.

Le besoin de financement extérieur oblige le Chili à reprendre les négociations avec le FMI et les créanciers internationaux. Après plusieurs négociations, le FMI et la BM soutiendront l'intérêt des financeurs internationaux accordant trois crédits à l'ajustement structurel en 1985, 1986 et 1987, assortis de conditionnalités visant à élargir le programme de privatisation et à diminuer le déficit public.

Ces plans ouvriront ensuite la voie aux ajustements structurels des autres pays touchés par la crise de la dette, comme le souligne Fischer (2006, p.26) en citant une interview réalisée avec un cadre du FMI :

“it was Chile that helped pave the way for the management of the debt crisis in favor of the interests of international lenders, which subsequently put pressure on the other highly indebted countries in Latin America, Africa and Eastern Europe to pursue a similar path. The “plan chileno” promoted the principle “negotiations instead of confrontation,” and introduced new programs like the structural adjustment loans and debt swaps that were later employed in Mexico, Venezuela, the Argentine and Brazil. In affirmation, Hernán Somerville, chief foreign debt negotiator from 1983 to 1988 and a high banking official after the Pinochet regime, confirms that the “plan chileno” had been the blueprint for the Brady Plan (Somerville 1992, 114)”.

Malgré des concessions en matière de contrôle des changes, de régulation financière et de soutien à certains secteurs, le modèle néolibéral ne sera pas remis en cause. Il sera même poursuivi par ses opposants à l'issue de la transition démocratique d'octobre 1988 :

« Chile’s social structure had been substantially transformed in ways which seem to confirm the argument of neoliberals that only a profound change in the culture and value system (rather than more ephemeral institutions) would prove adequate to protect the neoliberal trajectory. It can be considered the final and real triumph of the transformational project of the neoliberals that former opponents eventually came to embrace it, thereby endowing it with enhanced legitimacy (Fischer, 2006, p.28).

Bien que les néolibéraux aient été évincés des sphères de pouvoirs, l'article précise comment nombre d'entre eux se sont ensuite spécialisés dans la production de services (think tanks et cabinets de conseil) spécialisés dans la diffusion des pratiques mises en œuvre durant cette période.

Analyse à travers notre cadre d'interprétation :

Le cas du Chili exposé par Fischer montre dans un premier temps comment le réseau néolibéral a investi dans la formation de hauts responsables chiliens, sur lesquels il s'est ensuite appuyé pour intégrer un réseau local d'acteurs opposés à l'émergence du parti et du

gouvernement dirigé par Salvador Allende. Ce réseau s'est appuyé sur les théories néolibérales (et le mouvement « gremialista ») pour proposer un projet de transformation de la société chilienne à même d'enrôler les principales forces d'oppositions politiques, les conglomerats et les multinationales victimes des nationalisations, qui ont alors pu renverser le régime de Salvador Allende par un coup d'Etat.

La mise en place de ce projet a ensuite permis au mouvement néolibéral d'expérimenter ses théories dans le cadre d'une collaboration avec le gouvernement autoritaire d'Augusto Pinochet. Cette expérimentation est effective tant au niveau des politiques économiques, qu'au niveau des politiques sociales et de la conception du principe de liberté dans la nouvelle constitution.

Les échecs initiaux qui pourraient être associés à l'accentuation de la crise économique ont par ailleurs entraîné des réajustements et compromis permettant de consolider les principes néolibéraux de gouvernement. Les transformations de la société générées par cette performance ont profondément modifié le fonctionnement économique et social du Chili, ce qui explique la non remise en cause de ces principes par les nouveaux gouvernements après la transition démocratique.

Au niveau international, cette expérimentation offrira ensuite au mouvement néolibéral une vitrine lui permettant d'afficher sa rationalité pour favoriser sa diffusion dans d'autres pays. La mise en place de cette « performance expérimentale » a également été favorisée par les interventions du FMI et de la BM alors proches des néolibéraux. Ces institutions s'appuieront à leur tour sur l'exemple Chilien pour la mise en place des plans d'ajustements structurels dans les pays en développement.

Ce cas illustre ainsi parfaitement les processus d'extension d'un réseau socio technique décrit par Callon (1986). La « problématisation » permet la construction d'une opposition commune qui aboutit à une expérimentation gouvernementale, la fourniture de ressources humaines théoriques et monétaires permet « l'intéressement » des nouveaux acteurs dominants, puis « l'enrôlement » et la « mobilisation des alliés » se met en oeuvre à travers le déploiement des politiques et la réforme constitutionnelle.

Par ailleurs, l'expérimentation de la théorie des choix publics de Buchanan, également présentée comme une théorie économique de gouvernement, marque l'apparition d'un processus d'économisation des politiques sociales s'opposant à leur dimension politique. Au-delà d'une légitimation des réformes menées pendant les ajustements structurels, ces théories ont donc eu un rôle de performance à long terme sur l'aide au développement, car elles préfigurent la conception technique de programmes de développement comme les DSRP, qui seront soumis à la validation des IBW sans que les transitions électorales des pays concernés n'aient d'influence.

Cette vision technique du gouvernement constitue également un formidable système d'intéressement pour les IBW et plus globalement pour les acteurs internationaux du développement, car elle place la légitimité du pouvoir politique dans la maîtrise économique et technique que ces organisations sont censées détenir.

L'expérimentation de ces théories, qui conçoivent la gestion publique à travers les outils de la microéconomie, constitue également le point de départ d'une vision économique des secteurs sociaux. La BM va ainsi appuyer son expansion sur l'économisation de ces secteurs, et

deviendra par exemple le premier acteur financier de la santé internationale au début des années 1990. Elle ouvre également la voie au tournant micro-économique et aux approches gestionnaires de politiques publiques de développement, qui sont alors sommées de démontrer leur recherche d'efficience.

2. Le programme microfoncier de lutte contre la pauvreté au Pérou

En 2005, Mitchell s'intéresse à l'utilisation des programmes de développement comme laboratoire des politiques économiques promues par le mouvement néo-libéral. Dans l'article "The Work of Economics: How a Discipline Makes its World", Mitchell (2005) étudie la façon dont un programme de réforme du microfoncier au Pérou sera expérimenté par les réseaux néolibéraux au Pérou avant d'être diffusé à d'autres pays comme l'Égypte.

Le travail de Mitchell s'inscrit dans le programme sur la performance (Callon et al, 2002) et vise à illustrer le lien entre « l'économie » en tant que science et « l'objet » qu'elle tente d'appréhender. Suivant ses précédents travaux (1998, 2002), Mitchell conçoit l'économie comme le produit d'une pratique socio-technique récente.

Le cas étudié constitue pour Mitchell une expérimentation économique « in the wild » suivant la perspective proposée par Callon :

"Economics takes place not just as an academic discipline, but in the design and marketing of goods, in the calculations and forecasting of reserve banks and investment houses, in the case studies of business schools and law schools, in the programs of political think tanks, and in the policies of international development organizations".
(Mitchell 2005, p.3)

L'article s'intéresse au rapport d'évaluation du projet "Urban Property Rights Project in Peru" financé par la Banque Mondiale (World Bank, 2004), qui cible le problème de l'habitat informel qui se développe dans les villes des pays en développement sous l'effet de l'exode rural. L'objectif est de permettre aux habitants de ces quartiers d'être propriétaires de leur lieu de vie informel, ce qui doit leur permettre d'accéder au crédit et donc à l'entrepreneuriat.

Il s'appuie sur une vision néolibérale fondée sur le principe de la libre propriété (et la théorie des droits de propriétés), suivant laquelle l'économie informelle est générée par la sur-réglementation de l'État qui limite la possibilité d'entreprendre, ce qui engendre la pauvreté. Pour ces concepteurs, la simple intégration de nouvelles propriétés dans l'économie formelle permet la libération d'un immense capital jusqu'ici neutralisé (death capital). De plus ce capital est donné aux plus pauvres qui sont perçus comme des entrepreneurs capitalistes naturels entravés par la bureaucratie (de Soto, 1989, 2000).

"The government and the World Bank believed that creating property owners offered a simple and inexpensive means to end widespread poverty. Holding formal title would enable ordinary people to use their homes as collateral for loans. The loans would provide capital for starting small enterprises, enabling every household to produce potential entrepreneurs. Formalization would also increase the value of the property, in the case of Peru perhaps doubling the price of the average 100 square meter lot. By spending only \$66 million (\$38 million borrowed from the World Bank, and the balance from its own revenues), the government would create \$1.75 billion in economic benefits (World Bank 1998, 9)" (Mitchell 2005, p.4).

Le programme est élaboré à partir du projet pilote réalisé par l'Institut Liberté et Démocratie (Instituto Libertad y Democracia), fondé par l'économiste du développement de renommée internationale Hernando de Soto, qui a procédé à la délivrance de 200 000 titres formels. Le programme national sera ensuite soutenu par la BM et vise la « régularisation » de 90% de l'habitat informel du pays. Il avait permis la délivrance de 920 000 titres supplémentaires lors de l'évaluation en 2004.

Le programme n'a pas eu l'effet attendu sur la croissance et l'endettement, qui augmentera ultérieurement mais suite à l'instauration d'une subvention des petits crédits immobiliers accordée par l'Etat. Toutefois, il aurait eu d'autres effets positifs sur le mode de vie des habitants. Suivant une étude financée par la BM (Field, 2003), le fait de devenir propriétaire permet de générer une augmentation du nombre d'heures de travail moyen des membres du foyer pouvant atteindre 40%, tout en entraînant une diminution du nombre d'heures de travail des enfants de 28%. L'auteur explique ces évolutions par une raison intuitive : l'absence de titres de propriété encourage les adultes à rester à la maison pour la protéger.

Ces résultats tendent également à confirmer les thèses de Peter Bauer, le principal théoricien des thèses néolibérales sur le développement économique, pour lequel les citoyens du tiers monde sont des entrepreneurs naturels, limités dans leur propension à travailler dur et à faire du profit par les interventions subversives de l'Etat colonial puis planificateur (Bauer, 1958, 1957, 1981).

Les résultats ont dès lors reçu un écho international extrêmement positif : *“Alan Krueger, a senior economist at Princeton University, devoted a column in the business section of the New York Times to the paper's findings (Krueger 2003). Another well known economist, Bradford DeLong at the University of California, Berkeley, singled out the same paper on his widely read weblog for making him "extremely hopeful about the future of economics" (DeLong 2003) » Mitchell, 2005, p.6”*

Sur la base des résultats de ce programme, dont les premiers sont présentés par Hernando de Soto (2002) dans son ouvrage « The Mystery of capital », dont la publication sera soutenue par Milton Friedman et Margareth Thatcher, l'Institut Liberté et Démocratie sera convié à appuyer de nombreux gouvernements pour la mise en place de programmes similaires dans de nombreux pays en développement, notamment au Mexique, aux Philippines et en Egypte.

Toutefois, ces conclusions paraissent peu vraisemblables à Mitchell, qui souligne les faiblesses suivantes : (i) aucune autre étude ne met en avant l'impact du titre de propriété sur la sécurité, alors qu'une étude de la BM souligne à l'inverse la qualité de l'organisation des habitats informels au Pérou, qui regroupent souvent des populations issues du même village, (ii) l'étude ne mentionne aucun élément sur la source des emplois supplémentaires nécessaires à l'augmentation des heures de travail, alors même que l'expérience se déroule en période de crise économique, et (iii) l'étude ne prend pas suffisamment en compte les différences entre les différentes zones d'implantation du programme.

Mitchell étudie alors les conditions de mises en œuvre et d'évaluation du programme, avant de mettre en cause ces résultats, notamment à cause du choix des lieux associé à une implémentation progressive, qui n'a pas été sélectionné de manière aléatoire mais en fonction de la facilité d'accès et de la faisabilité des régularisations.

a) Les premières phases ont ainsi été mises en place dans les lieux où les populations sont installées depuis plus longtemps et où la proximité et les conditions d'accès avec le centre-ville facilite le travail extérieur.

b) La phase d'expérimentation pilote a par ailleurs été mise en œuvre par l'Institut Liberté et Démocratie d'Hernando de Soto, qui était alors premier conseiller du Président Fujimori, dont le succès du programme était stratégique pour obtenir la confiance des partenaires internationaux. Il y avait donc une grande incitation à ce que les premiers lieux d'expérimentation soient choisis pour favoriser un résultat positif sur le développement du crédit.

c) Le programme de titrisation a été au départ présenté dans l'ouvrage de Soto « Another Path » (1982) comme une réponse néolibérale au projet de redistribution marxiste du sentier lumineux. Les deux tiers des derniers foyers ciblés sont ainsi localisés dans des villes de montagne qui ont connu la guerre puis des programmes d'aide internationale et des mesures de soutien spécifiques du gouvernement. Ils auraient donc moins d'opportunités et d'incitation à travailler à l'extérieur.

Sur la base de cette analyse, Mitchell souligne que les résultats des enquêtes entre les populations concernées par les différentes étapes ne peuvent être comparés puisqu'elles vivent dans des contextes très différents. Ces différences entre les populations concernées expliqueraient donc mieux les résultats sur le temps de travail, que l'hypothèse d'une nécessité de protéger son domicile en l'absence de titre de propriété.

Analyse à travers notre cadre d'interprétation

Mitchell montre comment les résultats de l'expérimentation ont été « fabriqués » par un réseau d'acteurs pour accréditer les thèses néolibérales, puis communiqués de manière à favoriser leur diffusion dans différents pays.

Dans un contexte de déploiement des politiques néolibérales au niveau microéconomique, on retrouve également dans ce cas les processus de problématisation permettant de positionner différents acteurs au sein d'un dispositif commun, d'intéressement mettant en jeu des incitations, puis d'enrôlement et de mobilisation d'un réseau sociotechnique proposé par Callon (1986).

Hernando de Soto a grandi à Genève et travaillé pour le General Agreement on Tariff and Trade, avant de diriger le Conseil international des pays exportateurs de cuivre. En 1979 il rencontre Hayek lors de l'une de ses missions à Lima, avant que le mouvement ne l'accompagne techniquement et financièrement dans la création de l'organisation « Institut Liberté et Démocratie », dont le premier projet sera celui de la « titrisation ».

Il sera également formé par une organisation néolibérale à Washington avant de devenir le premier conseiller économique du Président Fujimori dans les années 1990, auquel il propose un programme néolibéral de microfoncier répondant au sujet de la redistribution agraire agité par les rebelles du « Sentier lumineux », en proposant de libérer un important « capital immobilisé » avec un investissement très faible du gouvernement. La mise en place de la phase pilote est ensuite appuyée par l'USAID, et son extension sous forme d'un programme national financé par la BM.

Le mouvement néolibéral facilitera également la publication par différents « think tanks » des résultats « démontrés » par l'expérimentation péruvienne. La fondation pour l'enseignement économique, autre organisation du mouvement, transformera l'expérimentation en matériel pédagogique pour l'enseignement des théories néolibérales. Le réseau facilite ainsi le travail de performance théorique issu de l'expérimentation (Callon et Muniesa, 2003), ainsi que la diffusion des « packages rationnels » (Hasselbladh et Kallinokos, 2000), au travers de publications, de formations et d'activités de conseil.

3. Le microcrédit en Egypte

Au début des années 2000, Elyachar publie plusieurs articles s'appuyant sur l'étude d'un important programme de micro-crédits en Egypte entre 1993 et 1996. Le titre de son ouvrage « Markets of dispossession: NGOs, economic development, and the state in Cairo » (2005) met également en évidence son intérêt pour la conception d'un marché modifiant les rapports de pouvoir.

Dans l'article « Finance internationale, micro-crédit et religion de la société civile en Égypte ». (2001), Elyachar revient tout d'abord sur la notion « d'empowerment » développée par la BM. Le concept émerge dans les années 1990 face aux besoins d'accompagner les victimes des ajustements structurels, qui ont marqué l'ascendance de l'idéologie néolibérale après la crise de la dette latino-américaine (1982). Alors que l'aide était précédemment versée aux gouvernements qui employaient des personnes pour la réalisation de programmes « modernistes », les ajustements structurels entraînent des licenciements massifs au sein de l'administration et des entreprises publiques, ainsi qu'une baisse des subventions sur les produits agricoles. Alors que la théorie néolibérale prévoyait que cette perte d'emplois publics soit rapidement compensée par une croissance créatrice d'emplois privés, l'absence de rebond économique a introduit des doutes au sein d'organisation comme la BM (Stiglitz, 2002). Pour accompagner ces populations vulnérables dans une situation devenue durable, la BM a donc élaboré des programmes de lutte contre la pauvreté, ou « fonds social », conçus comme des « filets de sécurité » (Subbarao et al, 1997) :

« Le changement de priorité des agences bilatérales et de la Banque mondiale, qui abandonnaient l'approche modernisatrice au profit de la lutte contre la pauvreté, allait mettre l'économie informelle au cœur des stratégies élaborées à cet effet. Au début des années quatre-vingt-dix, on s'employa à isoler et à modéliser un certain nombre de pratiques de survie des pauvres gens des villes pour les intégrer à des programmes de promotion de l'économie informelle. Ce travail fut l'œuvre de réseaux de chercheurs, souvent financés par des institutions telles que l'USAID et la Banque mondiale, et opérant dans le monde entier. Une fois distillés sous forme d'ingrédients de base, les résultats de ces recherches ont été reproduits et enseignés aux ONG et à tous ceux qui s'occupaient de prêts dans tous les tiers mondes du globe. » Elyachar (2001,p.142)

Sur un plan théorique ce changement est fondamental, car la notion de « capital social » ou de « capital culturel » sur lequel s'appuient ces approches, constituait précisément des freins au développement pour le modernisme, comme l'expose Elyachar (2001,p.142-143) :

« On ne cherchait plus à transformer les artisans égyptiens, par exemple, en ouvriers, ou encore à séparer les institutions entrelacées de la famille, de l'atelier et de la communauté ; au contraire, on s'est mis à considérer comme positive l'intégration des

pratiques économiques, sociales et culturelles : le développement prenait la forme de l'anti-développement. Au surplus, les mécanismes communautaires d'entraide devenaient des dispositifs de sécurité indispensables dès lors que les emplois fournis par l'État et les services sociaux (aussi maigres qu'ils aient été) disparaissaient sous l'effet de la discipline budgétaire imposée par le capital financier ou les plans d'ajustement structurel ».

Les programmes de microcrédit ciblent donc directement « la population », en particulier les femmes jugées plus entreprenantes, qui étant regroupées en « communautés » peuvent devenir maîtres de leur destinée. Pour établir un lien avec ces communautés, les ONG seront considérées comme les représentants légitimes de la « société civile ». En 2000, il y avait ainsi des fonds sociaux dans plus de 50 pays (Elyachar, 2001, p.143).

Ces approches s'inscrivent directement dans les prescriptions de l'idéologie néolibérale, car elles limitent le rôle des gouvernements considérés comme inefficients et corrompus, au profit d'un contact direct avec les populations vulnérables dont elles cherchent à dynamiser l'esprit entrepreneurial. Elles cherchent également à renforcer un secteur « informel » qui échappe pourtant aux réglementations et contrôle gouvernemental.

Enfin, le discours construit lors de la conception de ces « fonds sociaux » permet de répondre à différentes attaques, en valorisant une logique néolibérale pour les unes, et en mettant en avant une dimension sociale attachée à la lutte contre la pauvreté pour les autres.

En Egypte, le « fonds social » a ainsi été lancé par la BM et le gouvernement en 1991, avec 572 millions de dollars venus de 15 pays donateurs et institutions multilatérales comme l'Union Européenne, des organismes des Nations Unies et des fonds de développement arabes. Il s'agit d'une institution indépendante dont l'approche et les cibles sont définies par les bailleurs de fonds, mais dont le conseil d'administration est présidé par le premier ministre qui nomment les principaux responsables. Malgré son caractère anti-étatique, le développement de la microentreprise deviendra à partir de 1994 un axe stratégique de la réforme économique du nouveau gouvernement.

Elyachar présente alors en détail la façon dont certains quartiers se sont constitués en vitrine de la société pour devenir des véritables lieux d'un « tourisme du développement ». Tout un écosystème d'ONG, de consultants et de figurants se constitue pour répondre aux besoins de représentation et d'intermédiation du fonds, alors que la réalité est marquée par une augmentation du surendettement et les pratiques opportunistes d'hommes d'affaires :

En réalité, presque tous les locaux passant pour des micro-entreprises étaient fermés. Les micro-entrepreneurs eux-mêmes étaient souvent aux abois. Ils avaient des dettes par-dessus la tête et des banques pendues à leurs basques, qui refusaient systématiquement de revoir l'échéancier de leurs remboursements. Les ruches laborieuses qui s'offraient au spectateur étaient en fait peuplées de garçons et de jeunes gens dont les moyens de vie étaient des plus maigres et qui ne savaient rien du « micro-phénomène » qu'ils étaient censés représenter. (Elyachar, 2001, p.146).

Si ces dispositifs ingénieux permettent à certaines catégories défavorisées de récupérer des moyens de subsistance comme représentants des groupes ciblés, cette approche entraîne en réalité un enrôlement des valeurs culturelles par la finance internationale, comme l'illustre la citation d'un formateur à des ONG s'occupant de microcrédit :

« Dans toute culture il y a quelque chose qui marche. Il s'agit seulement de trouver quoi : le chef traditionnel, le leader religieux, la pression sociale, la police ? À vous de trouver ce que c'est, et de vous en servir ». (Elyachar, 2001, p.148)

Pour Elyachar, ces instruments ont pour mission la mise sous contrôle des populations à travers la finance internationale, comme l'ont été les gouvernements soumis aux plans d'ajustements structurels.

Les plans d'ajustements structurels disciplinent les États qui ne sont pas sages. Les ONG de microentreprises sont-elles en mesure de faire de même à l'égard des pauvres ? Peuvent-elles être une forme nouvelle de « l'indirect rule », la culture indigène étant une fois encore mobilisée pour contrôler les indigènes, mais cette fois par le détour de la finance internationale ? (Elyachar, 2001, p.148)

L'empowerment permet ainsi l'intégration du marché informel dans celui de la finance internationale. Des millions d'euros de prêts à taux bonifié d'aide au développement transitent ainsi par des structures bancaires classiques qui les transforment en micro-crédit solvables :

« Les réseaux sociaux que l'on appelle aujourd'hui « capital social » sont exactement ce que le micro-crédit est supposé soutenir. Grâce à cette métamorphose conceptuelle, ils peuvent désormais passer pour un ingrédient important du succès économique. Ce qui était considéré comme de l'économie informelle (qui n'est ni de l'État ni de l'économie réelle) est en voie d'absorption dans le courant dominant de l'économie, dont le micro-crédit, après tout, réunit bien des éléments : de l'argent est échangé, des intérêts sont collectés, des entreprises sont créées et des chômeuses en deviennent, au moins sur le papier, les dirigeantes ». (Elyachar, 2001, p.150)

Elyachar souligne également que la théorisation du « capital social » comme moteur de développement économique s'est imposée à cause de la persistance du chômage, donc suite à l'échec des prévisions des théories néolibérales qui anticipaient un rebond d'activité suite aux ajustement structurels.

« Consensus conceptuel et initiatives publiques sont évidemment liés. Tout laisse supposer une relation entre l'évolution de l'appareil conceptuel de la Banque mondiale et celle des outils de financement qu'elle utilise : le micro-crédit, créé comme élément d'un « filet de sécurité », devait pallier les déséquilibres temporaires du marché consécutifs aux plans d'ajustement structurel ; mais dès lors que l'on n'attend plus du marché la production d'un équilibre durable, il faut bien théoriser autrement. En somme, les modestes chiffons destinés à nettoyer les saletés que les plans d'ajustement structurel laissaient sur leur passage sont devenus de belles tapisseries d'avant-garde qu'on suspend fièrement au mur. Ainsi le Président de la Banque mondiale James Wolfensohn s'est défendu (à Seattle en 2000) contre les protestataires de l'«antimondialisation», il n'a nullement dit que le micro-crédit était un dispositif temporaire pour régler plus finement les équilibres du marché. Il en a fait au contraire une sorte de marque de fabrique de la Banque mondiale et a vanté sa capacité à soutenir « la petite entreprise, qui est souvent conduite par des femmes dans le Tiers Monde » (Elyachar, 2001, p150).

Analyse à travers notre cadre d'interprétation

L'exemple du programme de microcrédit en Egypte met à nouveau en perspective le processus d'extension d'un réseau socio-technique néolibéral dans le domaine de l'aide au développement.

Pour faire face à l'augmentation du chômage généré par les PAS, l'USAID et la BM promeuvent la création d'un programme national de microcrédit qui doit permettre de stimuler l'activité informelle des sans emplois. Cette solution permet de répondre au problème du chômage en s'appuyant sur l'effet de levier du « capital social », notion qui a été théorisée par la BM (section 1).

Il s'agit d'un système d'intéressement matérialisé par un dispositif technique, lui-même fondé sur une solution technique préalablement conceptualisée par la BM et en cours d'institutionnalisation dans le champ de l'APD : le microcrédit.

Ce système d'intéressement permet d'enrôler le gouvernement et les autres bailleurs dans la mise en place du programme. Les résultats sont ensuite présentés comme un succès, malgré les doutes existants quant à la réalité de leurs résultats et de leurs contributions au développement économique national.

Le programme transforme durablement les réalités sociales, puisqu'il affaiblit le rôle de l'état au bénéfice des acteurs financiers nationaux et internationaux. Il permet aussi l'établissement d'un dispositif de contrôle des populations par l'endettement.

Conclusion de la section 3 :

Les études de cas présentées dans cette section montrent la capacité du réseau néolibéral à s'appuyer sur les politiques de développement pour expérimenter les approches théoriques produites par les IBW, comme les réformes macroéconomiques ou les programmes de microfoncier et de microcrédit. Ces expérimentations sont principalement menées au sein de pays dotés d'une forte coopération bilatérale avec les USA, ce qui facilite ensuite leur extension à l'ensemble des PED.

L'expérimentation chilienne a ainsi été centrale pour le développement du réseau néolibéral. Elle a permis l'expérimentation des politiques monétaristes d'ajustement structurel qui ont ensuite été promues en Amérique latine et en Afrique à la faveur de la crise de la dette, favorisant un renforcement du rôle des IBW chargées de la mise sous contrôle des politiques économiques et sociales des PED.

Elle a également permis l'expérimentation de la théorie des choix publics qui est à l'origine d'une vision économique des politiques sociales, qui a entraîné le déploiement de nouvelles approches gestionnaires dans les secteurs sociaux.

Le cas du projet de micro-foncier au Pérou montre le processus d'enrôlement d'acteurs au service du déploiement de solution néolibérale au niveau microéconomique. Après avoir enrôlé des acteurs influents, le réseau propose au pouvoir politique, dont la capacité financière est alors limitée par la crise de la dette, un projet fondé sur la libération d'un « capital immobilisé » qui permet de répondre à des enjeux électoraux avec des moyens limités.

Malgré les faibles résultats obtenus, le réseau en fait une présentation positive permettant de valoriser ses thèses et principes. Des discours très positifs sont produits et soutenus par le réseau, ce qui permet de renforcer la validité des thèses qui fondent l'approche, et de faciliter sa diffusion dans d'autres pays. Le programme de microcrédit en Egypte montre également l'enrôlement du gouvernement et de différents bailleurs internationaux dans la mise en œuvre d'une stratégie de développement économique fondée sur le concept de ce capital social.

La pertinence des analyses de la performativité des politiques de développement est ainsi validée par l'analyse des cas présentés dans cette section, puisqu'ils montrent la façon dont l'expérimentation au sein des PED participe aux évolutions du réseau néolibéral.

Les politiques d'austérité expérimentées au Chili, puis élargies aux PED d'Amérique Latine et d'Afrique à la faveur de la crise de la dette, inspireront largement les politiques d'autorité mises en œuvre en Europe à l'issue de la crise de 2008.

De même la diffusion des programmes de micro-crédit, puis la conceptualisation des stratégies Bottom of the Pyramid qui prône l'utilisation d'outils technologiques pour interconnecter les multinationales et les micro-entrepreneurs du secteur informel, préfigurent également le modèle des plates formes numériques offrant du micro-travail, comme Mechanical Turk d'Amazon ou Uber, qui impacte aujourd'hui fortement les sociétés du Nord.

L'appropriation de la critique à travers la notion de « capital social », qui conduit à proposer une stratégie de développement économique par le microcrédit, elle-même présentée comme un modèle innovant porteur d'autonomie devant permettre aux plus pauvres de devenir entrepreneurs d'eux mêmes, apparaît ainsi en correspondance avec les évolutions du « nouvel esprit du capitalisme » présenté par Boltanski et Chiapello (2000).

L'expérimentation de nouvelles conceptualisations économiques et managériales, dans des pays caractérisés par un Etat faible et des travailleurs peu organisés en syndicats, constitue pour le néolibéralisme une phase d'expérimentation nécessaire à son adaptation vers de nouvelles logiques d'actions globales.

Conclusion du chapitre 4

Ces analyses mettent en perspective l'enrôlement des principales institutions financières internationales par le réseau néolibéral depuis les années 1970, puis leur utilisation au service d'une performance idéologique et économique des politiques publiques dans les pays bénéficiaires.

En suivant la méthode de recherche proposée par Callon (1991), elles permettent de suivre les intermédiaires qui définissent les relations entre les acteurs du réseau, que Law (1991) classe en 4 principaux types : « *texts or literary inscriptions, technical artefacts, human beings (their skills, knowledge and know-how) ; and money* ».

L'évolution des théories du développement (section 1), principalement constituées d'inscriptions ou de modèles économiques, montre tout d'abord comment la foi dans les principes néolibéraux, définis par Plehwe (2006) comme « le respect de la règle de droit, la propriété privée et l'efficacité du marché », est devenue depuis les années 1980 le principal fondement théorique des politiques d'aide au développement.

A partir de la fin des années 1990, pour répondre à la mise en cause de l'efficacité des PAS sur le développement économique et social des sociétés bénéficiaires, les productions théoriques du réseau néolibéral ont évolué vers la conception de politiques microéconomiques centrées sur le développement de l'économie informelle (valorisation du capital social), et le recours aux approches gestionnaires (new public management).

L'analyse du rôle des acteurs et des circuits de financement du réseau néolibéral (section 2) en particulier les universités, fondations, think tanks, médias, partis politiques, gouvernements et organisations publiques, permet de comprendre comment le réseau étend ses liaisons à travers la production et la diffusion de savoirs et de politiques publiques.

En offrant aux IBW une nouvelle mission au service du réseau, la gestion des PAS a constitué un puissant dispositif d'intéressement garantissant à ces acteurs (i) leur survie face à la fin des Accords de Bretton Woods qui fondaient leur existence, (ii) leur expansion à travers la croissance des ressources financières octroyées pour cette nouvelle mission, et (iii) une augmentation de leur pouvoir de prescription technique sur de nombreux pays en développement.

La BM devient alors le principal centre de production de savoirs sur l'économie et les politiques de développement. Son fonctionnement institutionnel encourage la production de textes et modèles économiques fondés sur la foi dans les principes néolibéraux. Les chercheurs en charge de produire ces savoirs sont sélectionnés dans les universités américaines ou anglaises intégrées au réseau afin de s'assurer de leur capacité à produire des savoirs conformes à ces principes. L'alignement des savoirs produits sur ces principes est encouragé par un dispositif d'incitations des chercheurs sous forme d'accès aux publications et aux financements. La mise en cause des résultats de ces politiques et des principes qui les fondent est combattue par les acteurs du réseau, comme en témoigne la forte augmentation du budget communication de la BM suite à l'émergence des critiques sur le coût social des PAS dans les années 1990 (Broad 2006), ou encore le renvoi de Joseph Stiglitz comme chef économiste de la BM en 2000 sous la pression du secrétaire d'Etat américain au Trésor. (Wade, 2002).

A travers le projet Knowledge Bank, la BM déploie également son dispositif de production de savoirs dans ses zones d'intervention, en finançant la mise en réseau de centres de recherches et de think tanks à même d'assurer la diffusion de savoirs, dont elle oriente la production vers des contenus techniques proches des principes du réseau (Stone, 2003).

Les études de cas présentées (section 3) montrent également le rôle du réseau néolibéral dans l'expérimentation des réformes politiques issues de ses savoirs au sein de certains pays en développement, puis dans leur diffusion au sein du champ institutionnel de l'APD.

Dans le cas du Chili, le réseau offre des ressources théoriques et humaines à travers la formation et la fourniture d'expertises, mais également financières en facilitant l'engagement du FMI en faveur des politiques du gouvernement militaire. Dans le cas du programme de microfoncier au Pérou, le réseau accompagne techniquement et financièrement Hernando de Soto dans la création du think tank à l'origine de l'expérimentation, avant que la BM ne finance l'extension du projet pilote vers de nouvelles régions, puis que le réseau n'en diffuse les résultats « positifs » à travers des médias comme le New York Times, le soutien d'acteurs politiques comme Margaret Thatcher, ou encore des organismes de formation comme la « Foundation for Teaching Economics » (Mitchell, 2005, 2008). Le cas du microcrédit en

Egypte s'inscrit dans un processus de diffusion d'un instrument déjà expérimenté dans d'autres pays comme le Bangladesh (Yunus, 1997). L'implication de nombreux bailleurs de fonds, comme la mise en place simultanée de programmes nationaux de microcrédit au sein de nombreux pays bénéficiaires sous l'impulsion de la BM (Elyachar, 2001), témoignent du processus d'institutionnalisation de l'instrument dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la pauvreté

Dans les trois cas, les travaux présentés démontrent que les résultats des expérimentations ont été « construits » pour répondre aux attentes des approches théoriques préconisées et aux principes néolibéraux qui les fondent. Les réformes macroéconomiques chiliennes ne procurent pas la croissance économique attendue, mais sont à l'origine de l'approche des PAS qui sera ensuite mise en œuvre par les IBW dans de nombreux PED. Les résultats du programme de microfoncier au Pérou sont mis en cause par l'analyse de Mitchell sur le terrain (2005) bien après avoir fait l'objet d'une intense campagne de valorisation par le réseau. En Egypte, la mise en scène de la réussite des programmes de microcrédit fait l'objet d'une activité touristique spécifique pourtant présentée comme déconnectée des réalités (Elyachar, 2001).

Sur le plan théorique, cette analyse de l'expansion du réseau néolibéral dans le champ de l'aide au développement à travers l'ANT offre une perspective structurelle de la logique institutionnelle du capitalisme. Ce chapitre met ainsi en perspective les deux pistes de recherches proposées par Jones et al (2013) sur l'apport de l'ANT dans l'analyse de la matérialité des logiques institutionnelles (chapitre 3, section1)

La première piste concerne l'étude de l'infrastructure des logiques institutionnelles à travers la logique du réseau : *“One potential research direction for scholars in institutional logics is to approach logics as networks, looking for objects that act as immutable mobiles, which are easy to transport yet maintain some fixity in their meaning (such as maps, graphical depictions of data, and money) and reflect the infrastructure of their networks”* (Jones & al, 2013, p.18)

Les théories, modèles et recommandation politiques produites sont ainsi toutes fondées sur la foi dans les principes idéologiques néolibéraux (propriété privée, règle de droit, marché concurrentiel), qui apparaissent faciles à transporter et donnent aux objets une stabilité de sens. Ils correspondent ainsi aux caractéristiques définies par HK (2000) en étant « des idées stables qui délimitent les attentes sociales » et « dont le discours constitue un cadre intégrateur ».

Par ailleurs, la nature idéologique des savoirs produits est directement associée à la recherche d'efficacité, puisque le recours aux principes néolibéraux est mobilisé par ces objets au service d'une libération de richesses productives jusqu'ici entravées par la réglementation administrative, les liens culturels traditionnels ou encore l'absence de propriété privée (capital public, capital social, capital foncier, etc.).

Les théories et recommandations politiques produites (libéralisation, privatisation, microcrédit, microfoncier, etc) constituent ainsi des « packages rationnels » qui se diffusent par isomorphisme au sein du champ, mais sont également des objets actants puisque la foi dans leur capacité à générer de l'efficacité les transforment en système d'intéressement permettant d'enrôler les décideurs publics. Ces objets (modèles théoriques, résultats d'expérimentations, réformes économiques et sociales) assurent ainsi la liaison entre les différents acteurs humains du réseau néolibéral dont il reflète l'infrastructure.

Les fondements idéologiques de ces théories et approches sont également mis en boîte noire par la production de résultats « démontrés », à travers des expérimentations réalisées par le réseau dans des pays où ce dernier dispose d'une forte capacité d'influence. Suivant la thèse de Lyotard (1979), le savoir à l'ère post-moderne est produit dans un objectif exclusif de puissance qui entraîne une focalisation de sa production sur le processus d'administration de la preuve, ce qui renforce le pouvoir des acteurs les plus puissants disposant d'une capacité d'expérimentation. De la même façon, les trois études de cas présentées montrent la « construction » de résultats expérimentaux suivant un objectif exclusif d'expansion du réseau néolibéral.

La deuxième piste de recherche proposée par Jones et al (2013) était l'interrogation de la valeur implicite qui sous-tend l'usage des objets actants, "*Additionally, future logics research might explore the implicit value systems that underlie how certain objects function*" (Jones & al, 2013, p.18). Dans notre étude, ces objets actant correspondent principalement aux réformes et politiques publiques d'aide au développement issues des expérimentations valorisées par le réseau néolibéral.

Dans les expérimentations présentées, la logique économique des politiques promues par le réseau conduit les décideurs publics à mobiliser l'aide au développement en suivant une logique d'investissement, dont la rentabilité doit résulter de l'augmentation d'efficacité générée par la mobilisation des principes néolibéraux. L'économisation des politiques économiques et sociales produit ainsi une obligation de retour sur investissement répondant à l'intérêt des bailleurs de fonds, qui conduit à une transformation des pratiques sociales au bénéfice des financeurs et au détriment des bénéficiaires finaux. En sciences de gestion, la prédominance de la logique financière répondant aux intérêts des acteurs néolibéraux dans le fonctionnement de la BM a également fait l'objet d'une étude par Annisette (2004).

Ainsi, les études de cas démontrent la performance des activités économiques et sociales des populations bénéficiaires en faveur d'un système idéologique qui favorise les acteurs dominants. Au niveau national, les politiques néolibérales qui ont considérablement renforcé le rôle des acteurs privés ne sont ainsi pas remises en cause à l'issue de l'alternance démocratique au Chili (Fischer, 2006). Au niveau local, les programmes de microcrédit favorisent l'endettement des acteurs de l'économie informelle et génère un dispositif de contrôle des « bénéficiaires » par la finance internationale (Elyachar, 2002).

Cette performance associée à l'institutionnalisation des théories et politiques de développement néolibérales conduit donc à un renforcement du réseau néolibéral au sein du champ de l'APD. Au niveau des politiques sociales, l'économisation fondée sur les principes néolibéraux a dans un premier temps conduit à donner un rôle prédominant à une organisation financière comme la BM, qui est devenue au début des années 1990 le premier financeur des politiques d'aide dans le domaine de la santé. Cette montée en puissance de la BM est réalisée au détriment du système des Nations-Unies, dont l'intervention est fondée sur la légitimité des gouvernements nationaux. Elle met ainsi en perspective l'avancée de la logique institutionnelle du capitalisme au détriment de la logique institutionnelle de l'Etat (Friedland & Alford, 1985, 1991) dans le champ de l'APD.

Par la suite, cette économisation des politiques économiques et sociales ouvre la voie à l'entrée de nouveaux acteurs économiques privés sur le marché des politiques de développement, dont le périmètre s'est élargi avec l'avènement des « politiques globales ».

Comme le précisent les propositions de financement des ODD publiées par les IBW (World Bank/IMF, 2015, p.3), le DFID Britannique (Kharas & al, 2014), ou le Ministère français des Affaires Etrangères (Faber & Naidoo, 2014), la philosophie de l'aide évolue pour devenir une incitation à l'investissement privé.

Les deux pistes de recherches proposées par Jones et al (2013) rejoignent ainsi les deux approches de la performativité de notre cadre d'analyse dans une perspective dynamique. La performativité « idéologique » favorise l'expansion du réseau, en s'appuyant sur la conception et la diffusion d'objets fondés sur la foi dans les principes néolibéraux, qui constituent des dispositifs d'intéressement répondant à une quête globale d'efficacité. La performance « théorique » transforme les pratiques économiques et sociales des pays bénéficiaires, au profit d'une logique de marché non régulée qui favorise les acteurs dominants du réseau.

Chapitre 5 : La santé globale et la performance des systèmes nationaux

L'objet de ce chapitre est d'analyser l'évolution de champ de la santé internationale à travers les logiques performatives « idéologiques » et « théoriques » identifiées dans le chapitre précédent, dans un contexte marqué par l'accélération des échanges qui structure le paradigme de la santé globale.

Une politique de santé internationale s'est progressivement construite depuis la création de l'OMS en 1948, favorisant également l'émergence de la santé internationale comme discipline académique. Depuis les années 1990, l'émergence d'une conception globalisante répond d'abord à une plus grande exposition des populations du Nord aux risques de pandémies issus des pays en développement, dont la prise de conscience s'est accélérée avec l'épidémie de Sida.

Au-delà d'un intérêt croissant de la société civile du nord pour les secteurs sociaux, et d'un affaiblissement des systèmes nationaux du Sud suite aux ajustements structurels, l'investissement dans les politiques de santé publique initié dans les années 1990 répond donc d'abord à un intérêt sécuritaire des pays du Nord (Kerouedan, 2013).

Portée par la mondialisation néolibérale, la « Global health » correspond également à la conception de nouvelles coalitions d'acteurs publics et privés ciblant des enjeux globaux, qui répondent à l'augmentation des besoins de financements dans un contexte d'affaiblissement de la capacité des donateurs publics.

Ces évolutions sont portées par la promotion de nouvelles conceptualisations économiques et de nouveaux dispositifs d'expérimentation, d'enrôlement et de diffusion, qui vont faciliter l'extension du réseau néolibéral au sein d'un champ institutionnel de la santé globale.

Dans un premier temps, les ajustements structurels vont conduire à la conceptualisation de réformes sur la décentralisation et la privatisation des systèmes de santé portée par la théorie du choix public proposant un modèle de régulation des systèmes de santé par le marché.

Ces réformes font d'abord l'objet d'expérimentations au Chili puis dans différents pays d'Amérique latine, avant de faire l'objet d'une proposition de réforme globale présentée sous forme de « package rationnel » dans le WDR (1993) « Investing in Health ». Cette proposition de réforme globale sera ensuite expérimentée en Colombie, expérience nationale dont les résultats feront l'objet d'une valorisation par la BM, puis par l'OMS dans le cadre d'un classement international controversé (Homedes & Ugdale, 2004). Cette régulation par le marché entraîne une augmentation des inégalités et renforce le pouvoir de la BM, des compagnies d'assurance et des laboratoires pharmaceutiques.

Au niveau macroéconomique, l'approche présentée dans « investing in health » est par essence porteuse d'une conceptualisation de la santé comme un investissement en faveur de la croissance, qui conduit à une nouvelle modélisation économique du champ de la santé internationale. Ce processus légitime le rôle de la BM dans le secteur de la santé et renforce la logique institutionnelle du capitalisme dans le champ de la santé internationale. Il conduit à

une quête d'efficacité qui sera initialement mise en œuvre à travers deux approches ; (i) un meilleur ciblage des activités en termes d'efficacité/coût, et (ii) une amélioration de l'allocation des ressources à travers l'introduction de la logique de marché entre des structures de santé d'une part, et des clients ou assurances d'autre part.

Dans un deuxième temps, la diffusion de l'épidémie de Sida à partir de la fin des années 1980 démontrera combien l'accélération des échanges rapproche les intérêts des populations du Nord et du Sud face aux menaces épidémiologiques. Cette menace globale génère une conceptualisation globale de la santé qui s'inscrit dans un réflexe sécuritaire (Kerouedan, 2013). Les travaux sur le capital humain vont ensuite générer une nouvelle conceptualisation macroéconomique qui renforce la valorisation de l'investissement en faveur de la santé sur la croissance, qui va à son tour entraîner une augmentation des financements internationaux dans le secteur.

Ces phénomènes d'économisation et de globalisation des risques conduisent à une configuration progressive du champ de la santé globale autour des quatre paradigmes économiques définis par Moatti et Ventelou (2009) :

- La conceptualisation de la santé comme un investissement en faveur de la croissance, qui favorise l'entrée d'opérateurs économiques et financiers dans le secteur ;
- La promotion d'un système assurantiel destiné assurer le financement des soins de santé, qui fait suite en Afrique à l'échec de la stratégie des partages des coûts défendue par la BM au cours des années 1980 puis 1990 ;
- L'assouplissement des droits de propriété intellectuelle des médicaments qui permet initialement d'imposer une tarification différentielle des antirétroviraux dans les PED ;
- La priorité donnée aux programmes verticaux sur le sida, la tuberculose et la malaria, jugés susceptibles d'avoir un effet de levier sur le système de santé, qui se substitue à la priorité accordée aux soins de santé primaire établie lors de la Déclaration d'Alma Ata (1978).

Cette conception globale s'inscrit également dans la logique de recherche d'efficacité du champ de l'APD à travers la signature en 2000 des Objectifs du Millénaire pour le Développement, dont 3 concernent directement le secteur de la santé : « réduire la mortalité chez l'enfant » (OMD4), « améliorer la santé maternelle » (OMD5) et « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies » (OMD6), et seul le dernier constitue directement un objectif global doté d'un instrument spécifique.

Dans un troisième temps, un retard significatif sera constaté en Afrique subsaharienne dans l'obtention de résultats en faveur de l'OMD 4 et surtout de l'OMD 5, même si les financements en faveur de ce dernier connaîtront un léger rebond suite à la conférence internationale d'Arusha sur la santé maternelle en janvier 2013. Ce déséquilibre en faveur du contrôle de l'épidémie de sida, et au détriment d'autres maladies léthales mais non virales comme le paludisme, ou encore de la santé maternelle et infantile des populations du sud, conduira à de nombreuses critiques.

La « Global Health » s'incarne alors dans le concept plus positif de Couverture Sanitaire Universelle (CSU), qui constitue suivant la directrice générale de l'OMS Margaret Chan : « le

concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir »¹⁸. La CSU peut être modélisée par un cube en trois dimensions sur lesquelles il convient de progresser : la proportion de la population bénéficiant d'une couverture santé, la gamme de prestations et de services essentiels proposés en fonction des besoins, et enfin la proportion des coûts pris en charge (OMS, 2008). La CSU vise ainsi à renforcer l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, en diminuant la participation financière des patients par un renforcement de la mutualisation du risque et par une participation financière du public, tout en renforçant les systèmes de santé.

Poursuivant les travaux du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS piloté par Jeffrey Sachs (OMS, 2002), différents travaux soulignent la qualité de l'investissement dans la CSU. Il permet de limiter la vulnérabilité des populations qui sont exclues de l'accès aux soins ou qui sombrent dans la pauvreté en tentant d'y accéder (Kruk et al, 2009). Suivant Jamison et al (2013) et certains auteurs, l'amélioration de la santé « a fait augmenter les revenus d'un quart dans les pays en développement entre 2000 et 2011. À ce rythme, chaque dollar investi en faveur de la santé entraînerait une augmentation des revenus comprise entre US \$9 et US \$20 au cours des vingt prochaines années ».

L'analyse macroéconomique initialement défendue par Sachs (1999, 2001, 2002, 2004, 2006) propose ainsi une augmentation massive de l'aide en faveur des politiques nationales de santé. Cette approche interventionniste entraînera l'opposition d'économistes néolibéraux comme Easterly (2001, 2006, 2007). Les résultats obtenus dans les pays les moins avancés seront également jugés insuffisants au regard de l'augmentation des financements octroyés au secteur, ce qui entraînera un débat sur les approches permettant d'en améliorer l'efficacité.

Dans ce contexte, le modèle de la CSU constitue un dispositif d'intéressement qui permet l'enrôlement d'acteurs disparates autour de la problématique de la santé globale. Il encourage l'investissement sans prendre de position sur les modalités de mise en œuvre. Il est présenté par Lautier et al (2013) comme un référentiel d'objectifs qui ne définit aucune approche spécifique pour les atteindre. L'OMS met ainsi en avant la variété des trajectoires adoptées par différents gouvernements nationaux. Dès lors, la CSU va constituer un cadre à l'intérieur duquel les stratégies d'influence des acteurs vont se déployer pour renforcer leur contrôle et leur positionnement au sein d'un marché global en expansion.

Dans cette arène, suite à la reprise en main de la Vice Présidence Recherche de la BM par le réseau néolibéral illustré par le départ de Stiglitz et Kanbur en 2000 (chapitre 5), l'organisation va promouvoir une vision néolibérale de la gestion des systèmes de santé qui sera présentée dans le WDR (2004) : « Making services work for poor people ». Cet ouvrage présente sous forme de package rationnel les expérimentations locales d'utilisation du New Public Management dans les services sociaux des PED, en mettant en avant leurs qualités de reproductibilité, communicabilité et durabilité. Il propose de créer des marchés de services concurrentiels offrant aux populations pauvres une capacité de négociation qui doit renforcer leur « empowerment ». Ce modèle de la « short route of accountability » est présenté en opposition avec le modèle jugé inefficace de la « long route of accountability » que représente la gestion des systèmes sociaux par les gouvernements.

¹⁸ Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, 21 mai 2012

Dans le secteur de la santé, il doit ainsi permettre une affectation optimale des ressources entre une offre de soins proposée par des centres de santé devenus autonomes d'une part, et une demande de soins structurée sur le modèle des mutuelles communautaires d'autre part. Comme la notion de capital social avait été mobilisée à travers le microcrédit pour répondre à l'impact négatif des PAS sur la croissance et l'emploi dans les années 1990, elle est mobilisée au début des années 2000 à travers le modèle des microassurances, pour répondre à l'échec de la réforme des systèmes de santé mise en œuvre dans le cadre des PAS.

Le financement basé sur les résultats s'inscrit dans la promotion de cette vision néolibérale de la gestion des systèmes de santé nationaux par la logique de marché, car il encourage l'autonomie de gestion des structures de santé qui doit permettre leur intégration dans cette logique de marché.

Le modèle de la « short toute of accountability fera ensuite l'objet d'une expérimentation à échelle nationale au Rwanda. Toutefois cette expérience s'intègre dans un projet plus large de transformation économique et sociale du pays suite au génocide, qui constitue alors pour le réseau néolibéral un nouveau laboratoire d'expérimentation piloté par un régime autoritaire.

Les résultats de l'expérimentation sont alors utilisés par différents think tanks et acteurs du réseau néolibéral pour valoriser l'efficacité du modèle mis en œuvre au Rwanda à travers (i) la mise en place d'un programme FBR permettant l'instauration d'un paiement à l'acte, et (ii) la création d'un système de microassurances sous forme de mutuelles privées à base communautaire d'autre part. Cette valorisation sous forme de package rationnel met en avant les qualités de durabilité, de reproductibilité et de communicabilité, au détriment des spécificités du contexte de l'expérimentation.

La diffusion du modèle théorique validé par l'expérimentation fait ensuite l'objet d'un dispositif d'intéressement permettant d'enrôler les responsables impliqués dans la conception des projets financés par la BM en faveur de l'approche FBR.

Dans une première section nous présentons les paradigmes qui ont structuré le processus d'économisation du champ de la santé internationale.

Dans une seconde section nous étudions comment le champ de la « Global Health » a évolué vers le paradigme de la Couverture Sanitaire Universelle, que nous présentons comme un nouveau cadre au sein duquel émerge de nouvelles coalitions d'acteurs. Dans ce contexte, nous présentons le nouveau modèle de régulation des services sociaux par le marché concurrentiel élaboré et diffusé par la BM sous forme de package rationnel (WDR, 2004)

Dans une troisième section, nous analysons l'émergence du concept de Financement Basé sur la performance, les premières expérimentations qui ont permis son expansion, avant de le replacer dans le contexte de la promotion du modèle de régulation par le marché de la BM, de son expérimentation nationale au Rwanda et de sa diffusion au sein de nombreux PED.

Section 1 : L'économisation de la santé internationale et l'émergence du paradigme de la couverture sanitaire universelle

1. L'économisation de la santé internationale

Dans l'article « Économie de la santé dans les pays en développement : des paradigmes en mutation », Moatti et Ventelou (2009) présentent l'évolution des modélisations économétriques associée à la lutte contre les grandes maladies infectieuses qui caractérise l'émergence de la « Global Health »..

L'article présente quatre nouveaux paradigmes économiques issus de ces mutations, qui fondent la nouvelle logique performative des politiques d'aide dans le secteur de la santé :

1. Une conceptualisation de la santé comme investissement indispensable à la croissance, alors qu'elle était préalablement définie comme une conséquence du processus de croissance ;
2. Une stratégie de préfinancement des coûts par la mise en place d'un système assurantiel, qui remplace la stratégie de « recouvrement des coûts » (ouvrant au paiement partiel des soins par les patients) proposée par l'Initiative de Bamako (1987) ;
3. Un assouplissement des droits de propriété intellectuelle des médicaments pour permettre d'imposer une tarification différentielle dans les PED ;
4. Une priorité donnée aux programmes verticaux sur le sida, la tuberculose et la malaria, jugés susceptibles d'avoir un effet de levier sur le système de santé, qui se substitue à la priorité accordée aux soins de santé primaire établie lors de la Déclaration d'Alma Ata (1978).

Comme les auteurs le soulignent en introduction, leur analyse s'intéresse aux fondements idéologiques et politiques de ces paradigmes : « nous voudrions également montrer que ces quatre nouveaux paradigmes, tout autant que les précédents, reposent sur une base empirique limitée et ne sont pas exempts de biais politiques et idéologiques, qu'il est de la responsabilité des recherches en économie de la santé de souligner et d'aider à surmonter » (Moatti et Ventelou, 2009, p.5)

a) La démonstration d'une relation bidirectionnelle entre santé et développement

Depuis les années 1950, le lien entre santé et développement était principalement établi à travers l'impact positif sur la santé de l'augmentation du revenu (Solow, 1956). Comme présenté au chapitre 4, au cours des années 1990 le périmètre d'intervention de la BM est élargi aux domaines sociaux à travers la stratégie de lutte contre la pauvreté. Un leadership sur les politiques sociales d'aide au développement lui est ainsi confié par son conseil d'administration, en particulier le gouvernement US, au détriment de structures onusiennes comme l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Internationale du Travail.

Suivant un processus d' enrôlement similaire à celui correspondant au lancement des crédits à l'ajustement structurel à la fin des années 1970, cette stratégie offre à la BM de nouvelles opportunités de croissance au moment où l'efficacité de l'APD est fortement remise en cause,

notamment aux Etats-Unis par des économistes néolibéraux comme Bauer (1987, 1994) et des groupes d'élus républicains (Commission Meltzer).

Pour fonder son intervention en faveur des politiques sociales sur une théorie économique s'inscrivant dans sa philosophie néolibérale, le département de recherche de la BM élabore des stratégies fondées sur la notion de « capital social », destinées à orienter les comportements de groupes sociaux de façon rationnelle. Parfois considérées comme une colonisation des sciences sociales par les sciences économiques (Fine, 1999), ces recherches fourniront notamment le cadre conceptuel des programmes de micro-crédit étudiés par Elyachar (2001, 2002, 2003, 2005, 2006).

En matière de santé et d'éducation, la notion de capital social est également à l'origine d'une valorisation du concept de « capital humain » en économie du développement. Cette conceptualisation est présentée par James S. Coleman, du département de sociologie de l'Université de Chicago dans l'article « Social capital and the creation of human capital » (1988), qui sera repris comme l'une des « fondations théoriques » dans l'ouvrage collectif publié par la BM en 2000 intitulé « Social Capital a Multifaceted Perspective » :

“Just as physical capital is created by changes in materials to form tools that facilitate production, human capital is created by changes in persons that bring about skills and capabilities that make them able to act in new ways” (Coleman, 1988, p.100).

Coleman s'intéresse notamment à l'importance des interactions au sein de la famille (capital social) pour valoriser le capital humain des parents (compétences) dans la formation des enfants. Il s'attachera ensuite à analyser l'impact de l'investissement dans la jeunesse (Coleman, 1994). L'impact positif du capital humain sur la croissance sera également démontré par des analyses de régression multi-pays (Benhabib and Spiegel, 1994).

Dans le domaine de la santé, les travaux du prix Nobel d'économie R. W. Fogel (1983) montrent qu'environ 50% de la croissance de la Grande Bretagne en 1680 et 1980 pourrait être lié à l'amélioration de la nutrition de la population, ouvrant la possibilité d'une relation positive de la santé sur la croissance. Moatti et Ventelou analysent la façon dont ces recherches doivent s'affranchir de l'économie classique, qui place le progrès technique au cœur du processus de croissance et dont l'analyse sur le long terme est limitée par le principe des rendements décroissants du capital :

« Dans le modèle néoclassique courant...les pertes de production dues à la disparition des travailleurs sont, en tout ou partie, compensées par un effet mécanique d'augmentation du capital par tête du pays (effet malthusien, passant par le dénominateur). En outre, il suffit qu'existe une importante main d'œuvre inoccupée, comme dans la quasi-totalité des PED, et que la disparition prématurée de 10 % d'une génération productive pour cause de maladie se traduise par une réduction proportionnellement moindre de l'output (par exemple de l'ordre de 5 %) pour que la productivité par tête augmente, et pour que les effets macroéconomiques de la mauvaise santé apparaissent limités » (Moatti & Ventelou, 2009, p.6)

La démonstration de l'impact de la santé sur le développement économique sera donc associée à la mise en place de nouveaux modèles économiques intégrant le principe d'une croissance endogène (Romer 1986 ; Lucas 1988), qui permettent de considérer la santé comme un investissement de long terme et non plus comme un bien de consommation

comme les autres. L'analyse de l'épidémie de Sida à travers ces modèles de croissance endogène renforcera donc l'évaluation de son impact négatif sur la croissance à long terme des pays, et par extension sur la gouvernance globale.

L'analyse des expériences des pays émergents d'Asie du sud, ou de certains pays africains comme la Tunisie, le Botswana et le Lesotho, montrera également que l'augmentation de l'espérance de vie favorise certains facteurs d'investissements productifs comme la demande de formation et de l'épargne (Bloom et Canning, 2003). De plus les travaux sur le dividende démographique (Bhargava et al., 2001) permettront de montrer comment la baisse de la mortalité infantile entraîne une chute de la natalité, qui génère une augmentation de la part productive de la population.

Cette nouvelle relation entre capital humain et croissance ouvre la voie à des nouvelles conceptualisations en l'économie du développement. L'économiste Jeffrey Sachs, qui conseille de nombreux gouvernements et institutions internationales, s'intéresse alors aux sources de la croissance sur le long terme (Sachs & Warner, 1997). Comparant l'analyse des économies des pays en développement à la médecine clinique, il définit la notion « d'économie clinique » (Sachs, 2006), à travers laquelle il identifie les causes géographiques et sociales qui bloquent le développement économique. Il diffuse ainsi la notion de « trappe de pauvreté » dans laquelle seraient notamment tombés les pays les plus pauvres d'Afrique (Sachs et al, 2004), qui se caractérise par l'existence d'obstacles multiples à la croissance, comme l'enclavement géographique ou la malaria (Sachs et Malaney, 2002).

S'opposant aux critiques sur l'inefficacité de l'aide, Sachs propose une augmentation massive de l'APD pour surmonter ces obstacles et atteindre les OMD :

“Rather than focus on improving institutions in sub-Saharan Africa, it would be wise to devote more effort to fighting AIDS, tuberculosis, and malaria; addressing the depletion of soil nutrients; and building more roads to connect remote populations to regional markets and coastal ports. In other words, sub-Saharan Africa and other regions struggling today for improved economic development require much more than lectures about good governance and institutions. They require direct interventions, backed by expanded donor assistance, to address disease, geographical isolation, low technological productivity, and resource limitations that trap them in poverty. Good governance and sound institutions would, no doubt, make such interventions more effective” (Sachs, 2003, p.1”).

En 2001, un rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS présidé par Jeffrey Sachs et intitulé « Investir dans la santé pour le développement économique » entérine et diffuse cette thèse d'une relation positive de la santé sur la croissance : « l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme ».

Cette nouvelle conceptualisation est donc à l'origine de l'augmentation des ressources d'aide dans le secteur de la santé. L'investissement massif dans certaines pathologies à travers le fonds mondial sera ainsi soutenu par le rapport Sachs et le Fonds mondial créé en 2002.

Moatti et Ventelou (2009) soulignent également les limites de cette modélisation, comme la sous-évaluation de la thèse des rendements décroissants de l'aide, ou l'inflation salariale nécessaire à la stabilisation des personnels de santé.

Malgré ces limites, les travaux démontrant l'impact de l'amélioration de la santé sur la croissance peuvent être considérés comme des objets actants puisqu'ils favorisent l'économisation du champ de la santé globale. La création d'une logique d'investissement constitue également un système d'intéressement permettant de mobiliser des financements publics et privés.

Au sein de cette dynamique d'économisation plusieurs stratégies s'affrontent, dont les plus emblématiques sont la logique redistributive de Jeffrey Sachs, qui génèrera les violentes attaques néolibérales de William Easterly sur « l'idéologie du développement » (Easterly, 2006, 2007, 2013).

b) Vers un système assurantiel ou « prépaiement »

A l'issue des indépendances, les nouveaux Etats optent massivement pour une gratuité des soins, marquant ainsi une rupture avec la ségrégation des systèmes coloniaux.

Par la suite, les difficultés financières associées à la mise en place des ajustements structurels, ainsi que les inefficacités constatées dans l'affectation des ressources, ont conduit à la mise en place d'une stratégie de recouvrement des coûts définie par l'Initiative de Bamako (1987).

Correspondant à la mise en œuvre de la doctrine libérale dans les pays en développement alors promue par la BM et de nombreuses institutions internationales, elle instaure la participation financière des patients. Son objectif est d'apporter une réponse aux besoins de financement du secteur, mais également d'instaurer un mécanisme de marché permettant d'améliorer l'affectation des ressources et la qualité des soins, ce qui permettra également aux structures publiques de concurrencer le secteur privé alors en plein essor.

Cette participation financière des patients pose toutefois la question de l'égalité de l'accès au soin, qui fera l'objet de nombreuses analyses d'élasticité entre la demande et le coût des soins. Dans une présentation historique des modèles macroéconomiques utilisés, Cissé et al (2005) montrent comment les fondements théoriques et les méthodes utilisées expliquent les résultats disparates obtenus. A l'opposé des théories économiques dominantes, les premières études encouragées par la BM démontrent l'inélasticité de la demande par rapport au coût, y compris pour les plus pauvres, ce qui éliminait la question de l'inégalité de l'accès aux soins. Ces résultats sont ensuite contestés par d'autres modèles intégrant de nouvelles variables, qui seront à leur tour mis en cause par de nouveaux modèles intégrant la qualité des soins. Le débat conduira ainsi à proposer l'affectation de la participation des patients à l'amélioration de la qualité des soins.

Toutefois, au-delà des débats et controverses sur les modélisations économétriques utilisées, différentes enquêtes et analyses multi-pays montreront ensuite l'importance de ces frais de santé dans le budget des plus pauvres, qui selon l'OMS conduisent chaque année des millions de patients à basculer sous le seuil de pauvreté, et imposent à une part plus large de la population des coûts jugés catastrophiques (40% des revenus hors biens de subsistance allant aux soins de santé selon Xu et al. (2003). Il sera ainsi démontré (Cissé et al, 2007) que la stratégie de recouvrement des coûts a eu un effet très inégalitaire, en limitant l'accès aux soins des populations les plus pauvres, y compris pour des activités de prévention élémentaire.

En termes d'efficacité, les revues de littératures réalisées (James et al, 2006) tendent à démontrer que la stratégie de recouvrement des coûts n'a apporté aucun des effets positifs escomptés en termes d'efficacité :

« Le recouvrement des coûts n'a en rien constitué une réponse aux problèmes de financement d'ensemble des systèmes de santé, ne contribuant jamais pour plus de 5 % au total des dépenses, et ne s'est accompagné d'aucun gain d'efficacité significatif à l'échelle d'ensemble. Le fait que la majorité du financement provienne de paiements directs aggrave même les inefficacités en limitant le pouvoir de négociation des autorités publiques face aux professionnels de santé et autres offreurs de soins. C'est sans doute sur ce point – le défaut d'incitation microéconomique – qu'est intervenue la déception la plus grande de l'Initiative de Bamako... » (Moatti et Ventelou, 2009, p.9)

Parallèlement, certains travaux réalisés sur les expériences de gratuité des soins dans plusieurs pays montrent que tout en favorisant l'accès des plus pauvres, ce système s'avère également inégalitaire puisque le quintile le plus riche de la population, plus à même d'identifier les services et d'exprimer ses besoins de santé, accaparerait 29% des dépenses, alors que 13% seront consacrés au quintile inférieur. (Preker et Langenbrunner, 2005).

Dès lors, sous l'impulsion du BIT et de l'OMS en 2005, puis du G8 en 2007, un consensus s'est établi pour diminuer la part de financement direct des patients au profit de système de mutualisation et d'assurance du risque, notamment les assurances maladies universelles.

Toutefois, Moatti et Ventelou (2009) concluent en soulignant les difficultés associées à la mise en place d'un système assurantiel, en particulier concernant la nécessaire mise en adéquation progressive de l'offre de soin de santé avec la demande, en particulier sur un plan géographique (Dussault et al, 2006).

c) Recherche biomédicale, droits de propriété et tarifs différenciés

La théorie économique de l'innovation cherche à allier l'existence de droits de propriété permettant une rente d'innovation favorisant la recherche et développement, avec la nécessité de considérer la connaissance comme un bien public afin de favoriser l'émergence de faisceaux d'innovation.

Moatti et Ventelou (2009), s'appuyant sur l'ouvrage de Suzan Sell « Private power, public law: the globalization of intellectual property rights » (2003), jugent que cet équilibre a été rompu dans les années 1980. A l'occasion de cette période de forte libéralisation, les multinationales et en particulier les laboratoires pharmaceutiques, ont réussi à imposer à travers les règles de l'OMC un standard international de protection absolue des brevets. Cette nouvelle réglementation entrainera alors une multiplication des brevets dont le champ d'application est critiqué par de nombreux microéconomistes.

La concentration du secteur a dès lors favorisé la création d'oligopoles générant un phénomène de rentes au profit des laboratoires, qui les ont incité à cibler le segment de la demande la plus solvable au détriment d'une diffusion de masse. Ces politiques tarifaires ont dès lors exclu la majorité des populations de PED de l'accès à ces médicaments.

A l'occasion de l'épidémie de Sida, l'activisme de certains gouvernements comme le Brésil, d'agences onusiennes et de la société civile, a permis d'obtenir la possibilité de pratiquer des tarifications différenciées dans les PED. Des traitements, dont le coût annuel atteignait plusieurs dizaines de milliers de dollars dans les pays de l'OCDE ont été disponibles pour quelques centaines dans les PED.

S'appuyant sur les travaux de l'agence française de lutte contre le sida, Mouati et Ventelou soulignent (p.12) « le rôle clé de la concurrence générique dans cette baisse des prix et l'importance d'un cadre institutionnel permettant des clauses d'exception aux règles internationales de la propriété intellectuelle, notamment la possibilité de recours à des licences obligatoires, pour garantir cette concurrence ».

En effet, l'évolution des traitements de VIH vers des molécules « de seconde ligne » pour lesquelles il n'existe pas de générique entraîne une multiplication des coûts impossibles pour de nombreux pays. Ce phénomène est également le même pour les nouveaux traitements de la malaria ou de la tuberculose, les précédents étant rendus de plus en plus inefficaces à cause des phénomènes de résistance rencontrés.

Moatti et Ventelou concluent en rappelant que les lignes d'oppositions entre acteurs resteront au cœur des logiques d'influence sur la promotion des politiques nationales de Couverture Sanitaire Universelle.

d) « Dépasser la dichotomie entre programmes verticaux et système de santé »

Sur un plan théorique, Moatti et Ventelou (2009) présentent ici le risque existant entre ce qu'ils nomment « deux prophéties autoréalisatrices », qui correspondent à la tension existante entre le renforcement de l'appropriation des états bénéficiaires par la mise en œuvre de politiques nationales ciblant des soins de santé de base d'une part, et la mise en place de politiques globales mises en œuvre à travers des fonds verticaux et ciblant des pathologies spécifiques d'autre part.

La première prophétie consisterait donc en une croissance à travers les instruments verticaux qui ont permis une forte augmentation des financements d'APD dans le secteur, mais qui continuerait parallèlement à éclater des dispositifs d'aide au développement déjà très complexes (Schieber et al., 2007), et à désorganiser les politiques et les systèmes de santé des pays bénéficiaires.

La seconde prophétie serait le retour à des systèmes nationaux centrés sur les besoins primaires (comme les OMD 4 et 5), qui avait conduit de nombreux économistes de la santé à refuser la mise en place des traitements ARV dans les PED.

Moatti et Ventelou appellent donc à un effort de recherche, mobilisant l'économie de la santé et l'économie du développement, pour concevoir des politiques favorisant « une approche diagonale » (Sepúlveda et al, 2006) ou un mélange des deux approches qui permettrait de valoriser les effets d'entraînement des politiques globales sur les systèmes de santé nationaux.

2. La santé globale – une dynamique sécuritaire et un cadrage néolibéral

Cette section a pour objet de présenter les recompositions et les dynamiques du secteur dans le contexte d'émergence de la « santé globale ».

Après la création de l'OMS en 1948, les années 1950 à 1970 seront marquées par la médecine coloniale et l'hospitalocentrisme, alors que la décennie suivante sera marquée par différentes chartes et déclarations promotrices d'une volonté de rendre les soins essentiels « universellement accessibles à tous les individus » consacrées lors de la conférence d'Alma Ata en septembre 1978 (Kerouedan, 2013).

Toutefois, l'absence de référentiel et l'importance des ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre d'une telle initiative seront à l'origine de nouvelles propositions, basées sur le contrôle des maladies endémiques. « L'objectif sera alors de se focaliser sur un petit nombre de problèmes graves (en termes de morbidité et mortalité), touchant une large population et pour lesquels des interventions efficaces peuvent être mises en place à moindre coût » (Nauleau et al, 2013). Les cibles sont notamment la vaccination, la promotion de l'allaitement, la distribution d'antipaludéens et la réhydratation orale (Walsh, Warren, 1979). La conférence de Bamako, réalisée en 1987 sous l'égide de l'UNICEF, s'inscrira dans cette logique d'efficacité et posera également les bases d'une stratégie de recouvrement des coûts par les populations bénéficiaires.

Dans les années 1990 apparaissent de nouveaux enjeux politiques et sécuritaires liés à la mondialisation, en particulier la vulnérabilité des pays riches à l'épidémie de Sida, qui font apparaître une nouvelle conception de la santé internationale.

La « santé globale » devient alors un élément clé de la politique étrangère des Etats-Unis, qui « imposent rapidement leur leadership à la fois institutionnel et financier dans l'élaboration de stratégies sanitaires internationales, grâce à l'appui d'agences de coopération et de programmes spécialisés (USAID, PEPFAR), de fondations (Rockefeller, Gates), mais aussi de nouveaux partenariats public-privé (GAVI, Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme) » (Nauleau et al, 2013).

Atlani-Duault et Vidal (2013b) définissent « le moment de la santé globale » à travers trois caractéristiques, « sa dimension transnationale », puis son inscription « dans un tournant sécuritaire » et « dans l'agenda néolibéral » qui apportent un éclairage pertinent sur la performance des politiques de santé globale.

Nous présentons ci-après dans un premier point le tournant sécuritaire qui a permis la création de nouvelles coalitions d'acteurs, puis dans un second point sa capacité à fournir au paradigme libéral un nouveau cadre d'expansion et de réinvention.

a) Un tournant sécuritaire qui favorise de nouvelles coalitions d'acteurs

Dans sa dimension transnationale, la santé globale met en particulier au cœur de ses préoccupations :

- un accroissement des mouvements de circulation globale des personnes (réfugiés, tourisme médical, fuite des cerveaux, etc.), des produits (médicaments, organes, etc), et des techniques (essais cliniques transnationaux, etc.),

- l'augmentation des inégalités dans l'accès aux soins entre les zones nord et sud comme entre pays du sud ;
- l'homogénéisation des pathologies à travers le développement au sud des maladies jusqu'ici caractéristiques du nord (maladie cardiovasculaire, diabète), et la dissémination de maladies infectieuses dans de nouvelles zones.

Différents chercheurs définissent le passage de la santé internationale à la santé globale comme le moment où les causes ou conséquences de pathologies « contournent ou ignorent les frontières territoriales nationales et exigent des réponses qui dépassent la seule capacité des institutions étatiques » (Lee, Fustukian et Buse, 2002, p. 5).

Dans une perspective plus critique, les auteurs de l'ouvrage collectif coordonné par Atlani-Duault et Vidal (2013a) démontrent, en mobilisant différentes études de cas, qu'elle se concrétise plutôt à travers la réalisation de nouvelles coalitions d'acteurs, encouragées par les organisations du nord et répondant à un objectif de protection de leurs propres populations.

Pour ces auteurs, le tournant sécuritaire associé à la santé globale répond à l'augmentation du risque de diffusion de maladies dangereuses comme le VIH puis le SRAS, la Grippe aviaire, H1N1 ou Ebola, lui-même aggravé après le 11 septembre 2001 par les menaces de bioterrorisme et par le risque de création de foyers terroristes dans les sociétés très impactées par l'épidémie de Sida. Il est initié par la publication en 1997 du rapport de l'Institute of Medicine sur « America's Vital Interest in Global Health ». Ce nouvel intérêt pour les gouvernements donateurs permet alors une forte augmentation du volume d'aide publique au développement accordée au secteur, de 5,6 milliards de dollars en 2001 à 27,1 milliards en 2010 selon le Comité d'aide au développement de l'OCDE.

Comme l'analysent Ventelou et al (2013), les fonds verticaux ciblant des maladies spécifiques représentent à eux-seul 50% de ces augmentations, alors que l'aide dédiée au secteur de la santé passait dans la même période de 13 à 16% du total de l'APD, suivant à peu près son augmentation globale. Dans la même période certaines fondations privées ont considérablement augmenté leur financement, la Fondation Bill et Melinda Gates (FBMG) octroyant à elle seule 1 milliard de dollars par an à la santé dans les PED entre 2005 et 2010.

Dans ce cadre, Atlani-Duault et Vidal (2013b) soulignent que l'on a affaire sur le terrain à une recomposition des acteurs en présence. Ces derniers intègrent des ONG, qui ont mené d'importantes batailles pour la gratuité des soins et la levée de contraintes associées aux brevets des laboratoires pharmaceutique sur les anti-rétroviraux, mais aussi de laboratoires comme Merck, Pfizer, ou encore des fondations privées.

Chabrol (2013) décrit cette recomposition des réseaux d'acteurs associée à la santé globale dans le paragraphe suivant :

« Le glissement sémantique de la « santé (publique) internationale » à la « santé globale » rend compte de processus historiques et politiques aux termes desquels les acteurs traditionnels (coopérations bilatérales) et multilatéraux, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont vu leur influence concurrencée par la Banque mondiale, les ONG, les universités, les fondations philanthropiques, puis les nouveaux mécanismes de financement de l'aide internationale ; en somme, une palette d'acteurs publics et privés intervenant conjointement, parfois en concurrence, dans le domaine des politiques de développement sanitaire au niveau mondial (Brown, Cueto, Fee, 2006). Le

succès du terme caractérise l'imbrication croissante entre ce qui relève du secteur privé et du secteur public dans le domaine de la santé, en particulier sur le plan des intérêts – économiques, commerciaux, scientifiques – des acteurs qui composent ce champ d'intervention ».

Cette recomposition, qui voit les états et leurs instruments de coopération concurrencés par l'émergence d'acteurs financiers, privés, académiques, philanthropiques, est illustrée dans l'article de Chabrol (2013) à travers le cas « Les antirétroviraux au Botswana ».

Le Botswana est un petit pays d'Afrique Australe dont l'exploitation des ressources diamantaires a permis la création d'un état développementaliste modèle, les ressources étant investies dans des infrastructures et des politiques sociales de qualité. Dans les années 1970 et 1980, le pays bénéficie d'une croissance à deux chiffres et met en place un système de santé gratuit.

Au cours de la fin des 1990, l'épidémie de Sida prospère au sein d'une l'Afrique Australe, zone marquée par les fortes migrations du travail associées à l'ancien régime d'apartheid (Fassin, 2000). En 1999, le Botswana devient le pays le plus touché par l'épidémie, ce qui entraîne l'effondrement des structures sanitaires et met en cause son modèle économique et social.

En 2000, le Président de cette république démocratique, qui a été fonctionnaire du FMI avant de devenir Ministre des finances puis Gouverneur de la Banque centrale de son pays, déclare l'épidémie « urgence nationale », soulignant que sa population est menacée d'extinction. Sa proximité diplomatique avec les Etats-Unis, et la solidité de ses infrastructures sociales qui n'ont pas été impactées par les PAS, vont favoriser l'accès du pays au financement d'antirétroviraux par une coalition d'acteurs privés, philanthropique et académique.

A la même époque, une intense campagne internationale destinée à permettre l'accès des populations pauvres aux antirétroviraux cible les laboratoires pharmaceutiques producteurs, qui résistent en soulignant le coût de recherche et le développement associé à ces traitements et la faible capacité des systèmes sanitaires concernés à assurer leur distribution efficace. Au début des années 2000, les laboratoires lancent alors des projets visant à renforcer les systèmes de santé pour permettre la diffusion de leurs produits, qui font parfois l'objet d'un tarif préférentiel négocié avec les Etats. Ces approches constituent une inflexion de la position des laboratoires, qui leur permet de s'opposer à la libéralisation de la propriété intellectuelle des traitements alors recommandée par l'OMS et réclamée par de nombreux Etats et ONG.

Dans ce contexte, Chabrol (2013) détaille la façon dont une fondation du laboratoire Merck destinée à faciliter l'accès aux traitements dans les pays africains, s'est associée à la Fondation Bill et Melinda Gates (FBMG), qui démarrait alors ses activités de financement en faveur de la « santé globale ». L'accord porte sur un financement expérimental de 100 millions USD sur un seul pays, condition qui exclut la participation d'institutions publiques et ONG alors en cours de négociation avec les laboratoires pour l'ensemble des pays en développement. Alors que plusieurs pays sont étudiés, le « Havard Aid Institut » défendra, auprès des responsables de Merck et de la FBMG, l'intérêt d'une mise en œuvre au Botswana, pays avec lequel l'Institut entretient des relations en matière de recherche biomédicale. La faible taille du pays, la qualité des infrastructures sanitaires, l'implication directe du Président de la République et la capacité financière du pays, seront alors évaluées comme des facteurs de succès du projet, qui permettront le choix du Botswana malgré l'avis du gouvernement américain qui souhaitait privilégier le partenaire Ougandais.

Au-delà du financement de 100 millions USD, le projet intègre un accord de don de médicaments antirétroviraux en échange d'un engagement du Botswana à ne pas recourir à la consommation de génériques.

Ce projet permet alors à Merck de soutenir sa position de défense de la propriété intellectuelle de ses brevets et de ses tarifs face aux grands pays qui s'y opposent comme le Brésil. Il renforce également le leadership du Botswana dans la lutte contre le Sida dans la région, ce qui fragilise une position sud-africaine déjà très controversée. Ce projet permet donc à Merck de s'opposer au mouvement international en faveur d'une négociation globale pour l'accès à la production d'antirétroviraux génériques par les PED.

Chabrol (2013) met également en perspective l'expansion de la recherche biomédicale au Botswana dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet. L'Aid Institut de l'école de santé publique de Havard avait développé sur place le laboratoire « Boswana – Havard », qui voyait alors certains programmes de recherche compromis par le renforcement des règles éthiques au niveau international (Angell, 1997, Wendland, 2008). Les chercheurs ont alors élargi ces programmes de recherche au suivi des patients et les ont intégré à la phase pilote du projet qu'ils ont eux-mêmes mis en œuvre. Progressivement les phases d'expérimentation pilotes se sont ensuite normalisées dans les programmes d'accès au médicament. La généralisation des traitements antirétroviraux en Afrique s'est ainsi accompagnée d'une croissance de la recherche biomédicale et de ses pratiques de coopération, ouvrant également de nouveaux espaces de carrières aux chercheurs à travers la création de nombreux départements de recherche en « santé globale ». Les laboratoires publics américains (National Institutes of Health (NIH), britanniques (Medical Research Council), français (Agence nationale de recherche sur le sida), comme les acteurs pharmaceutiques et philanthropiques, étant les principaux financeurs de ces programmes (Macfarlane, Jacobs, Kaaya, 2008 ; Crane, 2010).

Comme le souligne Chabrol (2013, p.16), « ces alliances étroites (Botswana-Harvard, le partenariat entre l'école de santé publique Johns Hopkins et l'Ouganda, le Medical Research Council britannique au Kenya) demeurent déterminées, d'une part, par l'accessibilité des patients et la coïncidence entre les priorités biomédicales et l'épidémiologie d'une population et, d'autre part, l'état des structures sanitaires, la stabilité politique et l'efficacité de la régulation éthique. Ainsi, en plus des inégalités sanitaires, se dessinent ou se renforcent des inégalités entre États selon leur niveau de développement économique et sanitaire. »

Ces nouveaux réseaux d'acteurs, qui se coalisent au cas par cas en fonction de leurs intérêts respectifs, structurent ainsi une nouvelle offre de financement face à laquelle les pays en développement se retrouvent en situation de concurrence. Dès lors, ce marché entraîne une adaptation des politiques nationales, comme le précise Kerouedan (2013, p.14) :

« En pratique, ce sont les décisions de financement qui dictent les politiques, avec d'autant plus d'effet de distorsion des systèmes de santé que les volumes de financement sont importants. Le Conseil d'administration du Fonds mondial peut par exemple décider de financer en priorité le traitement des malades atteints de sida ou la lutte contre le sida en direction de certains groupes considérés comme étant à risques. L'ensemble des pays va s'aligner sur ces incitations même si ces priorités ne sont pas les leurs ».

En étant centrées sur des objectifs stratégiques du Nord, les initiatives de santé globale peuvent se désintéresser des besoins spécifiques des plus pauvres. Comme le souligne Dominique Kerouedan (2013, p 15) : « les dirigeants des instances mondiales publiques et

privées (...) choisissent, de fait, les personnes ou les malades qui peuvent être sauvés, selon les menaces et les risques que ces malades font peser (ou non) sur les populations et la sécurité des nations riches », ce qui contrevient au principe d'équité de la santé publique.

Par ailleurs ces incitations déstabilisent les systèmes de santé nationaux en générant des effets de concurrence au sein des personnels de santé, car la nécessité de stabiliser les médecins et personnels soignants génère des augmentations salariales qui se répercutent sur l'ensemble de la profession (Ventelou et al, 2013, p.14) :

« Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne touchés par l'épidémie, les dépenses consacrées au Sida ont dû leur rapide augmentation au fait d'être fortement subventionnées par l'aide internationale, qui continue de fournir plus des trois quarts des ressources du domaine. Les nécessaires améliorations salariales à consentir aux professionnels de santé pour les retenir, et faire face à la crise des ressources humaines dans les systèmes publics de santé, peuvent entraîner un effet de contagion sur l'ensemble de la fonction publique, et contribuer à alourdir excessivement les déficits publics.

b) La CSU : un nouveau cadre de l'agenda néolibéral ?

L'exemple des antirétroviraux au Botswana illustre également la façon dont la santé globale favorise l'imbrication des intérêts publics et privés à travers la création de nouvelles coalitions d'acteurs aux intérêts multiples. Pour reprendre Atlani-Duault et Vidal (2013b, p.6) :

« L'accent est mis sur la déterritorialisation des réseaux et coalitions d'acteurs (agences étatiques, fondations, ONG, laboratoires pharmaceutiques, institutions internationales multiples) et des systèmes de surveillance – avatar « global » de la surveillance sentinelle en épidémiologie, classiquement localisée à une autre échelle, plus réduite –, dont la visée principale est la détection des risques et la réponse rapide aux catastrophes sanitaires à portée potentiellement internationale ».

En ciblant un petit Etat dont la population est alors inférieure à 2 millions d'habitants, l'exemple illustre la façon dont la mise en œuvre des programmes de santé globale s'appuie sur une extension de la logique humanitaire dans le domaine de l'aide au développement, qui favorise paradoxalement une approche localisée au détriment d'une approche globale.

Comme le précise Atlani-Duault et Dozon (2011, p. 400) :

« des logiques qui ont été porteuses de nouvelles formes de militantisme et de protestation, mais qui se caractérisent aussi par des actions éparpillées en microprojets locaux, souvent limités dans l'espace et dans le temps, et qui tendent à traduire des phénomènes d'injustice et d'inégalité politiques et économiques en appel à la compassion et à la réparation au cas par cas ».

Dans l'article « Le stade Dubaï de la santé publique », Guillaume Lachenal s'appuie sur une démarche historique pour faire une parallèle entre la santé globale et le texte du géographe Mike Davis « le stade Dubaï du capitalisme » (Davis et alii, 2007) :

« Un modèle fondé, par analogie avec le développement soudain de la métropole du Golfe persique, sur l'investissement spéculatif, sur l'afflux soudain de liquidités tirées de l'extraction de ressources, sur de nouvelles connections géographiques, dont le centre

de gravité s'éloigne du monde euro-américain, et sur une esthétique à la fois futuriste et nostalgique – la mélancolie post-fordiste. Cet article explore comment la santé globale, précisément parce qu'elle est fondée sur un afflux formidable et soudain de liquidités, sur la projection spéculative de futurs – celui de l'éradication du VIH, par exemple – et sur des formes de dépossession et de ruine organisées dans le cadre des réformes néolibérales des systèmes de santé des pays du Sud, constitue un « stade Dubaï de la santé publique », suscitant les mêmes anticipations futuristes et les mêmes évocations nostalgiques – et méritant, peut-être, la même critique radicale ». (Lachenal, 2013, p.4).

Lachenal décrit tout d'abord les « anticipations futuristes » à travers l'analyse du débat pour l'adoption du « Traitement as Prevention » comme modèle d'éradication du Sida, qui propose de recourir aux antirétroviraux pour éliminer la transmission mère/enfant. Suivant un modèle mathématique publié en 2009, cette stratégie permettrait de briser la diffusion de l'épidémie pour l'éradiquer à l'horizon 2050 : « le traitement, rendu universel et étendu à des personnes infectées récemment, sans signes biologiques de progression de la maladie, pourrait servir de prévention à l'échelle collective ».

Alors que cette stratégie est largement remise en cause, notamment par nombre de références historiques, par des considérations éthiques et par l'impossibilité d'assurer sa mise en œuvre sur l'intégralité du territoire dans la durée considérée, le succès de l'éradication de la variole est mis en avant par les acteurs pour encourager une démarche spéculative en faveur des financements accordés aux antirétroviraux, alors même que les acteurs savent que les promesses en matière d'éradication du HIV ne pourront être tenues. Même illusoire, cette promesse est souvent défendue car elle apparaît nécessaire pour poursuivre et intensifier la mobilisation des financements en faveur d'une généralisation des ARV.

Ce cas illustre le risque d'une focalisation de la global health vers la solvabilité d'un marché en croissance au détriment des options préventives, comme le souligne également Kerouedan (2013, P.13) :

« Il n'est pas inintéressant de s'apercevoir que l'objectif de « Couverture sanitaire universelle », prôné par l'OMS pour financer les systèmes de santé (OMS, 2010), semble faire consensus lors des travaux préparatoires à l'agenda du développement pour l'après 2015 (Haines et alii, 2012). Si cet objectif peut sembler à première vue séduisant, ses effets attendus ne sont pas tant de réduire le nombre de malades que de réduire le nombre de pauvres en réduisant le nombre de ceux qui basculent dans la pauvreté du fait du paiement des soins. Le risque de choisir cet objectif de couverture sanitaire universelle est de continuer d'entraîner les pays en développement à se focaliser sur la question de savoir comment financer la prise en charge de malades de plus en plus nombreux plutôt que de réfléchir à des stratégies contribuant au contraire à prévenir les maladies. Autant de sujets à propos desquels le Prix Nobel d'économie Amartya Sen invite nos démocraties à discuter (Sen, 2000), ce qui n'est pas facile dans nos sociétés sous l'emprise de puissants lobbies ».

En intégrant l'évolution des différents paradigmes économiques de la santé internationale exposés précédemment, la santé globale s'est ensuite incarnée dans le cadre positif de la CSU, comme le précise Kérouedan (2013) :

« La « Global health » dépasse ensuite les problèmes de santé qui transcendent les frontières, pour s'intéresser à la question de l'accès et de l'équité des soins. En 2009, le

concept est défini par Koplan et al comme: “*an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people*”. Après une première phase issue d’une dynamique sécuritaire et marquée par une tension entre organisations internationales, le concept de « santé globale » s’est donc aujourd’hui recentré sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), qui constitue une approche positive promue par l’OMS et la Banque Mondiale et vise le renforcement de systèmes nationaux. »

Dans une approche sociologique, Nauleau et al (2013) présentent la CSU de la façon suivante :

« il s’agit d’un idéal qui se caractérise avant tout par son incontestable désirabilité, propice à rallier les adhésions. C’est donc en termes de cheminement que sont formulés les cadres stratégiques et opérationnels des organisations parties prenantes. La CSU se définit alors comme un « référentiel d’objectifs » qui permet une convergence de « forums » en un consensus faiblement normatif et contraignant (Lautier, 2010)...

...La CSU renvoie donc aux notions d’équité, de justice sociale et de qualité des soins, sans préciser ce que doit être le paquet minimal de la couverture. Elle énonce de grands principes généraux, formulés comme une rhétorique qui fait l’objet de mise en récit plus qu’elle ne se traduit par des dispositifs concrets ou contraignants : il s’agit avant tout de *soft power*. Il existe diverses façons d’y tendre, et l’OMS valorise différents cheminements, selon des modalités désormais courantes d’échange de bonnes pratiques, de *benchmarking* et d’expérimentation. Selon le site de l’Organisation dédié au « Financement de la santé et couverture universelle » : « Les réformes du financement de la santé et les mesures permettant aux pays de s’approcher de la couverture universelle peuvent prendre de nombreuses formes, mais elles doivent surtout être adaptées au contexte. Il n’existe pas de modèle en la matière ».

« Les moyens à mettre en œuvre sont donc laissés à la souveraineté des Etats (conseillés et soutenus par les organisations internationales, grande ONG, fondations, firmes, etc.) en fonction des priorités et contextes nationaux. Les Etats ne sont redevables que de leur progression, voire de l’évocation qu’ils font des objectifs de la CSU ».

Pour illustrer la diversité des approches utilisées, Nauleau et al (2013) présentent trois modèles qualifiés par l’OMS de « En marche vers la CSU » ; qui articulent différents rapports entre états et marchés : le modèle étatiste de Cuba, le modèle indien « de marché et d’assurance », et le modèle « subsidiariste » sénégalais.

Cuba représente un modèle étatiste, égalitariste et universaliste qui s’est construit depuis la révolution de 1957, dont les indicateurs témoignent d’une réussite effective (Graber, 2013) : l’espérance de vie est ainsi la même qu’au Etats-Unis (79 ans), le taux de mortalité infantile est le plus faible d’Amérique latine (7/1000) et les structures de santé primaire couvrent 97% du territoire (Graber, 2013). En termes d’offre, l’île dispose d’1 médecin pour 150 habitants, contre 1 pour 299 en France et d’1 pour 5000 en Afrique subsaharienne. La part du PIB

consacrée aux dépenses de santé est de 11%, soit un niveau similaire à la France¹⁹, mais bien supérieur au 4,7% de l'Inde et du Sénégal. Elle est passée de 5 à 11% entre 1994 et 2015.

Ce système de santé constitue l'une des premières sources de légitimité du régime vis-à-vis de la population cubaine. C'est également l'une des premières vitrines extérieures, puisque Cuba forme chaque année environ 5 000 médecins étrangers et envoie 50 000 médecins dans différents PED, dont 30 000 au Venezuela. Si certaines missions correspondent à des échanges contre des matières premières, qui sont parfois qualifiées de marchandisation de succès de la révolution (Graber, 2013), d'autres sont humanitaires, comme le montre l'envoi récent de plusieurs centaines de médecins dans les pays d'Afrique touchés par le virus Ebola.

Cette voie étatiste a été développée par nombre de pays développementalistes avant d'être mise à mal par les ajustements structurels et/ou abandonnée à cause de leur coût. Toutefois l'expérience de Cuba montre qu'elle constitue toujours une voie possible.

En **Inde**, le système de santé est jugé très inégalitaire, en fonction de l'origine socio-économique des patients, des disparités géographiques et du genre. Le faible investissement public a favorisé la croissance d'une offre privée, ce qui a généré de fortes inégalités renforcées par la diversité des pathologies entre la population aisée (obésité, maladie, cardiovasculaire, etc.) et défavorisée (malnutrition, infections, mauvaises conditions d'hygiène, etc.).

Pour limiter cette aggravation, qui entraîne une perte de cohésion sociale et de légitimité politique, le gouvernement a mis en place un programme destiné à limiter le nombre de personnes sombrant dans la pauvreté suite à d'importantes dépenses de santé (estimé à 40 millions par an). L'objet de ce programme est la prise en charge progressive par l'état d'une prime d'assurance, souscrite auprès de compagnies privées, pour couvrir les frais d'hospitalisation des populations à hauteur de 650 USD annuels par famille et qui contient de nombreuses limitations.

Ce système est en cours d'élargissement, mais ne couvre qu'une part limitée des soins et de la population. Des projets d'extension d'une assurance universelle vers les couches les plus solvables, et intégrant des cotisations, sont par ailleurs actuellement à l'étude. La part du PIB consacrée aux dépenses de santé est passée de 4 à 4,7% du PIB entre 1994 et 2015²⁰.

Le **Sénégal** est qualifié par Nauleau et al (2013) de système « subsidiariste », car il allie des assurances existantes associées aux emplois formels publics et privés, des programmes spécifiques de gratuité destinés à certaines populations ou traitements (personnes âgées, femmes enceintes, traitement ARV), et le développement de mutuelles communautaires pour le reste de la population. La part du PIB consacré aux dépenses de santé est passée de 3,9 à 4,7% entre 1994 et 2015.

Les auteurs soulignent deux principales limites rencontrées lors de la mise en œuvre du système. Tout d'abord la mutualisation globale des risques, jugée nécessaire par certains chercheurs pour assurer une solidarité entre pauvres et riches, est limitée par la fragmentation des dispositifs (assurances pour les emplois formels/ mutuelles communautaires, programme

¹⁹ Banque Mondiale (2014) - <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

²⁰ Banque Mondiale (2014) - <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

de gratuité pour les plus vulnérables). Cette limitation, associée à une faible capacité contributive des populations du secteur informel, limite de fait les capacités de prise en charge des mutuelles communautaires. Elles risquent donc de constituer un modèle de santé pour les pauvres limités aux soins de base, ce qui limitent leur attrait pour les populations plus solvables à même de rejoindre le système formel ou privé. De plus, certains travaux montrent qu'au Sénégal, la mise en place de mutuelles communautaires a nécessité l'intervention d'une autorité publique régulatrice (Criel, Van Dormael, 1999 ; Carrin, Waelkens, Criel, 2005), ce qui rend leur développement complexe.

Le modèle sénégalais illustre bien les difficultés que pose la notion d'universalité dans le cadre de la CSU : (i) certains soins peuvent être considérés comme un bien public alors que d'autres plus sophistiqués relèveraient du système marchand, et (ii) la mutualisation globale des risques soutenus par certaines institutions comme le BIT s'oppose à une vision plus libérale du système assurantiel.

Comme le précisent Nauleau et al (2013, p.15) la Couverture Sanitaire Universelle est ainsi un objectif fondé sur la notion de bien public, dont la mise en œuvre au niveau national s'appuie sur une conceptualisation économique de la santé ouverte aux influences des coalitions d'acteurs associées à la santé globale.

« Tendue entre une conception en termes de marché, et une vision en termes de bien public, le référentiel de CSU est traversé d'enjeux stratégiques et de conflits latents ou explicites. L'objectif d'élargissement de la couverture promet en effet une considérable extension du marché, qui suscite des stratégies de négociation et de pression de la part de firmes, investies dans la production et la distribution de médicaments, de services et d'équipements, ou encore d'assurance ; mais aussi de la part d'organismes privés non lucratifs, églises, ONG et autres fondations, qui occupent de larges pans du « marché » de la santé. »

Or, les principales parties prenantes au développement de la CSU soutiennent un recours aux services privés, excluant la solution étatiste cubaine.

« Les incitations pour fournir des services efficaces, équitables et de qualité sont essentielles, que les prestataires de services appartiennent au secteur public ou privé. Il n'existe aucune preuve que les prestataires de services financés/détenus par des intérêts privés soient plus ou moins efficaces que les alternatives financées/détenues par les gouvernements. Du point de vue de la politique de financement de la santé, la décision sur une offre optimale des services nécessite une approche pragmatique plutôt qu'une approche idéologique » (OMS, 2010).

La nécessité de recourir au secteur privé pour faire face au manque de prestataires de santé, qui constitue souvent le principal frein à la mise en place de la CSU, est également soulevée par l'OCDE²¹. La question centrale devient alors le mode de régulation du secteur pour permettre d'intégrer les enjeux d'universalité et d'équité dans la mise en œuvre de la CSU, alors que la 58^{ème} Assemblée mondiale de la santé (2005) encourage la création de systèmes de mutualisation globale des risques et des coûts au travers de la fiscalité ou de dispositif assurantiel.

Pour reprendre Nauleau et al (2013, p.16) :

²¹ <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/differentpathstowardssustainableuniversalcoverage.htm>

Le défi réside donc en partie dans le degré de démarchandisation du secteur de la santé. La conception même de la CSU incorpore en effet l'objectif de « réglementer et (...) maintenir les fonctions fondamentales de répartition des risques, d'achats et de fourniture des services de base ». Freiner la réduction des prestations de santé à des marchandises, en particulier à l'égard des pauvres, par définition peu solvables, exige l'intervention de mécanismes de régulation, de conciliation, qui soumettent le degré de marchandisation de la santé aux objectifs d'équité et d'universalité. Les questions de financement sont donc centrales aux perspectives et aux choix qui orientent les différents « chemins » vers l'universalisation de la couverture en santé : financement de l'offre, financement solidaire de la couverture des risques, financement propre des ménages pauvres.

Dans l'article étudiant la mise en place de la CSU et l'amélioration de la santé maternelle et infantile, Moreno-Serra et Smith (2012) soulignent que beaucoup de facteurs peuvent influencer ce lien. L'effort de financement obtenu par le système assurantiel peut ainsi entraîner un processus d'éviction des financements octroyés par les gouvernements, alors même que l'amélioration de la santé des pauvres résulte principalement de financements publics. De plus l'augmentation des ressources résultant du système assurantiel et des financements internationaux, important pour les pays les plus pauvres, n'est efficace que dans les cas de bonne gouvernance et de bonne redevabilité.

3. La santé globale - a "transnational governance in the making"

Les travaux présentés ci-avant pour définir la santé globale montrent que les processus d'économisation et de globalisation du champ sont porteurs de réformes qui conduisent à une déconstruction des cadres de régulation historiques centrés sur les Etats, au profit d'une nouvelle régulation transnationale s'inscrivant dans la structuration de nouvelles coalitions d'acteurs.

Après une phase initiale de dérégulation de la santé publique dans le cadre des PAS, l'économisation de la santé internationale a entraîné l'ouverture du champ à de nombreux acteurs privés et associatifs. Cette nouvelle reconceptualisation scientifique constitue ainsi l'une des principales dynamiques de la reconfiguration du champ.

La globalisation des risques sanitaires et l'émergence d'une société civile internationale, conduit alors à un rapprochement des intérêts des populations du Sud et du Nord, qui sera à l'origine d'un virage sécuritaire constituant la seconde dynamique de reconfiguration du champ.

La promotion d'un agenda néolibéral, dans un secteur jusqu'ici fondé sur la notion de bien public et d'expertise technique, constitue une troisième dynamique de reconfiguration du champ.

Dans cette reconfiguration, les travaux présentés ci-avant montrent le champ de la santé internationale comme un terrain d'affrontement entre de multiples acteurs mobilisés par différentes dynamiques. De plus, les instruments de re-régulation ne sont plus essentiellement des cadres législatifs définis par les Etats, mais des objets disparates qui mobilisent des

idéologies, des financements, des conceptions théoriques, des politiques publiques ou des approches gestionnaires.

Cette perspective de ré-régulation transnational d'un champ institutionnel nous conduit à inscrire notre étude dans les travaux sur la *“transnational governance in the making and the concomitant re-ordering of the world”* développée par Djelic et al (2006), qui constitue un programme fécond dans laquelle s'inscrit notre objet d'étude.

Les analyses et études de cas présentés dans cette section mettent ainsi en perspective les dimensions structurantes de cette gouvernance transnationale dans le domaine de la santé, ainsi que les règles qui structurent son espace et ses dynamiques.

Les nouvelles coalitions d'acteurs associées aux cas Botswanais, Indien ou Sénégalais, mettent en perspective l'évolution du rôle des Etats au sein de cette nouvelle régulation :

“National regulatory patterns can quickly get transnationalized and transnational initiatives are having a local impact. States are active but they are themselves embedded in and constrained by regulatory actors and activities. State agencies negotiate with non profit associations, international organizations, standard setters and corporate actors. Interactions between organizations in state and non-state sectors are complex, dense and multi-directional. The allocation of responsibilities between them is in flux and .the borders between public and private spheres are increasingly fluid”. (Djelic et al, Introduction, 2006, p.3).

Les packages de réformes conçus et diffusés par la BM valorisent le rôle de la logique de marché, qui est associée à la structuration de ces nouveaux modes de régulation transnationale :

New regulatory modes – such as contractual arrangements, standards, rankings and monitoring frames – are taking over and are increasingly being used by states too (Hood et al. 1999). Interestingly, the proliferation and expansion of those new regulatory patterns is both shaped by market logics and has a tendency to introduce and diffuse market principles everywhere. Marketization is a force that permeates and drives transnational governance while transnational governance at the same times drives marketization further (Djelic & al, introduction, p.9).

Par ailleurs, les travaux sur la gouvernance transnationale permettent de conforter et de d'enrichir notre cadre d'analyse.

a) Ils mettent en perspective la complexité des logiques de réseaux qui sont présentées dans cette section, ainsi que la diversité des objets qui les structurent :

“The idea of regulatory networks points to complex interconnections between a multiplicity of individual and organizational actors – interconnections that can be direct or mediated. The idea also suggests organizational, cognitive and normative frames or arenas in which those interactions take place and are structured. Finally, with a focus on regulatory networks comes a question about their legitimacy and more generally about the legitimacy of private authority”. (Djelic & al, introduction, p.15).

b) Ils soulignent le rôle des institutions financières internationales dans le processus d'institutionnalisation des pratiques du NPM comme nouvelle forme de régulation :

“After being appropriated by many countries and key international organizations, such as the OECD, the World Bank or the IMF, NPM turned into a standard (Sahlin-Andersson 2000). When ideas and practices associated with NPM became strict requirements that countries had to meet to receive IMF loans, a management idea had turned into a harder form of regulation.” (Djelic & al, introduction, 2006, p.24).

c) Ils précisent la nécessité de replacer les études empiriques dans une perspective institutionnelle plus globale :

Hence, transnational re-regulation should not be looked at only through the prism of network connections or patterns of interaction. Activities, relationships but also actors or the development of actorhood itself are constituted and shaped by more diffuse and general cultural and institutional processes. Those cultural and institutional frames are often not directly visible but they can be studied through their effects and expressions. They can be revealed in particular if we shift our attention towards governance activities and processes. (Djelic & al, introduction, 2006, p.16).

d) Ils présentent la nécessité d'étudier la mise en œuvre des processus de re-régulation transnationale à l'oeuvre au niveau macro, meso et micro :

“The multi-level character of transnational governance is undeniably quite striking. If we want to capture this multi-level character, we suggest that it is important to overcome an analytical differentiation between macro, meso and micro processes. We need to approach evolving patterns of governance both as particular situations and configurations of actors and resources and as reflections of broader templates and forces that shape and structure our transnational world.” (Djelic & al, introduction, 2006, p.25).

e) Enfin, ils proposent une typologie des forces institutionnelles qui animent ce processus de re-régulation transnationale, dont elles constituent les règles de fonctionnement :

“(…) fields of transnational governance are fields of forces. Those fields are crossed and structured by powerful institutional forces that altogether constitute a transnational culture or meaning system. In this volume, we identify five such forces – scientization (Drori and Meyer this volume), marketization (Djelic this volume), formal organizing (Ahrne and Brunsson this volume), moral rationalization (Boli this volume) and a reinvented democratization (Mörth this volume). (Djelic & al, introduction, 2006, p.31).

Ces règles constituent ainsi les règles du jeu d'un processus de structuration, conçu comme un champ de bataille au sein duquel figurent des acteurs dominants et des acteurs secondaires luttant pour accroître leur influence et leur pouvoir :

“(…)those rules can really be said to be transnational – they are generally elaborated so that they can be applied in different settings while leaving some degree of autonomy to localized settings and actors. Institutional inscription is not an automatic or smooth process. It implies elaboration and negotiation of rules, diffusion, translation, appropriation and rejection, potentially stabilization and socialization. All these steps and dimensions are in themselves battlefields. They are highly dynamic processes, full of

tensions and struggles. They involve multiple actors and interests that are both increasingly under pressure of – if not constituted and shaped by – the same powerful transnational institutional forces and still fighting and contending with each other around and about those forces and their various implications. (Djelic & al, introduction, p.32).

La santé globale peut ainsi être considérée comme un « champ de gouvernance transnationale » traversée par les dynamiques institutionnelles de régulation identifiées par Djelic et al (2006) : « *scientization* », « *marketization* », « *formal organizing* », « *moral rationalization* » « *reinvented democratization* ».

Conclusion de la section 1

Cette présentation de la reconfiguration du champ de santé internationale dans un modèle de gouvernance transnationale permet de positionner notre recherche dans un processus plus large, permettant de mieux appréhender les dynamiques institutionnelles qui lui sont associées.

Suite à la diminution de la capacité de régulation des Etats associée à la mise en œuvre des PAS, les processus d'économisation et de globalisation des risques constituent des facteurs de changement sur lesquels les acteurs vont s'appuyer pour promouvoir des approches répondant à leur idéologie et intérêt.

Le modèle de la CSU apparait ainsi comme un dispositif d'intéressement permettant de mobiliser de nombreux acteurs économiques disparates, mais également le cadre d'un champ de bataille au sein duquel ces acteurs se coalisent et s'affrontent pour concevoir une nouvelle régulation transnationale à même de renforcer leur pouvoir.

Dans ce champ de bataille, les exemples présentés montrent la capacité et le rôle croissant des acteurs privés dans la mise en place de ces nouveaux cadres de régulation, ce qui conduit à une tension entre une conceptualisation de la santé comme une marchandise ou un bien public.

Dans le cadre des Objectifs de Développement Durable, l'influence des acteurs privés conduit ainsi à une focalisation des débats sur la santé globale en faveur du financement des soins, au détriment des politiques de prévention.

Par ailleurs, la multiplicité des modèles présentés comme « en chemin vers la CSU » montre que le niveau d'égalité des dispositifs assuranciers promus, qui est associé au niveau de mutualisation nationale de risque en terme de personne couverte et du niveau de soins concerné, est au centre de ces nouveaux instruments de régulation transnationaux.

Section 2 : La conception et la diffusion des réformes néolibérales dans les systèmes de santé des PED

Cette section a pour objectif de mettre en perspective la conceptualisation et la diffusion du modèle de régulation des services de santé par le marché promu par le réseau néolibéral.

Dans un premier temps nous analysons les principales réformes d'inspirations néolibérales mises en œuvre dans le secteur dans le cadre des PAS en Amérique latine puis en Afrique, qui ont entraîné un affaiblissement de la capacité de régulation des Etats, et ont permis à la BM de devenir le premier bailleur de fonds du champ de la santé internationale.

Dans un second temps nous présentons la stratégie de réhabilitation des thèses néolibérales dans le domaine de la gestion des services sociaux par la BM suite aux attaques des PAS et à la mise en cause des principes associés au « post Washington Consensus » (Chapitre 4).

La reprise en main du dispositif de production de savoirs de la BM par le réseau néolibéral (Chapitre 4) conduira ainsi à la formulation d'un nouveau modèle de gestion des services publics dans les PED fondé sur les principes néolibéraux, présenté dans le World Development Report (WDR) 2004 : « Make services work for poor people ».

Le modèle vise à renforcer l'empowerment des pauvres en les aidant à acquérir une capacité de négociation au sein de marchés de services. Il est appelé « short route of accountability », en opposition avec la « longue route of accountability » que constitue la redevabilité existante entre les pauvres et les gouvernements.

Parallèlement l'USAID lance alors l'expérimentation d'un programme de financement sur les résultats dans la gestion des systèmes de santé à Haïti, et d'un programme de création de mutuelles à base communautaire au Rwanda.

1. Les premières expérimentations de réformes néolibérales dans le cadre des PAS

Au cours des années 1980, les contraintes budgétaires associées aux ajustements structurels ont entraîné la mise en place de nouvelles stratégies publiques, notamment en Afrique dans le cadre de l'initiative de Bamako qui a promu une politique de partage de coûts avec les patients, et de concentration des financements sur certaines pathologies et sur les soins de santé primaire susceptibles d'avoir un impact important sur la morbidité.

Comme présentée dans la section 1, pour éviter toute remise en cause de l'efficacité des principes néolibéraux qui sous-tendent ces réformes, la question de l'inégalité d'accès aux soins pouvant résulter d'une participation financière des patients a été combattue par la BM à travers des travaux démontrant l'inélasticité de la demande par rapport au coût, thèse qui sera ensuite largement remise en cause.

La période des PAS est également une phase d'expérimentation des approches néolibérales de la santé publique, initialement testée au Chili (chapitre 4) puis étendue à différents pays d'Amérique Latine avec l'appui de la BM, qui deviendra à partir de la fin des années 1980 le premier bailleur de fonds dans le domaine de la santé internationale.

Ces premières expériences ont été théorisées positivement par la BM, en particulier en 1993 dans le World Development Report « Investing in Health » (World Bank, 1993, p.1) dont le résumé précise les principaux résultats :

“The report advocates a threefold approach to health policy for governments in developing countries and in the formerly socialist countries. First, to foster an economic environment that will enable households to improve their own health. Policies for economic growth that ensure income gains for the poor are essential. So, too, is expanded investment in schooling, particularly for girls. Second, redirect government spending away from specialized care and toward such low-cost and highly effective activities such as immunization, programs to combat micronutrient deficiencies, and control and treatment of infectious diseases. By adopting the packages of public health measures and essential clinical care described in the report, developing countries could reduce their burden of disease by 25 percent. Third, encourage greater diversity and competition in the provision of health services by decentralizing government services, promoting competitive procurement practices, fostering greater involvement by nongovernmental and other private organizations, and regulating insurance markets”.

Les recommandations de la BM issues de ces expérimentations politiques insistent donc sur (i) la croissance comme principal levier d'amélioration de la santé, (ii) le report des financements des hôpitaux vers les services de santé de base préventifs et « low cost », et (iii) la décentralisation et la mise en place d'un environnement concurrentiel.

Suivant le rapport, ces approches doivent permettre de réduire « l'inégalité », « l'inefficience » et « l'explosion des coûts » qui caractérisent les systèmes de santé publique actuels. Dans les pays à faible revenu, le recours au secteur privé doit notamment permettre de limiter l'inefficience d'un processus de décision centralisé, générateur d'allocations fluctuantes et d'une faible motivation des cadres et personnels de santé :

“In the low-income countries government hospitals and clinics, which account for the greatest part of the modern medical care provided, are often inefficient, suffering from highly centralized decision-making, wide fluctuations in budgetary allocations, and poor motivation of facility managers and health care workers. Private providers mainly religious nongovernmental organizations (NGOs) in Africa and private doctors and unlicensed practitioners in South Asia are often more technically efficient than the public sector and offer a service that is perceived to be of higher quality, but they are not supported by government policies. In low-income countries, the poor often lose out in health because public spending in the sector is heavily skewed toward high-cost hospital services that disproportionately benefit better-off urban groups”. (World Bank, 1993, p.4),

La solution proposée par la BM est donc le soutien public en faveur d'une offre privée concurrentielle à même d'améliorer l'allocation des ressources et la motivation des personnels. Cette proposition reprend pleinement les expériences initiales menées dans les

années 1980 au Chili, au Brésil et en Bolivie, avant d'être étendues à différents pays d'Amérique latine.

Unger et al (2008) ont ainsi étudié les résultats de l'expérience chilienne sur la privatisation des assurances et structures de santé, qui reste selon eux toujours valorisée positivement dans le débat sur la CSU, alors même que différentes études montrent que la privatisation partielle menée au Chili depuis les réformes de Pinochet n'a répondu à aucun des résultats escomptés.

En termes d'équité, le système privé d'assurance maladie (ISAPRESS) s'est concentré sur la captation des profils les plus solvables présentant le minimum de risque pour optimiser ses profits, au détriment du système public qui récupérait les profils les plus risqués, notamment les femmes en âge de procréer et les personnes au dessus de 65 ans, pour lesquels les surprimes du système privé étaient très élevées. De plus, au sein du système public, quatre niveaux de cotisations associés à quatre paquets de soins ont été établis dans le système public (FONASA), accentuant les inégalités.

En dehors du manque de solidarité associé à ce double système, l'étude montre que l'Etat finance indirectement le système privé, notamment car un nombre élevé d'assurés privés ne sont pas en mesure de payer leur participation aux frais pour les interventions lourdes et vont donc se faire soigner dans le système public.

En termes d'efficience du système privé, les coûts de gestion par patient y sont dix fois plus élevés que dans le public, et les coûts de santé par patient deux fois plus élevés (40% des coûts pour 16% de la population), alors même que les patients ciblés sont en meilleure santé. La part de marché des assurances privées, qui n'a jamais dépassé 25% de la population, a ainsi diminué dans les années 1990 et 2000.

Les auteurs mettent ainsi en avant trois résultats principaux (Unger et al, 2008, p.1) :

- *“The private part of the Chilean health system, including private insurers and private providers, is highly inefficient and has decreased solidarity between rich and poor, sick and healthy, and young and old.*
- *In spite of serious underfinancing during the Pinochet years, the public health component remains the backbone of the system and is responsible for the good health status of the Chilean population.*
- *The Chilean health reform has lessons for other countries in Latin America and elsewhere: privatisation of health insurance services may not have the expected results according to neoliberal doctrine. On the contrary, it may increase unfairness in financing and inequitable access to quality care”.*

En conclusion Unger et al (2008) soulignent que les bons indicateurs de santé mis en avant par le Chili, s'appuient principalement sur le système public qui est resté au cœur de la protection des plus pauvres et des plus vulnérables, et masquent une très forte inégalité qui s'est accentuée depuis les réformes néolibérales qui n'ont jamais été profondément mises en cause. En conséquence, la présentation du modèle chilien comme exemple de réforme à suivre doit être mise en cause :

“To present the Chilean reform as a model to be followed by other countries, as has been done by the World Bank and other international bodies, is to disregard the evidence, which tends to show that Chile’s relatively successful health care provision has been achieved in spite of the reform, not because of it, or in fact because the intended neoliberal reform could not be implemented as foreseen.” (Unger et al, 2008, p.5)

En termes de résultat des réformes néolibérales sur l’offre de soins, Homedes et Ugalde (2005) ont analysé le résultat des deux principaux piliers de la réforme promue par la BM dans le cadre des crédits à l’ajustement structurel : la privatisation des services et la décentralisation de la gestion des services publics.

L’analyse sur le résultat des privatisations porte principalement sur le Chili, la Bolivie, le Brésil et le Salvador qui ont réalisé des réformes partielles, les autres pays n’ayant pas véritablement expérimenté cette recommandation.

Le Brésil a encouragé la création d’une offre de soins privée, remboursable par le système public. Sa gestion a été fortement mise en cause par une étude technique de la BM (McGreevey, 1982) qui précise dès le résumé « *The blend of private and public financing and service delivery has resulted in an unsatisfactory level of productivity and efficiency for health care programs.* ». L’étude souligne ensuite les problèmes rencontrés dans l’évaluation financière des structures de santé privées :

“Data show that the predominant form of delivery of medical–hospital services is through the private sector with reimbursements of expenses by the government... this ‘non-system’ has been called chaotic, elitist, corrupt, irrational and uncontrollable. Recent audits of physicians and bills submitted...for payments found ‘irregularities’ in 90% of all bills... (including) nonexistent patients, false diagnoses, double billing for the same hospital stay, unnecessary hospital admissions, bills for medicines not administered... improper charges for special services such as intensive care units and operating rooms” (p.7-26).

Une autre étude de la BM met également en cause les résultats de la réforme ayant accordé une plus grande autonomie de gestion aux établissements de santé :

“... quality remains the ‘forgotten component’ of (hospital) health care delivery...it has not improved dramatically. In some aspects, the situation may have worsened...the capability to deliver high quality services is in serious doubt. This is evidenced by...low quality of care in birthing rooms and neonatal units that contribute to infant and maternal mortality...occurrence of avoidable deaths...high hospital-acquired infection rates...” (La Forgia, 2003, p.10)

Le Salvador a expérimenté au début des années 1990 la création de quatre coopératives autonomes à but non lucratif chargées de la fourniture des soins de base, mais l’expérience n’a pas été étendue. En dehors d’une meilleure satisfaction-client liée à une plus grande rapidité d’accès aux soins, ces structures se sont avérées moins efficaces en termes de coût sans améliorer la qualité. Un autre projet pilote a été initié en 1998 avec deux hôpitaux privés en charge de fournir les soins de santé dans deux zones géographiques, avant d’être abandonné deux ans plus tard. Les évaluations montraient des surcoûts importants liés au

système de monitoring nécessaire et à la non utilisation de médicaments génériques. En 2003 ces expériences ont entraîné une grève des employés du système public (ISSS), qui a marqué la fin des expériences de privatisation de l'offre de soins dans le pays.

Homedes et Ugalde (2005) concluent ainsi l'analyse des processus de privatisation des structures de santé en Amérique Latine :

“In Latin America the privatization of hospitals has been accompanied by large investments in improving hospital financial information, estimating costs, and developing contract and payment systems, but there is little evidence that these efforts and expenditures have had a significant impact on the quality of care and the efficiency of the systems; hospital corruption persists according to a multicountry study sponsored by the Inter-American Development Bank, and as indicated earlier in the case of Brazil efficiency and quality of hospital care have not improved.”

En matière de décentralisation, les réformes encouragées par la BM et d'autres bailleurs de fonds ont été mises en œuvre dans presque tous les pays de la région. La rationalité de ces réformes est synthétisée dans les trois points suivants (Homedes et al, 2005) :

“(1) Local decision-makers know and respond better to community needs, and avoid costly errors made by distant bureaucrats who tend to be ignorant of local health conditions.

(2) Community involvement in planning and supervision of local services increases participation of local communities, which in turn promotes democracy.

(3) Local controls and adjusting services more closely to local needs contribute to a more efficient use of resources and produce greater user satisfaction.”

Toutefois, différentes évaluations des processus de décentralisation en Amérique Latine montrent que leur mise en œuvre n'a pas répondu à ces attentes. A l'inverse, elle a souvent été réalisée sans tenir compte des réalités spécifiques à chaque contexte, ce qui a généré de nombreux effets pervers :

- 1) Les fonds transmis aux collectivités locales ont été alloués inefficacement suivant d'autres priorités :

“Local politicians do not always make the best decisions for their communities. Frequently, they choose health interventions that are hard to justify technically, or allocate health funds transferred by the central government to other programs because it is politically expedient for them. In Bolivia, for example, mayors spent health and education funds on road development ; in Colombia, health funds were directed to building hospitals in municipalities, which, according to the infrastructure plans, were not needed ; in Mexico, some states have diverted federal health funds to other activities ; in Piura (Peru), the board of directors of a primary health center decided to increase cost recovery fees to finance the construction of a hospital, and in another center they discontinued the generic drug program and began to sell brand-name drugs. Communities themselves do not always make the correct health decisions or they fail to follow technical

recommendations. In Nicaragua, the Ministry of Health donated sacks of cement to rural households to build latrines; instead many families sold them.”

- 2) Une étude de la Banque Interaméricaine de Développement souligne que la décentralisation a entraîné une forte diminution quantitative et qualitative des soins de santé au Mexique (Gershberg, 1998).
- 3) Des problèmes de coordination ont également été identifiés entre les différentes entités de production. Les structures locales en charge des soins primaires financées par les collectivités renvoient parfois inutilement les patients vers les hopitaux régionaux financés par l'Etat, afin de limiter leurs coûts.
- 4) Une forte augmentation des coûts de médicaments a été enregistrée suite à une perte d'économie d'échelle dans le processus d'achat. A titre d'exemple les auteurs mentionnent le lancement d'appels d'offres communs à différents pays caribéens ayant permis une économie de 44% par rapport aux coûts précédents.
- 5) Une forte augmentation des inégalités régionales, les habitants des grandes villes, puis des petites villes, exercent une plus forte pression politique et se voient octroyer une part des ressources disproportionnée au détriment des habitants des zones rurales, alors même que les besoins de ces derniers sont plus importants.

L'étude précise ensuite comment plusieurs auteurs dénoncent le processus de décentralisation comme étant une pression vers la privatisation, car il encourage les structures locales à fonctionner comme des entités privées, avant qu'une baisse des dotations ne les conduise à augmenter progressivement la part des financements collectés.

Pour Homedes et Ugalde (2005), il peut être intéressant de décentraliser certaines fonctions, mais cela doit dépendre du contexte spécifique de chaque pays et non résulter de la pression d'économistes internationaux.

Les auteurs présentent ensuite la réforme chilienne déjà évoquée, puis la réforme colombienne qui a été définie en suivant les préconisations du World Development Report de la BM (WB, 1993), avant que le système de santé colombien ne soit classé premier d'Amérique latine par le Rapport sur la santé dans le Monde 2000 de l'OMS, lui conférant une forte exemplarité. Suivant les auteurs, le résultat de cette évaluation a été contesté par nombre d'observateurs qui soulignaient l'influence d'anciens agents de la BM dans la rédaction du rapport :

“WHO staffers who had previously worked at the WB promoting its health reforms heavily influenced the ranking. Scholars, professionals and civil servants in many countries decried the ranking and blamed the decision to the undue influence and bias of former WB staffers and even one of the six principal authors of the World Health Report has questioned the methodology”. (Homedes et Ugalde, p.10)

L'expérience colombienne a essayé d'éviter l'écueil de la segmentation des classes sociales du modèle chilien en proposant les mêmes opérateurs à l'ensemble des habitants, à travers deux types d'affiliation (salariés et pauvres) dont la gestion est confiée à des établissements

privés. Ces derniers proposent également des assurances complémentaires, et ont l'obligation de fournir un paquet de soins aux indigents dont les primes sont payées par un fonds de solidarité public.

Dans la pratique, les sociétés privées ont pu trouver des échappatoires pour exclure les indigents, qui ont dû se retourner vers un système parallèle mis en place par les collectivités. De plus l'ouverture de la production de soins aux opérateurs privés, et l'autonomie de gestion accordée aux établissements publics hospitaliers, ont entraîné de nombreuses faillites et fermetures d'établissements publics. La réforme a donc entraîné une forte hausse des dépenses de santé (50\$/habitant au début des années 1980 à 90\$/habitant à la fin des années 1990), principalement au bénéfice des populations les plus aisées qui ont vu leur prime diminuer.

L'affiliation au dispositif assurantiel s'est étendue dans les couches défavorisées de la population et en zone rurale, mais certains travaux soulignent qu'elle n'implique pas forcément une couverture plus élevée, puisque 61 % des habitants étaient couverts en 1999 alors que 75% avait accès à des soins avant la réforme. En termes d'efficacité, des études et enquêtes montrent que les coûts de personnels et frais de gestion ont augmenté, alors que les activités de prévention et la qualité des soins ont diminué.

Comme le résume Homedes et Ugalde (2005, p.9) :

“In sum, in Colombia, the country that has followed very closely the WB reform blueprints, in spite of a very substantial increase in health care expenditures, a large percentage of the population continues to be uncovered, the poor continue to have difficulties in accessing services because of high co-payments, there are no measurable efficiency and medical care quality improvements, public health care has deteriorated, and health equity has suffered”.

Homedes et Ugalde (2005) présentent également l'autoritarisme des régimes qui caractérise alors la majorité des pays de la région, et leur absence de capacité de régulation, y compris en Colombie, au Chili, en Argentine et au Pérou qui avaient pourtant créé une autorité de régulation spécifique. L'absence de capacité de suivi et d'évaluation n'a pas permis la mise en œuvre d'un dispositif formel de redevabilité. D'autres auteurs vont plus loin, soulignant l'absence de dispositif législatif pour protéger les patients face à l'asymétrie d'information qui caractérise leur relation avec le personnel médical.

Enfin, une instabilité et une dépendance financière s'ajoute à la critique globale des résultats obtenus :

Our research confirms that Latin American countries, 10 and 20 years after the implementation of neoliberal reforms are spending more resources in health care without corresponding improvements in efficiency; high—and in some countries higher percentages of the population continue without access to care; in some regions there are higher inequities; and often there is administrative uncertainty. The financial sustainability of the sector has been placed into question because of increased health expenditures: today there are more administrators, higher salaries, higher expenditures for medicines, and more foreign debt as a result of the WB and IDB reform loans.
Homedes et Ugalde (2005 p.11)

Pour Homedes et Ugalde (2005), la mise en place de ces réformes malgré des résultats très contestables réside dans leur intérêt favorable pour trois types d'acteurs :

- 1) Les sociétés multinationales américaines, en particulier les sociétés d'assurance qui ont bénéficié de nouveaux marchés très lucratifs, et les laboratoires pharmaceutiques qui ont limité les achats groupés et le recours aux génériques. Plus globalement de nombreuses politiques dotées d'un fort impact sur la santé publique ont été évitées, car elles s'opposaient aux intérêts des multinationales privées ou ne leur généraient aucune opportunité (lutte contre le tabagisme, sécurité routière, promotion des médicaments génériques, réglementation sanitaire sur les produits alimentaires, éducation à la santé, etc.) ;
- 2) Les institutions financières multilatérales et bilatérales, qui ont développé leur capacité d'influence sur les gouvernements à travers l'endettement et les interventions directes sous forme d'assistance technique et d'évaluation ;
- 3) Les consultants et les centres de recherche, les premiers intervenant en sous-traitance des institutions financières dans la mise en œuvre de leurs programmes de réforme, pendant que les seconds obtiennent d'importants financements publics et privés pour la mise en œuvre d'activités dans les PED.

Cette séquence montre comment les premières expérimentations de mise en place d'un système d'assurance privée, et de privatisation et de décentralisation des systèmes de santé menées par le réseau néolibéral au Chili (chapitre 5), ont ensuite été diffusées dans d'autres pays latino-américains.

Ces diverses expérimentations ont ensuite été présentées par la BM sous la forme d'un projet de réforme globale en faveur d'une régulation des systèmes de santé par le marché, qui a notamment été présenté dans le WDR 1993 sous la forme d'une « package rationnel » reproductible, durable et communicable.

Ce « package rationnel » a ensuite fait l'objet d'une expérimentation nationale en Colombie qui devait démontrer sa capacité à générer l'efficacité attendue par le modèle théorique. Les résultats de cette expérimentation ont ensuite été valorisés par la BM, alors devenue le principal bailleur de fonds du secteur.

Les résultats de cette expérimentation ont ensuite fait l'objet d'un processus de diffusion institutionnelle comme en témoigne un classement de l'OMS plaçant la Colombie comme le pays le plus efficace en matière de réforme.

Cet épisode met également en lumière un enrôlement de l'OMS par la BM, puisque la présence d'anciens agents de la BM comme membres du jury en charge de ce classement constitue une situation de conflit d'intérêt dénoncée par d'autres membres de jury.

Par ailleurs ces travaux montrent que ces premières réformes de décentralisation et de privatisation ont affaibli la capacité des gouvernements « bénéficiaires » à réguler leurs politiques et systèmes de santé, au profit de nouveaux acteurs transnationaux comme la BM, les sociétés d'assurances et les sociétés pharmaceutiques.

Ces réformes ont également entraîné une plus grande inégalité des soins entre riches et pauvres, comme entre zones géographiques.

2. La conceptualisation d'un nouveau modèle de régulation par le marché au service des pauvres

Les pressions directes et institutionnelles exercées par le réseau néolibéral sur les modèles de gestion des services sociaux promu par la BM et l'USAID.

Les nombreuses critiques adressées aux PAS à la fin des années 1990, en particulier concernant leur impact négatif sur les systèmes sociaux des pays bénéficiaires, ont été présentées au chapitre 4.

Ces critiques ont d'abord conduit à un recentrage du discours de la BM en faveur la lutte contre la pauvreté et de la mise en œuvre du « Post-Washington consensus » incarné par Joseph Stiglitz, toutefois sans que les systèmes internes de gouvernance de l'organisation n'intègrent véritablement ces évolutions (Anisette, 2004).

Par la suite, la mise en cause des principes néolibéraux, explicite dans les publications de Stiglitz, conduira à son départ en 2000 sur demande du secrétaire du Trésor américain (chapitre 4).

Cette éviction du Vice Président chargé de la recherche démontre un processus de réaligement du département et de ses publications sur les principes néolibéraux. Dans les domaines sociaux, ce réaligement est illustré par la démission de Kanbur de son poste de rédacteur en chef du WDR 2000, suite aux pressions exercées par le secrétaire du trésor US pour réorienter cette publication face aux pressions du réseau néolibéral, et au détriment des priorités définies dans le cadre d'un travail de programmation participatif et transparent.

Ces pressions sont ensuite renforcées par l'élection du Président conservateur américain Georges Bush, qui soutient les recommandations de la Commission Meltzer en faveur d'un plus grand recours aux approches du NPM dans la gestion de l'aide (chapitre 4). Ces pressions se concrétisent au sein du champ institutionnel de l'APD par la création du Millenium Challenge Account, nouvel instrument de coopération du gouvernement américain annoncé en 2002 par le président Bush et lancé en 2004.

Le MCA est indépendant du Département d'Etat et de l'agence de coopération américaine (USAID), dont il souhaite éviter les interventions politiques qui sont accusées de nuire à l'efficacité. Il promeut une nouvelle vision néolibérale de l'aide, mise en œuvre par une agence indépendante en échange d'une augmentation du libéralisme économique des pays bénéficiaires.

Il s'inspire également des travaux de la puissante fondation conservatrice « Heritage foundation » en matière d'évaluation de l'ouverture économique des pays (Pasicolan & Fitzgerald, 2002). La philosophie et les modes d'intervention du MCA reprennent les recommandations de la Commission Meltzer (Weller et Singleton, 2006), notamment en matière d'une contractualisation des services sociaux auprès de sociétés privées, et d'un recours au financement basé sur la performance. L'instrument sera doté de 650 millions USD

en 2005, 1,5 milliard en 2006 et 2 milliards en 2007. Il est dirigé par des hommes d'affaires ayant principalement une expérience dans le secteur privé.

L'instauration d'un nouvel acteur directement soutenu par le Président américain entraîne de fait une concurrence auprès des autres acteurs fortement dépendant de son gouvernement pour l'obtention de ressources, en particulier la BM et l'USAID.

Le MCA conduit ainsi à une institutionnalisation des pratiques de la contractualisation au secteur privé et de l'utilisation du financement à la performance dans le champ de l'APD, qui génère de fortes pressions institutionnelles en faveur de leur adoption par la BM et l'USAID.

La BM et le modèle de la « short route of accountability »

Dans le domaine des services sociaux, les pressions directes et institutionnelles exercées sur les publications de la BM se traduisent par la promotion de modèles de régulation par le marché dans les politiques sociales dans les pays les moins avancés (PMA), qui se retrouvent au centre de plusieurs publications.

La BM publie ainsi en janvier 2003 dans l'édition « Health, Nutrition and Population » du World Development Network deux ouvrages consacrés à la contractualisation de services et à la réforme des hôpitaux.

Le premier s'intitule « Private Participation in the health services » (Harding & Preker, 2003) et se présente comme un manuel d'aide à la contractualisation du secteur privé pour la fourniture des services de santé.

Dans son avant propos, Julian Legrand, Professeur à la London School of Economics (LSE), précise la filiation théorique de cet ouvrage avec les premiers travaux de la commission organisés par le think tanks « Institute of Public Policy Research » (IPPR) sur les partenariats publics privés en Grande Bretagne, dont l'un des sujets était d'explorer « the use of the private sector to help provide publicly funded services such as health care or education ».

Il rappelle que la sortie du rapport de la Commission sur les partenariats publics privés, appelant à la mise en œuvre d'expérimentations deux mois avant l'élection de Tony Blair réputé proche de l'IPPR, a généré de violentes oppositions.

Il présente le fondement de ces oppositions comme irrationnel : "to suggest that the private sector might have a role to play in the provision of services with the political and social prominence of health care and education was blasphemy indeed", et souligne les arguments qui peuvent être mis en avant pour convaincre les opposants :

- a) "To recommend private participation in publicly funded health care is not the same as advocating full-scale privatization."
- b) "Making profits from health care was regarded as morally wrong.(...). it quickly became apparent that this was not an issue that greatly disturbed the general public; for them, the important question was the quality and quantity of the service provided, not the moral standing of the provider".
- c) "More important than either of these was the objection of impracticality. (...). These worries about practicality were compounded by ignorance."

Cet avant propos semble montrer un biais idéologique. Avant même de lire un ouvrage offrant des conseils techniques fondés sur des expérimentations en faveur de la contractualisation avec le secteur privé, il est rappelé aux publics ciblés (gestionnaire de projets de la BM et décideurs nationaux ou consultants), les arguments pour répondre à de futurs opposants jugés par avance irrationnels.

Le second ouvrage s'intitule « Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. (Preker & Harding, 2003) constitue également un manuel dédié aux responsables pour les accompagner dans la mise en œuvre de réformes néolibérales : « Marketising Organisational reform ». Le livre fournit un cadre conceptuel pour accompagner l'analyse des réformes, dont l'objectif est notamment de mettre en œuvre un nouveau mode d'accountability s'appuyant sur les forces du marché, à travers la mise en place d'une tarification à l'acte et d'un système assurantiel.

Par la suite, dans une perspective plus globale, le World Development Report 2004, « Making Services Work for poor people », défend la nécessité de promouvoir des changements institutionnels pour améliorer la redevabilité des systèmes sociaux envers les plus pauvres.

Comme le souligne en préambule James Wolfensohn:

“Services work especially well when we recognize that resources and their effective use are inseparable. More effective use makes additional resources more productive—and the argument for aid more persuasive. External resources can provide strong support for changes in policy and practice that can bring more effective use. This is how we can scale up to achieve the Millennium Development Goals. To improve service delivery, the WDR recommends institutional changes that will strengthen relationships of accountability—between policymakers, providers, and citizens” (World Development report, 2004, Foreword, J. Wolfensohn).

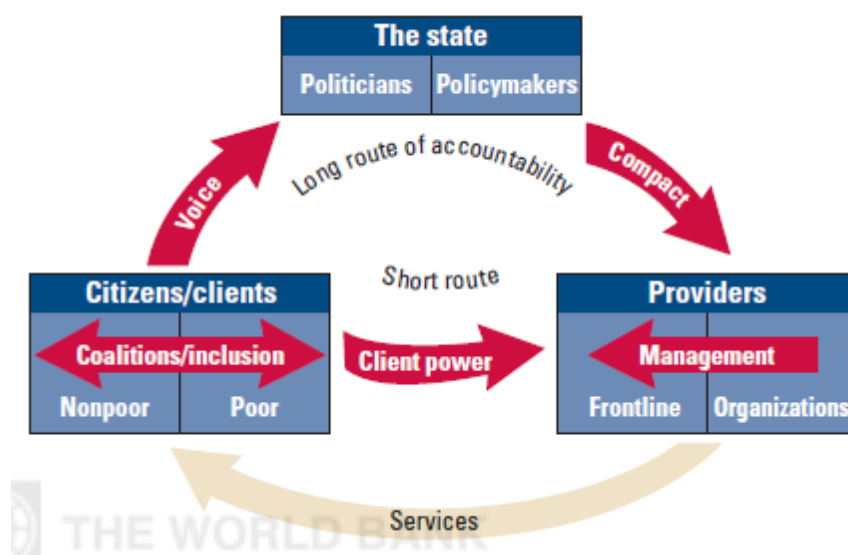
Le premier paragraphe du résumé exécutif présente également la volonté de réformer les services sociaux à travers la logique de la théorie de l'agence, en soulignant la nécessité de réaligner l'intérêt des décideurs politiques et des producteurs de services sur celui des pauvres, par la mise en place de dispositif de contrôle et le recours aux incitations :

Too often, services fail poor people—in access, in quantity, in quality. But the fact that there are strong examples where services do work means governments and citizens can do better. How? By putting poor people at the center of service provision: by enabling them to monitor and discipline service providers, by amplifying their voice in policymaking, and by strengthening the incentives for providers to serve the poor (World Development Report, 2004, Overview, p.1).

Le Chapitre 3 intitulé « The framework for service provision » définit un modèle d'analyse des rapports de pouvoir entre les acteurs intégrant deux « routes of accountability », représentées dans la figure 19 ci-dessous (World Development Report, 2004, p.49).

Figure 19, **Présentation du nouveau modèle de redevabilité par le marché de la BM**

Figure 3.2 Key relationships of power



Le paragraphe « from principles to instrument » précise ensuite la nécessité de remplacer la « longue route of accountability » associé à la régulation nationale, par la « short route of accountability », concrétisée par le pouvoir du client dans un marché qui est placé au centre de cette représentation :

“This Report uses the framework of actors and their relationships of accountability and power to understand the successes and failures of centralized public service production and to evaluate reforms and new proposed institutional arrangements for service provision. Given the failures and limitations of the traditional model of service provision—the long route—greater reliance will inevitably be placed on more direct client influence—the short route.” (World Development Report, 2004, p.58).

Le texte souligne ensuite que le problème central résulte du manque de redevabilité des producteurs de services envers les pauvres, qui se concrétise par le désintérêt des fonctionnaires en charge de la production de services pour les pauvres, ce qui fait de l’alignement de leur intérêt par les incitations un levier central d’amélioration. Il en conclut que les stratégies visant uniquement à renforcer la capacité de production des services sont vouées à l’échec :

“All recognize that, though there are many proximate causes of failure, the deep causes lie with inadequate institutional arrangements. If frontline workers (civil servants) in the existing organizations of public production are frequently absent, have little regard for clients who are poor, and lack the technical knowledge to perform their services well, this inadequate organizational capacity is the proximate cause of poor services. Too frequently those seeking improvement have focused only on internal organizational reforms—focusing on management of the frontline workers. If organizational failures are the result of deeper weaknesses in institutional arrangements (weak political commitment, unclear objectives, no enforceability), direct attacks on the proximate determinants (more money, better training, more internal information) will fail.” (World Development Report, 2004, p.58).

Les chapitres suivants renforcent l'analyse économique du modèle, notamment à travers la théorie de l'agence. Le chapitre 4 souligne la nécessité de structurer le lien commercial entre les « clients » et les « producteurs de soins ».

“CHAPITRE 4 - CLIENTS AND PROVIDERS

When will strengthening the client-producer link matter most?

Increasing client power through choice

Increasing consumer power through participation

Client power in eight sizes

spotlight on the Bamako Initiative” (World Development Report, 2004, Contents)

Le chapitre 5 présente les possibilités d'un renforcement de la redevabilité entre les « citoyens » et les « décideurs politiques », notamment en diminuant l'asymétrie d'information et en décentralisant les décisions.

“CHAPITRE 5 - CITIZENS AND POLITICIANS

Citizen voice and political accountability

The politics of providing public services to poor people

Beyond the ballot box: citizen initiatives to increase accountability

Information strategies to strengthen voice

Decentralization to strengthen voice

Citizen voice in eight sizes

spotlight on the Kecamatan Development Program

spotlight on Norway and Estonia (World Development Report, 2004, Contents)

La chapitre 6 définit des principes répondant aux difficultés associées à la « longue route of accountability », notamment la séparation entre les responsables politiques et les producteurs de soins pour répondre au problème du « Multiple principals » (p.99), puis la mise en place d'incitations qui est illustrée par l'exemple d'un programme de « contractualisation » au Cambodge.

“CHAPITRE 6 - POLICYMAKERS AND PROVIDERS

Compacts, management, and the “long route” of accountability

Increasing accountability: separating the policymaker from the provider

Limits to accountability

Overcoming the limits

Provider incentives in eight sizes

Scaling up, scaling back, and wising up

spotlight on Cambodia” (World Development Report, 2004, Contents)

Les chapitres suivants définissent enfin ces modèles d'analyse dans différents secteurs, le chapitre 8 étant consacré aux questions de santé et nutrition (Health and nutritional services). Après un état des lieux suivi d'un constat sur les déficiences des deux « route of accountability » associées aux secteurs, l'ouvrage recommande les modes de renforcement du pouvoir du client sur le fournisseur, en réaffirmant le rôle de la logique de marché « Paying for services confers power », puis la nécessité de renforcer la voie des plus pauvres « Strengthening poor citizens' voice », puis le recours aux incitations pour les producteurs à travers l'achat de performance, et enfin la sélection des prestataires et la mise en place de systèmes de contrôle.

CHAPTER 8 – HEALTH AND NUTRITION SERVICES

The health of poor people

Market failures and government failures

Strengthening client power

Strengthening poor citizens' voice

*Compacts: provider incentives to serve the poor
Six sizes fit all? (World Development Report, 2004, Contents)*

Ces travaux replacent donc les mécanismes d'allocation par le marché au centre d'un nouveau système de régulation, tout en proposant des approches et instruments pour accompagner leur mise en œuvre.

Après différentes publications et expérimentations spécialisées s'appuyant également sur les travaux de la Commission sur le Partenariat Public- Privé ayant inspiré les politiques du New Labor au Royaume-Uni, la BM propose dans le WDR 2004 un projet de réforme globale sous forme de « packag rationel ».

Les qualités de reproductibilité, durabilité et communicabilité du modèle de la « short route of accountability » sont mis en avant, en s'appuyant notamment sur la multiplicité des expérimentations locales qui ont permis de valider l'efficacité des réformes présentées.

3. Les premières expérimentations du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé nationaux

L'émergence de l'approche dans les politiques d'APD

La gestion axée sur les résultats (GAR) apparaît comme le principe central des OMD, qui encourage une mobilisation globale des ressources vers des indicateurs destinés à renforcer la redevabilité de l'aide et à promouvoir son efficacité. Il permet d'allier une délégation de gestion respectant le principe d'appropriation, avec une mobilisation des acteurs sur des résultats prédéfinis. Elle s'inscrit également dans une réforme globale des finances publiques inspirée du NPM en cours dans nombreux pays, ciblant une réorientation vers les résultats et l'utilisateur.

Pour les acteurs néolibéraux, le recours au Financement Basé sur la Performance (FBP) apparaît dès lors comme une solution évidente. Cet instrument vise à « acheter de la performance », en versant une prime dont le montant dépend du niveau de résultats atteints par rapport à des objectifs prédéfinis. Dans le cas du Financement Basé sur les Résultats (FBR), l'incitation prend la forme d'une prime versée en fonction du nombre d'actes réalisés ou d'un paiement à l'acte.

Les premières expériences de FBR ont été réalisées dans les contrats d'appui budgétaire global de la Commission Européenne, qui intégraient une tranche de décaissement variable en fonction des résultats atteints sur certains objectifs sectoriels. Toutefois, leur succès a été limité (i) par le manque d'incitation directe que constitue pour les acteurs une prime versée dans le budget de l'Etat, (ii) par les difficultés d'alignement d'une chaîne d'acteurs dont les intérêts sont divergents (Paul, 2015), et (iii) par la fragilité du dispositif national de redevabilité des pays bénéficiaires (Caffin & Zarlowski, 2016).

Les nouvelles approches de Financement Basé sur la Performance s'appuient donc sur le versement de primes directement aux structures et acteurs chargés de la production des services. En déployant une approche économique directement au niveau des acteurs locaux, le Financement Basé sur les Résultats permettrait ainsi d'établir une répartition plus efficace

du rôle des acteurs, à la condition que l'Etat accepte de transférer aux établissements de soins l'autonomie de gestion nécessaire à leur mise en compétition pour l'obtention des subventions.

Au niveau théorique, la mise en place du FBR dans les secteurs sociaux se fonde sur la théorie des choix publics présentée au chapitre 4 (Buchanan et Tullock, 1962), qui étudie les comportements des acteurs politiques et publics à travers les outils de la microéconomie. Elle postule ainsi que chaque acteur réalise ses choix en suivant le principe de l'individualisme méthodologique, c'est-à-dire en suivant son intérêt personnel. Dans le champ de la théorie des organisations, cette approche s'appuie sur la théorie de l'agence, suivant laquelle l'organisation est un nœud de contrats entre acteurs individuels, dont les intérêts personnels doivent être alignés sur ceux de l'organisation en utilisant des incitations.

Pour Callon, cette conceptualisation est en soi porteuse d'une logique prescriptive qui induit une performance économique :

“Consider, for example, the role of economic theories and their hypotheses in institutional design (...). Likewise, enforcing incentives, inspired by economic theories and their assumptions about human or organizational behaviors, causes these behaviors to fit the theory's predictions. When workers are paid on the basis of performance, they end up complying with the anthropological models that fit the incentives imposed on them. If we consider that a firm is a nexus of contracts, and we set up procedures to make these contracts explicit and to ensure their enforcement, the firm does become a nexus of contracts. One of the contributions of the prescription thesis is that it highlights the importance of what I have called socio-technical agencements in comprehending relations between economics and the economy” (Callon, 2007, p.19)

Toutefois la performance économique dépend de la mise en œuvre des théories, ce qui nécessite la réalisation d'expérimentations permettant de justifier de leur efficacité. Dans ce cadre, les pays en développement constituent un terrain d'expérimentation privilégié à cause de la faiblesse des structures locales d'une part, et de la forte capacité prescriptive des institutions financières internationales d'autre part.

Suivant Perry et al (2009), l'approche du financement par la performance dans le management public s'inscrit dans la continuité d'expérimentations réalisées par le gouvernement fédéral américain entre 1977 et 1993, à travers le « Merit Pay System » inauguré par le Civil Service Reform Act (CSRA) de 1978, puis à travers le « Performance Management and Recognition System (PMRS) mis en place entre 1984 to 1991, puis abandonné pour les raisons suivantes :« The demise of the PMRS resulted from a variety of flaws, including poor discrimination among performance levels, inadequate funding, and little demonstrable evidence that the system improved performance » (Perry et al, 2009, p.40).

D'après la revue de littérature réalisée par Magrath et Nichter (2012), le financement basé sur la performance, également appelé « Pay for performance », est ensuite mis en place dans le secteur de la santé dans les pays suivants : Etats-Unis (Mehrotra, Damberg, Sorbero, & Teleki, 2009 ;Oldani, 2010), au Royaume-Unis (McDonald & Roland, 2009), à Haiti (Eichler, Auxila, Antoine, & Desmangles, 2007), au Cambodge (Soeters & Griffiths,2003), en Chine (Yip, Hsiao, Meng, Chen, & Sun, 2010) et dans un certain nombre de pays africains incluant le

Rwanda (Soeters et al., 2006), le Burundi, la Zambia, la République Démocratique du Congo et la Tanzanie (Toonen, Canavan, & Vergeer, 2009).

Sa diffusion en Afrique subsaharienne apparaît ainsi dans un contexte d'évaluation des OMD, mettant en lumière la faiblesse des résultats obtenus par rapport à l'augmentation des financements octroyés dans le secteur de la santé. Il répond également aux travaux soulignant l'inadaptation des systèmes de santé aux besoins et à la demande des utilisateurs (Jaffré et al, 2003), ou associant leur inefficacité aux fuites de ressources et à l'absentéisme du personnel soignant (Jaffré et de Sardan, 2003).

La conceptualisation du Financement basé sur les performance (PBF) actuellement principalement défendu par certains bailleurs de fonds impliqués dans la mise en œuvre d'une approche néolibérale de la CSU (BM, USAID, le DFID, GAVI, Fonds Mondial, Coopération bilatérales norvégienne, hollandaise, danoise, allemande), apparaît comme le fruit de plusieurs expérimentations d'origines diverses qui ont ensuite généré des travaux théoriques.

Ces expériences intègrent au départ majoritairement des modèles de contractualisation d'acteurs privés ou d'ONG pour la fourniture de soins de santé, mais aussi quelques expériences de contractualisation avec des structures de santé publique.

Pour mieux comprendre le modèle aujourd'hui promu en Afrique, il apparaît nécessaire de retracer les expériences fondatrices de recours au FBR dans les systèmes de santé, qui sont par ailleurs mentionnées dans le WDR 2004 : Haïti et le Cambodge.

Les premières expérimentations locales dans les PED

Il convient tout d'abord de souligner que les trois premiers pays en développement dans lesquels l'instrument a été expérimenté sont des pays marqués par une très grande faiblesse des systèmes de gouvernance suite à des événements exceptionnels. Ils ont tous les trois connu une guerre civile et deux d'entre eux un génocide.

L'expérimentation haïtienne par l'USAID

L'expérimentation du financement basé sur la performance par l'USAID est initiée en 1999, soit l'année suivant le lancement de la Commission Metzger, qui marque la promotion sur la scène politique de différentes publications réalisées par le réseau néolibéral en faveur de l'instrument (chapitre 4).

Au niveau politique, Haïti a connu une forte instabilité suite à la fin de la dictature de la famille Duvaliers. En 1991 le président élu Aristide doit se réfugier aux Etats-Unis suite à un coup d'Etat, avant d'être rétabli au pouvoir en 1994 par l'administration Clinton lors de l'opération « Rétablir la démocratie »²². Il conduit alors une politique de libéralisation proche du programme de son ancien opposant lors des élections, l'ancien Ministre des finances et fonctionnaire de la BM Marc Bazin. Il est ensuite remplacé en 1996 par René Préval, qui renforce le programme de libéralisation soutenu par les USA.

Dans le domaine de la santé, l'USAID finance à partir de 1995 un programme destiné à la fourniture des services santé de base, mis en œuvre à travers des contrats avec des ONG. A

²² <https://www.nytimes.com/1995/12/08/opinion/the-cia-and-haiti.html>

partir de 1999, une part de ces financements est versée en fonction de la performance des prestataires à atteindre certaines cibles et résultats.

La présentation du projet est réalisée dans un working paper du Centre for Global Development (CDG) publié en 2007 et intitulé « Performance-Based Incentives for Health : Six Years of Results from Supply-Side Programs in Haiti » qui présente de façon positive les résultats de cette expérimentation menée par l'USAID.

L'analyse de cet article présente également les postulats spécifiques qui ont conduit à l'utilisation de l'approche FBR dans le projet. Le point de départ présenté est théorique puisqu'il est en premier lieu justifié par l'intérêt d'une mobilisation de la théorie de l'agence dans les systèmes de santé, qui serait renforcé dans le cas des PED puisque l'asymétrie d'information entre le personnel soignant et les autres parties prenantes (financeurs, patients) y serait accrue. D'un point de vue local, la justification est en suite apportée par de fortes différences de résultat obtenues entre les ONG contractualisés.

Le recours au Financement Basé sur la Performance apparaît alors comme un moyen d'encourager l'alignement des ONG sur les résultats des meilleurs d'entre elles. Le système est dans un premier temps expérimenté avec des ONG volontaires, car seul 10% des financements initiaux font l'objet d'une part variable, celle-ci étant alors augmentée pour offrir une incitation de 10% aux opérateurs, qui peuvent dès lors, en cas d'atteinte des objectifs, porter leurs revenus à 110% du montant initialement prévu par le contrat.

Le dispositif concerne ici l'intégration d'un système d'incitation entre un donneur (USAID) et des prestataires de santé privés (ONG), mis en œuvre sans intervention du gouvernement.

L'expérimentation de la Banque Asiatique de Développement au Cambodge

Le Cambodge a connu un génocide, suivi d'une occupation étrangère et d'une guerre civile, avant de faire l'objet d'une administration provisoire de l'ONU entre 1991 et 1993.

Le gouvernement a établi un premier plan de couverture sanitaire en 1995 pour reconstruire un système de santé composé de 71 districts. En 1997, une nouvelle charte financière met fin à la gratuité des soins et ouvre la possibilité d'une prise en charge des frais par les patients, avec notamment l'objectif de limiter les paiements informels qui étaient pratiqués.

En 1998, un prêt de la Banque Asiatique de Développement est à l'origine du premier programme de « contractualisation », couvrant un million d'habitants répartis sur 8 districts. Pour cinq de ces districts, la contractualisation est établie avec des sous-traitants du secteur privé. Trois modèles de sous-traitance sont expérimentés :

- i) Three « Contracting-out of district management to a private operator », “provides complete control over staff and budget to the district contractor”.
- ii) Two « contractin-in of dictrict management to private sector Contracting-in provides private sector management within a largely public sector set-up”. ...the hands of the management are still tied and major management decisions have to be taken in collaboration with the national and provincial health authorities. Most health workers are civil servants, still receiving their civil service salary”.
- iii) Three “reference districts’ serve as a control for the contracting- in and -out districts. They receive a similar amount of additional budget as the contracting-in

districts, but continue to operate under the traditional government management structure” Soeters & Griffiths, 2003, p.75)

L'article de Soeters & Griffiths (2003) présente l'étude de cas unique d'un district présentant un modèle de « contacting-in », dont le modèle expérimental apparaît plus proche du contexte de nombreux PED qui sont déjà dotés de systèmes de santé publique sur l'ensemble du territoire.

Les principaux points présentés dans la rubrique « concepts » illustrent certaines spécificités contextuelles du projet. Tout d'abord, le premier principe souligne que le projet a pour objectif d'encadrer la mise en place d'un marché déjà constitué, dans lequel la participation financière des patients assure le fonctionnement des structures et dote les personnels de santé d'un salaire leur permettant de faire vivre leur famille :

“This was thought to be more important than alternative staff morale-boosting interventions. The incentives should provide a liveable wage for the health workers so that they can support their families. It was thought that a significant proportion of this budget gap could be filled by official cost-sharing revenue by partially formalizing the informal out-of-pocket expenditure which constituted 97% of total health expenditure in Pereang”. (Soeters & Griffiths, 2003, p.76)

Le projet s'inscrit donc dans une démarche de structuration d'une logique de marché déjà existante entre des personnels de santé et des patients, dont les contributions représentent déjà 97% des dépenses du centre de santé :

“performance-based staff incentive structure should replace the traditional fixed salary and per diem system. It was thought that more and better work should also lead to higher payments. This implied the abandonment of the traditional salary system. Only if more patients were attracted could the monthly staff payments create the required liveable wage, because it would mean more cost-sharing” (Soeters & Griffiths, 2003, p.76)

Les autres principaux concepts sont ensuite associés à la régulation de cette nouvelle structuration du marché, par la mise en place de normes de qualité « *Quality should be high from a professional and a consumer point of view* », l'abandon de pratiques privées concurrentes « *if the staff of government health facilities were to stop their informal private practices, they could achieve their utilization targets* », et enfin l'abandon du système de gratuité alors jugé inéquitable par la BM (section 1), au profit d'un fonds destiné aux indigents : *“Abandon the fee exemption system and replace it when appropriate with an equity fund”.* (Soeters & Griffiths, 2003, p.76)

Le cas précise également que dans une phase initiale de négociation des contrats individuels, qui sera par la suite remplacée par une contractualisation collective au niveau de chaque structure, les nouveaux salaires officiels des praticiens (avec incitations) augmentent de 500% à 800%, tout en soulignant que cette augmentation officielle associée à un arrêt des activités privées informelles peut entraîner une baisse de revenu de certains praticiens.

La présentation montre ainsi que les salaires officiels étaient insuffisants pour permettre aux personnels de faire vivre leur famille, ce qui a entraîné un développement des activités parallèles « privées » pouvant représenter plus 800% du salaire de base.

Alors que 97% des revenus des districts étudiés provenait de la participation des patients, dans un pays et une région très pauvre, la réalité d'une politique de gratuité pour les indigents apparaît par ailleurs remise en cause, ce que confirme ultérieurement les auteurs : « *in Pereang there were substantially increased official user fees, with no user fee exemptions for the poor at health centre level* ».

Le projet vise donc ici à proposer la régulation d'un marché « informel » déjà existant, qui soit acceptable pour les personnels de santé, tout en offrant des garanties aux patients en termes de qualité des soins. Il permet également au pouvoir central (i) de reprendre un certain contrôle sur l'activité informelle qui s'est développée dans les structures de santé, et (ii) de mettre en place un accès aux soins des indigents en s'appuyant sur le modèle recommandé par la BM, ce qui facilite la recherche de financements.

Pour les auteurs, dont l'un a participé à la mise en place du projet, le succès de l'approche par la performance serait avéré par le fait que les centres de santé qui n'ont pas fait l'objet d'une contractualisation n'ont pas réussi à faire diminuer les pratiques informelles, puisque l'incitation qui leur été proposée (50% des recettes issues du partage des coûts) ne leur permettait pas de survivre sans poursuivre leurs activités informelles.

“The 13 remaining health centres in the District used the traditional Ministry of Health financing system, whereby staff were paid a fixed 50% of cost-sharing revenues. This amounted to an official incentive payment to staff members of approximately US\$7–10 per month. In these health centres informal and under-the-table payments continued as this was the only means of survival for the health staff. This difference in approach within the same district also allowed a comparison of the output, which showed that the number of outpatient consultancies in the health facilities with incentives was on average 3.6 times higher than in the health facilities without. These data seemed to show the positive effect of performance-based contractual staff payments on utilization figures”. (Soeters & Griffiths, 2003, p.92)

Il apparaît donc que le succès de la contractualisation a été de générer une négociation aboutissant à la définition de salaires permettant aux personnels de santé de faire vivre leurs familles sans avoir recours à des activités informelles concurrentes. Cette négociation leur a permis d'accepter de nouvelles règles d'encadrement du marché apportant des garanties aux autres parties prenantes : contrôlabilité pour le gouvernement, standards qualité pour les patients et le gouvernement, formalisation de la tarification pour les patients, accès aux soins pour les indigents.

En revanche le système d'incitation associé à la logique de marché qui existait dans le fonctionnement initial n'a pas été remis en cause, mais a simplement été régulé dans la nouvelle structuration. Les centres de santé n'ayant par fait l'objet d'un processus de contractualisation conservent toujours une incitation à exercer des activités parallèles, ce qui ne démontre pas la performance du principe d'incitation défini dans la nouvelle structure de marché proposé. En effet dans l'article, rien ne démontre qu'une contractualisation définissant

des salaires fixes permettant aux personnels de vivre dignement, associée à l'acceptation de ne plus avoir d'activités « privées » parallèles, n'aurait pas permis d'éradiquer ces pratiques informelles.

En termes de motivation on se trouve ici dans une position assez spécifique, puisque la pauvreté a déjà conduit les personnels à fonctionner suivant un modèle d'incitation individuelle. Le projet de structuration propose donc de réintégrer les intérêts des autres parties prenantes, en encadrant l'incitation du personnel soignant, ce qui revient plutôt à redonner au système de santé sa dimension de « bien commun ». A travers cet encadrement, la contractualisation limite donc en réalité la logique incitative associée au marché informel. Elle s'appuie sur la volonté du personnel soignant de renforcer leur motivation intrinsèque, associée à une conception de la santé comme un « bien commun », pour accepter une diminution de leurs incitations personnelles financières à court terme.

Suivant la logique de l'ANT, le dispositif proposé ici permet de « problématiser » les difficultés rencontrées par le système de santé au travers du prisme de la contractualisation, puis de proposer « un dispositif d'intéressement » intégrant les intérêts de l'ensemble des parties prenantes. L'étude de cas montre ensuite comment le projet a pu être étendu au travers d'une contractualisation globale des structures de santé qui répond aux étapes « d'enrôlement » et de « mobilisation des alliés » (Callon, 1984).

La création d'une logique incitative est valorisée dans le papier réalisé en 2003, car elle correspond à une stratégie d'expérimentation d'un modèle économique promue par la Banque Asiatique de Développement suivant les travaux théoriques promue par la Banque Mondiale. Elle constitue ainsi un élément de communication valorisant le principe incitatif qui sous-tend l'extension du FBR, notamment au Rwanda (où l'un des auteurs est impliqué) et dans d'autres pays africains, alors même qu'il n'y a dans ce projet aucune introduction de logique incitative qui aurait un lien direct avec les résultats mis en avant par le projet. Les résultats de l'expérimentation sont ainsi détournés au profit d'une valorisation des principes néolibéraux correspondant aux théorisations de la BM (WDR, 2004).

Conclusion section 2

Cette section a permis de montrer comment la capacité d'influence de la BM, liée à son rôle de créancier dans la mise en œuvre des PAS, l'a conduit à imposer aux gouvernements une diminution de leur capacité de régulation au profit d'une logique de marché dont les institutions internationales et les multinationales sont sorties renforcées.

Cette diffusion a été facilitée par un cycle d'expérimentations locales en Amérique latine, suivi de la conception d'un programme de réforme globale sous la forme d'un package rationnel présenté dans le WDR 1993, qui a ensuite fait l'objet d'une expérimentation nationale en Colombie dont les résultats ont été valorisés pour renforcer l'institutionnalisation de ce modèle de régulation par le marché.

Suite aux attaques des PAS dans les années 1990 (chapitre 1 et 4), qui ont conduit à une réorientation des priorités vers la lutte contre la pauvreté et la mise en cause des principes néolibéraux dans le cadre du « post Washington consensus », une contre-attaque du réseau néolibéral est menée pour expérimenter de nouveaux modèles de régulation des services de

santé par le marché. A partir de 2001, cette offensive sera renforcée par l'élection du Président Bush, qui créera un nouvel instrument de coopération fondé sur la recherche d'efficacité à travers les instruments du NPM, comme la contractualisation des services sociaux au secteur privé et le financement basé sur la performance. La création de cet instrument constitue de fait une mise en concurrence des organisations qui dépendent des ressources du gouvernement des Etats-Unis, principalement l'USAID et la BM.

Ces pressions institutionnelles, associées à la reprise de contrôle du département de la recherche par le réseau néolibéral, conduisent la BM à concevoir un modèle de régulation des services de santé par le marché au service des pauvres (WDR, 2004). De son côté l'USAID expérimentera des approches de financement basé sur la performance à Haïti, et la Banque Asiatique de Développement un programme de contractualisation des structures de santé publiques utilisant des incitations financières au Cambodge.

Toutefois, l'étude des publications sur le programme de contractualisation au Cambodge, qui sont valorisées dans le modèle de régulation par le marché proposé par la BM (WDR, 2004), montre que celui-ci correspondait en réalité à une démarche de re-régulation d'un système de santé plongé dans une situation de chaos suite à la guerre civile.

L'étude des publications sur l'expérience haïtienne montre également que le FBR est utilisé comme un instrument de pilotage de la performance de structures privées (ONG) qui sont directement contractées par l'USAID.

La valorisation de ces deux expérimentations ne répond donc pas à leur réalité, dont les résultats sont détournés pour favoriser l'institutionnalisation d'une approche destinée à encourager la décentralisation de la gestion des structures de santé, processus nécessaire à la mise en œuvre d'une nouvelle régulation par le marché.

Dans la section suivante, nous étudions donc le processus d'institutionnalisation des instruments destinés à mettre en œuvre le modèle de la « short route of accountability », à travers d'une part le FBR qui doit permettre d'autonomiser les structures de santé et de mettre en place une tarification à l'acte, et d'autre part la création de mutuelles privées à base communautaire pour solvabiliser la demande de soins.

Section 3 : L'expérimentation et la valorisation du modèle de la « Short route of accountability » au Rwanda

L'institutionnalisation du modèle de régulation des services de santé par le marché en zone rurale est principalement réalisée à travers l'expérimentation nationale rwandaise. Cette dernière a été financée par la BM pour le volet offre de soins (création d'un programme national de FBR) et par l'USAID pour le volet demande (création d'un dispositif national d'assurance maladie fondé sur le modèle des mutuelles à base communautaire).

La présentation et la diffusion du package rationnel issues de cette expérimentation sont présentées dans cette section en travers trois éléments.

Tout d'abord nous présentons le contexte spécifique du Rwanda suite au génocide de 1993 et la guerre civile, qui a conduit à un partenariat entre le pouvoir autoritaire du RPF et les

institutions financières internationales néolibérales pour la construction du « Nouveau Rwanda »

Nous présentons ensuite l'expérience menée au Rwanda concernant la mise en place du FBR au niveau local par la coopération hollandaise, puis étendue au niveau national avec l'appui de la BM. Nous présentons également la mise en place du système assurantiel par la création de mutuelles communautaires dans les zones rurales, qui sera associée au FBR pour mettre en scène l'efficiencia d'un basculement de la « long route of accountability » vers la « short route of accountability ».

Nous présentons enfin la valorisation de l'expérimentation sous la forme d'un package rationnel construit pour répondre au modèle de la « short route of accountability », ainsi que les réseaux d'acteurs mobilisés et le dispositif d'incitation mis en oeuvre pour assurer la diffusion.

1. La construction du « nouveau Rwanda » à l'origine d'un partenariat entre le RPF et le réseau néolibéral

Le Rwanda a été marqué par une guerre civile aboutissant au génocide des Tutsis en 1994, à l'issue duquel le système de santé a été largement détruit. Après la guerre, une période de transition aboutit à l'élection à la Présidence du Général Paul Kagamé en 2000, qui était précédemment co-fondateur du Front Patriotique Rwandais (FPR), parti ayant libéré Kampala pour mettre fin au génocide en 1994, puis Vice Président et Ministre de la Défense. A partir de 2000, l'économie rwandaise connaîtra une croissance moyenne de 9%, fondée sur une approche d'ouverture et de privatisation économique, qui lui permettra d'évoluer entre 2000 et 2010 de la 143^{ème} à la 67^{ème} place du classement « Doing Business » de la BM (sur un total de 183 pays évalués).

Kagamé apparaît alors comme le modèle du « nouveau leader africain », à même de s'appuyer sur ses valeurs africaines pour mettre en place un régime autoritaire favorisant l'ouverture économique néolibérale, comme l'ont été en Asie Lee Kwan Yew (ancien premier ministre de Singapour de 1959 à 1990) et Mahatir (ancien premier ministre malais de 1981 à 2003). Comme de nombreux Etats occidentaux, les Etats-Unis apportent une forte coopération financière, technique et militaire, alors que Tony Blair deviendra l'un des conseillers du Président Kagamé. Lors de sa réélection en 2012, l'Union Européenne n'enverra pas d'observateurs pour surveiller le scrutin, officiellement à cause d'un manque de ressources budgétaires.

Toutefois, de nombreux opposants exilés à l'étranger dénoncent l'autoritarisme du régime du Président Kagamé, réélu en 2003 avec 95 % des voix, puis en août 2010 avec 93 % des voix. A partir de 2002, une réforme de la constitution visant à condamner les actes de négation du génocide est utilisée pour exercer un contrôle de la presse et des opposants au gouvernement. L'ONG Human Rights Watch dénonce ainsi régulièrement le manque de liberté d'expression et la répression exercée contre les opposants politiques²³.

Malgré le soutien appuyé de nombreux partenaires, le Président Kagamé fait également l'objet de critiques de la communauté internationale depuis 10 ans. Plusieurs partenaires ont par

²³ <https://www.hrw.org/world-report/2018/country-chapters/rwanda>

exemple suspendu leur coopération pour s'opposer au soutien accordé par le Rwanda aux groupes militaires armés dans l'est de la RDC, qui se livrent à un fructueux trafic de minerais (Jacquemot, 2009). Depuis 2015, des nouvelles tensions sont également apparues entre le Président Kagame et les partenaires extérieurs protestant contre une modification de la constitution lui permettant de se présenter pour un troisième mandat présidentiel en août 2017, remporté avec 98,7 % des suffrages.

Le contexte autoritaire post-génocide et le « nouveau Rwanda ».

Différentes études montrent la spécificité du régime rwandais post-génocide, en particulier dans la volonté du FPR dirigé par Kagamé de créer un « nouveau Rwanda », avec de nouveaux citoyens capables de dépasser les clivages ethniques. L'historien Johann Pottier, dans son ouvrage « Re-imagining Rwanda. Conflict, Survival and Disinformation in the late 20th Century » (2002) étudie cette réinvention historique réalisée au service d'une vision éclairée du futur.

Cette vision mêle une valorisation du royaume rwandais pré-colonial, originellement dirigé par la minorité Tutsie dont Kagamé est issu, puis ayant fait l'objet d'un profond métissage. Suivant cette vision le Rwanda s'étendait alors à l'est de la RDC, qu'il est aujourd'hui accusé de contrôler indirectement. Le concept d'ethnicité a par ailleurs été conçu puis instrumentalisé par le colonisateur belge puis par le pouvoir post-colonial pour diviser la population, aboutissant au génocide de 1994.

Le FPR pose alors les symboles d'une nouvelle identité, que l'on retrouve dans l'introduction d'un nouveau drapeau, le lancement d'un journal national baptisé « New times », ou encore la restructuration et de la renomination des administrations territoriales. L'usage du français, dont le pays symbolise le pouvoir colonial complice des génocidaires, est aboli au profit de l'anglais qui devient la « nouvelle langue ».

Dans une thèse d'économie politique intitulée « Seeing Like a Neoliberal State ? Authoritarian High Modernism, Commercialization and Governmentality in Rwanda's Agricultural Reform », Christopher Huggins (2013) analyse avec précision les mécanismes d'intégration de certains principes néolibéraux dans la mise en place des politiques de développement associées à la création du « nouveau Rwanda ».

Il souligne tout d'abord que le contexte post-génocide procure, comme cela a déjà été démontré dans d'autres états en situation de post-conflit, une autorité accrue au pouvoir politique constituant une opportunité pour la mise en place du néolibéralisme.

“In creating a ‘New Rwanda’ (Kagame, 2009), the government rapidly created and enacted economic policies associated with neoliberalism while avoiding many of the policy debates that go along with more gradual processes of privatization (Harrison, 2010: 107). In many post-conflict and post-atrocity contexts, the extreme difficulties of everyday life for the majority of citizens, and the scale of the challenge of rebuilding state and civil society institutions, are cited to justify an ‘exceptional’ situation in which the normal processes of policy debate may be avoided. The concept of the end of conflict providing a ‘fresh start’ through which neoliberal policies may be quickly put in place is relatively common in the popular state-focused discourse of postconflict reconstruction, and also occurred in post-civil war Uganda and Ethiopia, for example (Harrison, 2010: 107). In the case of Rwanda, the influence of the RPF in the transitional government was

such that legislation proposed by the party was not seriously contested by Parliamentarians, despite some efforts to increase the independence of Parliament (Sebarenzi, 2009: 118), and that the RPF-dominated Executive enjoyed much more power than in most democratic systems (Sebarenzi, 2009: 118-119)". (Huggins, 2013, p. 71)

Huggins étudie la politique post-génocide de réforme de la production Agricole du RFP au Rwanda à travers le cadre théorique « Authoritarian High Modernism », développé par James Scott (1998) qui s'appuie sur quatre caractéristiques majeures: 1) *"The administrative ordering of nature and society [according to] transformative state simplifications; 2) A strong...version of the self-confidence about scientific and technological progress...commensurate with the scientific understanding of natural laws. 3) An authoritarian state which is willing and able to use the full weight of its coercive power to bring these high-modernist designs into being; 4) A prostrate civil society that lacks the capacity to resist these plans"*.

Par ailleurs, le modèle est associé à une réinvention de l'histoire qui correspond au contexte rwandais post-génocide: 'the past is an impediment; a history that must be transcended; the present is the platform for launching plans for a better future' (Scott, 1998: 95).

La création d'un partenariat entre le RPF et le réseau néolibéral.

L'étude de Huggins met également en perspective le rôle central de la science dans le projet de reconstruction d'un « nouveau Rwanda » sous l'impulsion d'un pouvoir autoritaire. Dans le contexte d'effondrement des services et des finances publiques qui caractérise le contexte post-génocide, l'économisation promue par les IBW constitue dès lors un puissant système d'intéressement fournissant au nouveau pouvoir des ressources théoriques et financières au service de la mise en place d'un nouveau projet de société :

"The post-genocide regime, which had very little access to bilateral funding in the immediate aftermath of the genocide, had little choice but to look to the IMF and World Bank for loans, which were linked to liberalization policies including fiscal reforms to increase transparency, a decrease in regulation of the labour market, and the adoption of a more private sector-friendly legal and regulatory framework" (Huggins, 2013, p.73)

La vision économique associée au « nouveau Rwanda » s'appuie ainsi sur le néolibéralisme et les sciences et techniques pour développer une économie du savoir à même de servir de « hub » aux investissements internationaux en Afrique à l'horizon 2020 :

"In Rwanda, the ruling party's faith in technical expertise and science as a means of overcoming social and environmental constraints is everywhere evident within the agricultural policy, as well as the broader vision of becoming a 'Singapore in Africa'²⁴, a world-class centre for financial, high-tech, and other highly-skilled services, by 2020" (Mills, 2010)

Toutefois, différents travaux montrent que les principes néolibéraux affichés sont encadrés dans des dispositifs nationaux centralisés qui peuvent être qualifiés de « development patrimonialism » (Booth & al, 2012) :

²⁴ <http://www.economist.com/node/21548263>

“Market principles, such as competition, have also been institutionalised within the state: there are various rankings and competitions for state agencies. Like other countries around the globe, Rwanda is following a path that might be termed ‘market-oriented authoritarianism...’.

...This politico-economic orientation has its own internal contradictions and tensions, most notably around the rhetoric of administrative decentralization (for the purposes of increased efficiency and responsiveness to demand) which is contradicted by a reality of highly centralized decision-making; and the existence of corporations owned by the RPF (often staffed and partly-owned by the military), which enjoy privileged access to state contracts in various sectors and hence undermine economic competition (Gokgur, 2012; Booth and Golooba-Mutebi, 2011). One of the most significant roles of the Rwanda Defence Forces in the economic redevelopment of the country evolved following the invasion of the neighbouring Democratic Republic of Congo (DRC) by Rwanda in 1996. In a strategy that one analyst has called ‘military commercialism’ (Cannon, 2005: 12), the Rwandan military took extensive control of the most valuable commercial networks of Eastern DRC, notably mineral export networks (particularly coltan, gold, and cassiterite), repatriating the profits through RPF-owned companies such as Tri Star (Huggins, 2013, p.75)

Dans une analyse des programmes de réformes de la production agricole dans trois régions à travers le cadre de la gouvernamentalité de Foucault, Huggins (2013) montre que les programmes intégrant des principes néolibéraux jouent un rôle coercitif destiné à la création de nouveaux citoyens dociles et patriotes :

“The dissertation shows that the Rwandan state aims to create a new kind of Rwandan citizen, an entrepreneurial ‘modern farmer’ compliant with state policies, and fully integrated into commercial commodity-chains. Entrepreneurship, submission to restrictive government policies, and patriotism are discursively intertwined, despite the tensions and contradictions this involves”. (Huggins, 2013, abstract)

L'étude porte notamment sur le “Contract performance system” Imihigo, qui utilise l'instrument du contrat de performance pour mobiliser et aligner chaque niveau d'acteurs dans une approche centralisée destinée à contraindre et standardiser les pratiques des producteurs :

“One of the key mechanisms of coherence and connection within the agricultural sector, as within other sectors, is the Imihigo performance contract system, which ensures that specific development targets are shared through a hierarchical structure of obligations from the level of the District, through the sectors, the cellules, umudugudu, cooperatives and other local organizations, the household, and ultimately the Rwandan individual. Independent studies have found that government officials ‘used a top-down approach’ (Bugingo and Interayamahanga, 2010: 45) in selecting targets as well as the contributions (in cash or in labour) pledged by the affected organizations and individuals. This was confirmed by interviews. The household-level imihigo are based on a ‘template containing priorities’ distributed to householders by umudugudu leaders...Due to this top-down, template approach, imihigo is primarily a force for homogenization, promoting a standard package of obligations across the country”. (Huggins, 2013, p.166)

Le mécanisme de coercition est également renforcé par le recours à la mise en compétition des acteurs aux différents niveaux d'implémentation :

“The idea of competition is important in the imihigo system: administrative units are ranked according to their achievement of imihigo targets, successful leaders are rewarded, and those with low rates of success are expected to resign. In December 2007, the Governor of Eastern Province, told all district leaders in his Province ‘to double their performance or resign their positions’...A member of a Rwandan NGO described a conversation with the executive secretary of a cellule in Northern Province, who told him that he was expected to achieve imihigo targets, even if it involved committing ‘injustices’ against the people. The executive Secretary reportedly said: ‘If we don’t, we will lose our jobs... I won’t lose my job because of the injustices against the population; instead, I’ll be rewarded for having done what I was asked to do’. It is not surprising then that during implementation of the imihigo, ‘leaders may disregard their citizens’ fundamental rights in order to meet their pledges at any cost’”(Huggins, 2013, p.168).

Les études de cas présentées par Hugging montrent ainsi comment cette modernisation s’appuie sur des phénomènes d’acaparement de terres cultivables suivant un processus comparable au système de dépossession et de prolétarianisation démontré par Mitchell en Egypte (1998) et présenté au chapitre 3.

“The purchase of land at artificially low rates, in a context of coercion, represents a form of primitive accumulation or accumulation by dispossession (Harvey, 2005: 159). Former members of the executive stated that Nsansuwera wanted the cooperative to purchase as much land in the block as possible. The sales of land were part of the design and profit-model of the overall project. However, the cooperative’s financial problems meant that only a handful of parcels could be bought” (Huggins, 2013, p.256).

“The forms of agricultural production that farmers are forced to follow, in the context of extreme land tenure insecurity, result in a variation on the dynamic of proletarianization. This notion of citizenship is based not on an entrepreneurial model that might be associated with greater heterogeneity in the agricultural sector, but rather the consolidation of spatial and institutional homogenization, standardisation and coercion associated with authoritarian high modernism”. (Huggins, 2013, p.322).

Huggins évoque cette méthode coercitive comme l’un des facteurs de succès de la couverture santé au Rwanda évaluée à travers la participation de l’ensemble de la population dans les mutuelles communautaires, ce qui met en cause le succès de la mise en marché valorisée par la BM :

“It is likely coercion, for example, that allowed Nyamagabe District, Southern Province, to achieve 95.4% membership in the health insurance scheme by 2009, and to aim for 100% coverage the following year (Ntambara, 2009). This tension between promised ‘freedoms’ and autocratically-imposed targets which become conceptualised as citizens’ ‘duties’ or ‘responsibilities’ (Babu, 2009) may be managed, on paper, through ‘customisation’ of the national-level objectives at the local level (Babu, 2009) but remains problematic both in theory and practice”. (Huggins, 2013, p.168).

Par ailleurs, l’acceptation d’une augmentation des inégalités associées aux dynamiques d’accumulation par dépossession et de prolétarianisation semble mieux correspondre à une logique de fragmentation que de nationalisation des risques sanitaires.

Une valorisation par les bailleurs de fonds néolibéraux déconnectée du contexte autoritaire.

Toutefois, la nécessité pour les bailleurs de fonds impliqués d'afficher une "success story" africaine proche du modèle théorique des IBW conduiront à l'effacement des contradictions associées au modèle rwandais :

"There are historical precedents for this: aid agencies working in Rwanda in the late 1980s and early 1990s did relatively little to denounce the coercive activities of the state, in part because they indirectly benefitted from this coercion (Uvin, 1998). This is perhaps part of the reason why most donors and many multilateral and non-governmental organizations tend to echo government of Rwanda discourses regarding the marketoriented nature of the reform, rather than acknowledging the elements of centralplanning and coercion which deviate from the liberal model" (Huggins, 2013, p.168).

"Rwanda has been held up as a positive example of African 'development' in a context in which donors are actively searching for 'success stories'. One influential policy analyst (former founding Director of the International Food Policy Research Institute, and Chief Economist of USAID) argued in 2002 that: Africa desperately needs some success stories... Of course, most of African agriculture that grew rapidly in the 1960's was largely led by the export commodities -- so there is some history of large-scale success. But now there are few ongoing success stories... Rwanda is the logical candidate for a contemporary success story. Such a success would boost morale in both African countries and in the donor community (Mellor, 2002: 18)". (Huggins, 2013, p.180).

La co-construction de la "success story" rwandaise est même réalisée dans le cadre d'une collaboration entre le gouvernement et les principaux bailleurs de fonds impliqués, qui transformeront les éléments coercitifs en logique d'appropriation :

"For example, the ways in which performance contracts and other management technologies are discursively embedded by the government of Rwanda within a 'traditional' Rwandan context are communicated as a form of national adaptation and 'ownership' of global governance technologies. These are also the traits that government leaders, particularly Paul Kagame, emphasize as the core characteristics of the New Rwandan subject" (Huggins, 2013, p.377).

L'influence limitée des pressions internationales contre l'autoritarisme du RPF, comme les suspensions d'aide protestant contre le soutien des forces armées aux groupes paramilitaires opérant de l'est de la RDC, ou encore contre la modification de la constitution permettant à Paul Kagamé de se présenter pour un troisième mandat, montrent que le RPF a toujours conservé un certain leadership face à une aide internationale qu'il perçoit comme un dispositif de contrôle :

"There is no country in this world that receives aid and accounts for it better than Rwanda. There is none. So, I am not sure if these people who give us aid want us to develop. They give us aid and expect us to remain beggars. They give you aid so that you forever glorify them and depend on them. They keep using it as a tool of control and management"²⁵ (Kagamé, 2012).

²⁵ Kagame's Historic Speech in Parliament. *News of Rwanda*, October

Pour Huggins, l'une des explications de cette résistance est la capacité de l'Etat rwandais à anticiper les agendas politiques et à diffuser une image moderne et technologique du Rwanda :

“Donors have been unable to completely impose the liberal political and economic model associated with ‘good governance’ on Rwanda. Part of the reasons for the Rwandan state’s success in resisting such pressures is the government’s assertiveness in pro-actively setting the agenda for debate across multiple platforms, rather than only responding to criticisms or external policy blueprints. In particular, the government and its supporters in pro-government media houses and other institutions have sought to put forward a particular image of Rwanda using digital technologies such as websites. One recent example is the creation, with the financial backing of the government of Rwanda and the African Development Bank, of an online encyclopedia dedicated to Rwanda, called Rwandapedia (which is superficially styled after the user-generated encyclopedia, ‘wikipedia’)” (Huggins, 2013, p.159).

La création du discours destiné à promouvoir le « modèle libéral rwandais » en Afrique apparaît ainsi comme une co-construction des bailleurs et du RPF, qui renforce la capacité de diffusion des réformes promues par les premiers, et légitime l'autoritarisme des politiques menées par le second.

Pour notre étude, le contexte de mise en oeuvre des réformes néolibérales au Rwanda, et notamment le recours à des instruments de gestion incitatifs et aux mutuelles de santé à base communautaire dans les zones rurales, apparaissent extrêmement spécifiques.

La construction de discours sur l'adoption de ces mesures au Rwanda semble répondre à un objectif de valorisation d'une expérimentation correspondant aux modèles d'économisation des politiques de santé promues par les IBW, l'USAID et le DFID, sans tenir compte du contexte spécifique et de certaines réalités.

Les instruments de gestion, comme le système de contrat de performance Imihigo ou les mutuelles privées à base communautaires, sont présentés par les bailleurs de fonds néolibéraux comme des instruments de régulation renforçant la décentralisation des systèmes de gestion et la liberté individuelle des acteurs économiques.

En réalité, Huggins montre que ces instruments ont été mobilisés par le pouvoir central pour mettre en place une « nouvelle régulation nationale » au service d'un pouvoir politique centralisé et autoritaire.

2. La construction de l'expérimentation rwandaise du modèle de la « short route of accountability »

L'expérimentation et l'extension du FBR.

Le projet initial est présenté dans l'article, “Performance-based financing and changing the district health system : expérience from Rwanda” (2006) co-écrit par Robert Soeter, Christian Habineza et Peter Peerenboom, trois consultants directement impliqués dans la mise en place de l'expérimentation financée par la coopération des Pays-Bas.

En 2000, la population à 90% rurale est en situation de grande pauvreté, pendant que le gouvernement est fortement dépendant de l'aide extérieure pour assurer le financement du système de soins. A partir de 2000, le gouvernement entreprend une décentralisation de la gestion des systèmes de santé, qui sont autorisés à pratiquer une tarification atteignant rapidement entre 60 et 80% du revenu des structures de santé. Pour les auteurs, cette réforme aurait favorisé le développement et la qualité des soins mais diminué parallèlement la demande sous l'effet de l'augmentation des coûts. A partir de 2001, des initiatives de contractualisation avec des opérateurs de santé seront alors lancées dans les provinces de Butare, Cyangugi et Kigali à travers un financement de la coopération des Pays-Bas.

L'article présente plus spécifiquement le projet développé dans la province de Cyangugi, qui regroupe alors 620 000 personnes. Localisée dans les montagnes reculées ayant des frontières avec le Burundi et la RDC, la province connaîtra parallèlement une amélioration des infrastructures, des communications, du niveau de formation et une forte croissance de l'activité économique. Les structures de santé sont à 40% pilotées par des organisations religieuses, qui ont été intégrées au système national et reçoivent les mêmes dotations que les structures publiques.

L'objectif du projet était d'accompagner la mise en place d'un système de gestion décentralisée, en s'appuyant sur une logique de marché générée par l'augmentation des participations financières des patients, mais en adoptant un cadre régulant les relations entre les principales parties prenantes du système de santé.

Le projet est initialement expérimenté avec le soutien de Cordaid, ONG Néerlandaise intervenant dans le district depuis 1998 et assurant la gestion de 24 centres de santé et 4 hôpitaux de districts, qui collabore également avec l'USAID pour la fourniture de services de santé à Haïti. Il a ensuite pu être étendu avec l'appui des autorités locales :

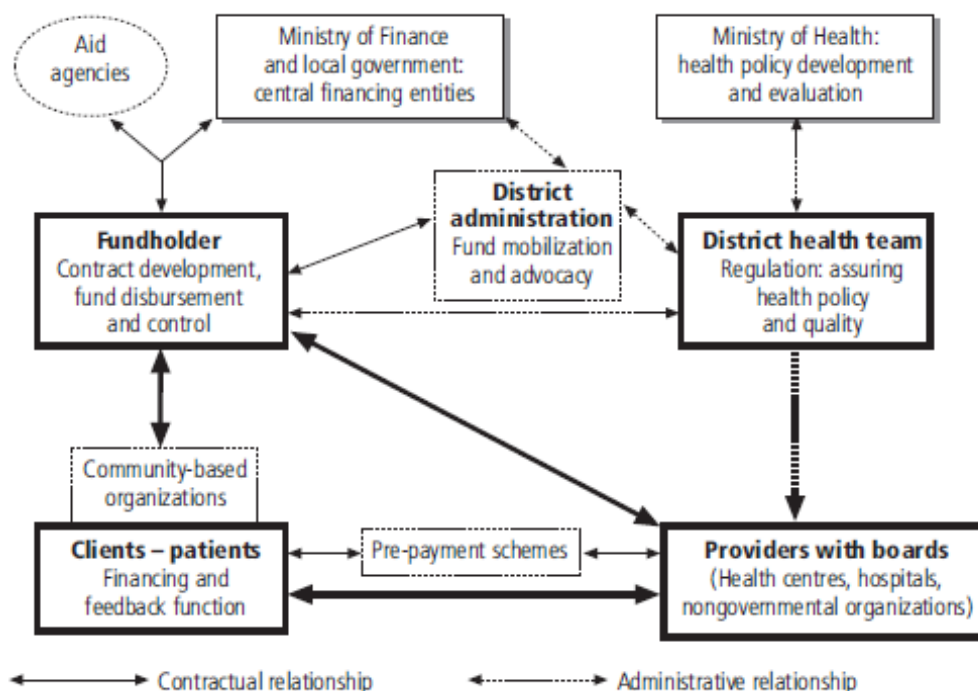
« The international non governmental organization (NGO) Cordaid, operating in Cyangugu since 1998, responded to the favourable conditions for change in the health sector. In 2001, Cordaid committed itself to innovative performance based financing. It started contracting in 2002 and by January 2003, all 24 health centres and four district hospitals had signed contracts. (Soeters et al, p.885).

« In Cyangugu province, the authorities played a decisive role in supporting the programme financially, and successfully advocated the introduction of performance-based financing at the national level. » (Soeters et al, p.885).

Le système de relations contractuelles établies est présenté dans la figure 20 ci-dessous, qui illustre le rôle du RBF comme instrument d'une réforme globale du système de production des soins.

Figure 20, Schéma du modèle institutionnel du PBF pilote, province de Cyangugu, Rwanda

Fig. 1. The institutional set-up for performance-based financing, Cyangugu province, Rwanda



(Soeters et al, 2006, p.885).

Le principal résultat mis en avant est la productivité de l'offre de soins, les dépenses de santé directement assumées par les patients ayant diminué de 62%, de 9.05 à 3,45 US\$, alors que le pourcentage de femmes ayant visité une structure de santé serait passé de 25 à 60%.

En réalité, l'expérience apparaît proche du projet de contractualisation réalisée au Cambodge. Au niveau des acteurs, Robert Soeters apparaît à la fois comme l'un des principaux promoteurs du projet Cambodgien puis du projet Rwandais, et comme le principal auteur de leur valorisation (Soeters et al, 2003, 2006).

En termes de contexte, il s'agit d'un pays sortant également d'une guerre civile et d'un génocide ayant entraîné un effondrement des systèmes de santé. Les zones d'interventions sont des provinces reculées, dans lesquelles l'autorisation de facturation d'une « participation aux soins » aux patients par le gouvernement a généré un système basé sur une logique de marché fonctionnant hors de toute régulation, avec dans le cas rwandais une offre de soins fragmentée composée de centres publics, de centres de santé financés par des organisations religieuses, d'ONG et de structures privées.

Soeter & al (2006) soulignent cette très faible régulation nationale rwandaise comme un cadre favorisant l'autonomie des structures de santé, ayant par ailleurs dynamisé l'esprit entrepreneurial des personnels soignants :

“The meagre government and aid agency support for the health services in 2001 helped create an enabling environment for innovation. Health providers learned to run their facilities autonomously, but eagerly accepted any new support. Communities and local

authorities had high user fees and welcomed new approaches. As administrative restrictions were few, it was an excellent opportunity to field test innovative ideas. Other favourable factors in the health system were the existence of a computerized health management information system and a non-monopolistic essential drugs distribution network involving both government and private wholesalers". (Soeters & al, 2006, p.885)

Comme pour le cas cambodgien, le programme mis en oeuvre dans les trois districts pilotes offrait également aux autorités locales un cadre de re-régulation suite à la décentralisation et à l'autorisation de facturation des soins :

"By 2000, the Rwandan Government shifted its health policy towards decentralization, leaving health service supply and demand to market forces. These major changes were triggered by decreasing international assistance and limited government health expenditure (...). When the demand for health services started to exceed the capacity of health facilities to meet this demand free of charge, the government allowed health facilities to set user fee levels autonomously and spend the revenues at their own discretion. As a result (...) cost-sharing put an unreasonable financial burden on the predominantly poor population, and consequently, utilization rates dropped. In 2001, (...) the health centres generated 60–80% of their revenues from cost-sharing" (Soeter & al, 2006, p 884).

La logique incitative préexiste donc avant la mise en œuvre du FBR, puisque la gestion des ressources facturées aux patients qui constituait 60 à 80% des revenus était faite à la discrétion des cadres de santé qui dirigeaient les centres, ce qui avait généré l'instauration d'une logique de marché et par conséquent un repositionnement sur le marché solvable entraînant l'éviction des pauvres de l'accès aux soins.

Par ailleurs, les articles s'appuyant sur ce projet pour promouvoir le RBF soulignent également que l'un des atouts ayant favorisé la mise en place du programme pilote a été la présence d'ONG hollandaise dans les deux districts pilotes : Cordaid dans le district de Cyangugu et HealthNet TPO dans le district de Butare. L'expérimentation a donc été construite avec l'appui d'opérateurs « privés » proches de la coopération des Pays-bas qui finance et met en œuvre le projet pilote.

"The first two schemes were launched in 2002 by Dutch nongovernmental organizations (NGOs), one in Butare (Initiative pour la Performance) by HealthNet TPO and the other in Cyangugu by Memisa/CORDAID. The third project was undertaken in Kigali-Ngali, Kabgayi, and Kigali Ville in 2005 by Belgian Technical Cooperation (BTC), a development cooperation agency. The design of the first two was inspired by early lessons from a contracting initiative in Cambodia. (Rusa & al, 2009, p.193)

Soeters et al (2006) précisent que l'ONG CORDAID utilisait une approche de contrat de performance avant le lancement du projet, ce qui montre que l'instrument avait déjà été internalisé par cette organisation pour la gestion de structures de santé dans des pays très pauvres. *"In 2001, Cordaid committed itself to innovative performance based financing"* (Soeters & al, 2006, p.885).

Dans ce cadre il est intéressant de noter que l'association Cordaid intervient notamment à Haiti depuis 1973, où elle bénéficie régulièrement de financement de l'USAID. Elle a donc pu intégrer dans ses pratiques le modèle contractuel imposé par l'un de ses financeurs (Eichler &

al, 2007). Les opérateurs privés et associatifs apparaissent également comme des acteurs clés de la diffusion du FBR au Rwanda.

Comme dans le cas cambodgien, le projet mis en œuvre et présenté par Soerters apparaît comme un dispositif de régulation au profit des collectivités locales, dont le besoin est renforcé dans le cas rwandais par la fragmentation du système de production de soins.

Le programme est ensuite étendu au niveau national avec l'appui de la BM, qui a réalisé des enquêtes de satisfaction dans les différentes provinces. Cette extension est mise en œuvre à partir de 2006, soit l'année suivant du WDR diffusant le modèle de la « short route of accountability ».

La valorisation du modèle théorique de la BM à travers l'expérience rwandaise permet alors de générer en 2006 de nouvelles expérimentations dans les pays deux voisins : le Burundi et la RDC.

L'expérimentation et l'extension des mutuelles de santé à base communautaire.

Dans les années 1990, les travaux sur le capital social (chapitre 5), ont conduit à de nombreuses expérimentations pour favoriser l'accès aux soins des populations pauvres au soin de santé à travers des modèles de microassurance, notamment aux états unis (Hendryx & al, 2001 ; Bools & al, 2002) ou en Inde (Mathiyazaghan, 1998).

Au Rwanda, la difficulté de financer la mise à niveau d'un système de soins très affaibli par la guerre civile, puis l'éviction des plus pauvres de l'accès aux soins suite à l'ouverture de la tarification des prestations, ont conduit le gouvernement rwandais et l'USAID à expérimenter dans les zones rurales un système de prépaiement structuré au travers de mutuelles privées à base communautaire.

Ce programme est réalisé avec le soutien du Partnerships for Health Reform, projet financé par l'USAID et mis en œuvre par la société Abt Associates dans le cadre d'un partenariat avec la « Harvard School of Public Health » et le « Howard University International Affairs Center » (Scheider & al, 2000, 2001). L'expérimentation démarre en 1999 et accompagne la création de 54 mutuelles de santé dans trois districts ruraux.

“In 1996, the Ministry of Health reintroduced prewar level user charges. By 1999, utilization of primary health care services had dropped from 0.3 in 1997 to a national average of 0.2 annual consultations per capita. This sharp drop in health service use, combined with growing concerns about rising poverty, poor health outcome indicators, and a worrisome HIV prevalence among all population groups, motivated the Rwandan government to develop community-based health insurance to assure access to the modern health system for the poor. In early 1999, the Rwandan Ministry of Health, in collaboration with the local communities and with the technical support of the USAID-funded Partnerships for Health Reform (PHR) project, began the process to pilot test 54 prepayment schemes in three districts. At the end of their first operational year, the 54 schemes comprised more than 88,000 members” (Scheider & Diop, 2004, abstract).

Elle est en suite étendue entre 2000 et 2007 à l'ensemble de la population rurale sous l'impulsion du pouvoir central :

“As consensus built-up on the benefits of the CBHI schemes, a multi-level leadership developed in the country to provide support to the adaptation, and extension of the schemes. Political leaders at the central level, starting from the Presidency, called for the mobilization of all actors to support the implementation of CBHI schemes throughout the country”.(Diop & al, 2005)

3. L'institutionnalisation du FBR et des mutuelles communautaires comme instrument de mise en œuvre de la CSU

a) Une valorisation sous forme de packages rationnels

Le financement basé sur les résultats

La mise en place du financement basé sur les résultats est notamment présentée comme un modèle de référence dans un article publié en 2011 : « Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? ».

Cet exemple est illustratif car il a fait l'objet de nombreuses citations²⁶, mais surtout car il s'agit d'un format court de deux pages destinés aux décideurs et acteurs de la santé internationale, publié sur le bulletin mensuel de l'OMS qui constitue l'agence de régulation du champ de la santé internationale.

L'article met en avant les diverses expérimentations de l'instauration du FBR à Haiti et au Cambodge, qui a ensuite été pleinement mis en œuvre avec succès au Rwanda.

Performance-based financing can be defined as a mechanism by which health providers are, at least partially, funded on the basis on their performance. Performance-based financing can be contrasted with the line-item approach, which finances a health facility through the provision of inputs (e.g. drugs, personnel). Haiti is the first low-income country in which health service providers (national nongovernmental organizations) were contracted and remunerated according to their performance (which was measured by the attainment of some coverage rates).⁸ In Cambodia, performance-based financing was applied to the public sector.⁹⁻¹¹ However, despite promising results, it did not materialize into a national policy. This breakthrough did, however, take place in Rwanda. Several pilots initiated in 2002 allowed for a better understanding of major issues, then the country rapidly adopted performance-based financing as its national policy and scaled up the approach to the entire country in 2005.(Sakabaraga & al, Abstract, 2011a)

Le FBR est ensuite présenté sous la forme d'un « package » de réformes mettant en avant les effets positifs suivants : « développer l'autonomie des centres de production de service », « Renforcer l'accountability », « Améliorer l'efficience », « Permettre l'harmonisation » (voir encadré 2 ci-dessous).

L'expérimentation Rwandaise permet ainsi de promouvoir un instrument de gestion porteur d'un projet de réforme globale permettant l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé. Les éléments contextuels associés à l'expérimentation (présentés précédemment) sont gommés, au profit d'une valorisation qui fait du basculement vers une régulation par le marché la source de l'amélioration de l'efficience au profit des populations.

²⁶ 163 citations selon google scholar au 29/03/2018

Il est présenté de façon à mettre en avant ses qualités (i) de reproductibilité, car il est présenté comme instrument adaptable à l'ensemble des pays (ii) de durabilité, en mettant en avant le programme de référence comme une expérimentation africaine validant la possibilité de transfert en Afrique d'un instrument déjà utilisé avec succès en Asie, et (iii) de communicabilité, puisque sa présentation est articulée autour de trois principes constitutifs des institutions du NPM (autonomie, efficacité, accountability).

L'extension de l'expérience locale dans un programme national semble ainsi avoir constitué une étape clé d'un processus d'institutionnalisation du modèle. Son adoption par l'Etat le hisse au rang de modèle normatif et permet sa présentation dans le cadre d'un modèle fonctionnel débarrassé des éléments de contexte.

Encadré 2, **Présentation de l'expérimentation rwandaise sous forme de package rationnel**

Présentation de l'expérimentation rwandaise sous forme de "package rationnel"

(Meessen, et al, Bulletin de l'OMS, 2007)

- Développer l'autonomie des centres de production de services: *"Performance-based financing takes a radically different approach to the health system, giving organizational units substantial decision rights over their resources (i.e. autonomy). Organizational units do not rely on hierarchical relationships but on contractual or regulatory ones. Interaction through contracts requires that the steward or its proxy clearly define performance for each organizational unit. Different types of contracts are possible. For health facilities, the approach currently favored in Africa is paying for a quantity and quality mix, a fee-for-service look-alike model combined with scoring based on a quality checklist. For a restricted list of key services, each additional unit of service produced (e.g. one more fully immunized child) is thus rewarded. This approach also encourages the health facility to set up a bonus contract with each staff member. This contract does not try to measure individual performance (as most outputs are produced by the whole team), but takes into account individual contribution through working days, responsibilities and qualification".*
- Renforcer "l'accountability": *"As health facilities are remunerated according to their outputs, they have strong incentives to satisfy users. Granted more autonomy in exchange for greater accountability for results, health facilities can tailor initiatives to the populations they serve"... "The pressure for results impacts on the entire system. Health facilities, for instance, will put pressure on their suppliers, including the central medical store and national programs, to receive the inputs required to make their provision of services attractive"... "In addition, health workers view health information systems differently under performance-based financing: properly completing and filing health information forms is a "must", as the data provide the basis for part of their remuneration".*
- Améliorer l'efficacité: *"Performance-based financing can help improve allocative efficiency by strengthening stewardship. Implementation requires the ministry of health to clarify key health priorities to finance, such as interventions aimed at reaching the Millennium Development Goals or reducing other important causes of morbidity or mortality. Performance-based financing can also lead to greater technical efficiency in the health sector by increasing the quantity and quality of services delivered for a given amount of money. This is obtained by modifying incentives for health workers. Evidence shows that performance-based financing can boost staff productivity, an important outcome in countries experiencing a human resource shortage. By increasing the income of health providers - often a prerequisite for accepting reform -*

performance-based financing can secure greater motivation, reduce the brain drain and even encourage staff to work in remote areas”.

- Permettre l'harmonisation: *Performance-based financing can also better align donor initiatives with country frameworks. The management of funds from global health initiatives and "verticalized" aid programs present important challenges. The Rwanda experience, however, has shown that if the performance-based financing system is harmonized, properly designed and adopted by all funders, it can facilitate the pooling and integration of all financing sources, including the government budget and specific programs, such as the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief*

La présentation des auteurs de l'article montre également que deux d'entre eux sont directement impliqués dans la mise en œuvre du FBR, et que les trois ont largement bénéficié de la diffusion de l'instrument FBR dans le poursuivre de leur carrière.

Bruno Meesen est un économiste basé au département de Santé publique de l'institut de médecine tropicale d'Anvers, unité des politiques et financements de la santé. Ses thèmes de recherches sont principalement axés sur les réformes des systèmes de santé et le FBR, comme en témoigne la conférence organisée le 29 avril 2013 à l'occasion de sa nomination au grade de professeur ; « le financement basé sur la performance, un levier pour progresser vers la couverture universelle en soins de santé dans les pays pauvres ». Les premiers terrains largement mobilisés dans ses travaux sont le Cambodge et le Rwanda, puis différents pays ayant adopté l'instrument FBR pour réformer leur système de santé. L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers a par ailleurs établi un partenariat formel avec la BM dans le cadre du « World Bank Graduate Scholarship Program », qui finance des programmes de Master aux candidats des pays membres de la BM.

Claude Sekabaraga est un médecin de santé publique rwandais qui a piloté entre 2001 et 2011 la mise en place de ces réformes pour le Ministère de la Santé du Rwanda en tant que directeur des services de santé et directeur du planning, des politiques et du renforcement de capacité. Il est ensuite intervenu pendant 4 ans comme expert de la BM pour accompagner la mise en œuvre de programme FBR dans de nombreux pays africains. Il est aujourd'hui chercheur et vient de publier l'ouvrage « One dollar Health Insurance: How to Engage Health Insurances in Having a Protective Product for Low-Income Populations and Get Profits »

Agnes Soucat était en charge du suivi des projets au Rwanda pour la BM comme économiste de la santé, en 2010 elle a ensuite été nommée directeur du développement humain de la Banque Africaine de Développement, puis en 2015 directrice du département de la gouvernance et du financement des systèmes de santé de l'OMS. Elle est diplômée d'un doctorat d'économie à l'Université John Hopkins.

Les mutuelles à base communautaire.

L'expérience des mutuelles communautaires est également valorisée par diverses publications destinées aux décideurs de la santé internationale ou aux académiques, par exemple en 2005 dans le le chapitre 7 de l'ouvrage de la BM intitulé « Health financing for poor people - Resource Mobilization and Risk Sharing » :

The analysis confirms findings reported by Partnership for Health Reform based on provider data: health insurance has significantly improved equity in health service use for

members while out-of-pocket spending per episode of illness has decreased. (Scheider & Diop, 2004, abstract)

Cet ouvrage publié par la BM est édité par les mêmes acteurs que l'ouvrage « Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals » déjà mentionné. (World Bank, 2003). Il présente les mutuelles communautaires comme un premier pas dans la longue marche vers l'accès universel aux soins de santé, tout en soulignant les limites rencontrées dans leur mise en œuvre.

Il souligne alors la nécessaire implication des gouvernements, pour favoriser l'accès aux plus démunis et pallier à la faiblesse du niveau de mutualisation du risque et des capacités de gestion. La mobilisation du capital social des communautés rurales à travers la création de mutuelles constitue ainsi une dynamique top-down que l'état doit accompagner.

Based on an extensive survey of the literature, the main strengths of community financing schemes are the extent of outreach penetration achieved through community participation, their contribution to financial protection against illness, and increase in access to health care by low-income rural and informal sector workers. Their main weaknesses are the low volume of revenues that can be mobilized from poor communities, the frequent exclusion of the very poorest from participation in such schemes without some form of subsidy, the small size of the risk pool, the limited management capacity that exists in rural and low-income contexts, and their isolation from the more comprehensive benefits that are often available through more formal health financing mechanisms and provider networks. The authors conclude by proposing concrete public policy measures that governments can introduce to strengthen and improve the effectiveness of community involvement in health care financing. (Preker & al, 2004)

Dans cette perspective, le volontarisme du gouvernement rwandais en faveur du projet de l'USAID constitue un facteur de succès de l'expérimentation rwandaise.

The findings presented in this chapter reveal that insurance enrollment is determined by household characteristics such as the health district of household residence, education level of household head, family size, distance to the health facility, and radio ownership; health and economic indicators did not influence enrollment. Insurance members report up to five times higher health service use than nonmembers. The analysis confirms findings reported by PHR based on provider data: health insurance has significantly improved equity in health service use for members while out-of-pocket spending per episode of illness has decreased. (Preker & al, 2004, p.251).

Le modèle de régulation fondé par les deux réformes

En 2011, les trois principaux promoteurs des programmes d'instauration du FBR et des mutuelles des santés à base communautaire co-écrivent un article soulignant l'efficacité de ces réformes conjointement associées pour la mise en œuvre d'une nouvelle régulation par le marché.

« Between 2000 and 2007, Rwanda has improved financial access for the poor, increased utilization of health services and reduced out-of-pocket payments for health care. Poor groups' utilization has increased for all health services, sometimes

dramatically. Use of assisted deliveries, for example, increased from 12.1% to 42.7% among the poorest quintile; payments at the point of delivery have also been reduced; and catastrophic expenditures have declined. Part of these achievements is likely linked to innovative health financing policies, particularly the expansion of micro-insurance ("mutuelles") and performance-based financing. The paper concludes that the Rwanda experience provides a useful example of effective implementation of policies that reduce the financial barrier to health services, hereby contributing to the health MDGs." (Sekabaraga et al, abstract, 2011b).

L'article est co-écrit par Claude Sekabaraga et Agnès Soucat (présentés ci-avant) qui étaient directement impliqués dans la mise en œuvre de ces réformes, ainsi que par François Diop qui a collaboré depuis son origine au sein du projet de création des mutuelles communautaires et co-écrit l'ensemble des publications qui lui sont associées.

François Diop a travaillé comme économiste au Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal, avant de rejoindre Abt Associate et de collaborer sur les projets de réformes de système de santé financés par l'USAID au Rwanda en 1997 et 2010, puis de diriger la composante en charge de la réforme des systèmes de santé de l'USAID au Sénégal de 2011 jusqu'à son décès en 2017. Il est titulaire d'un doctorat d'économie et démographie de l'Université John Hopkins.

En 2011, les trois auteurs co-écriront également le chapitre 22 intitulé « Innovative financing for health in Rwanda ; a report of successful reforms » de l'ouvrage « Yes Africa Can – Success Stories from a dynamic continent », publié par la BM pour valoriser les principales réussites associés à la mise en œuvre de réforme issues du NPM en Afrique.

Le rôle du Center for Global Development (CDG)

Il convient également de présenter le Center for Global Development (CDG) qui a mobilisé l'expérimentation haïtienne pour démontrer l'utilisation du RBF dans le cadre de contrat avec des prestataires privés (Eichler & al, 2007), puis mobilisera l'expérimentation rwandaise pour démontrer l'efficacité de l'utilisation du FBP sans les systèmes publics nationaux des PED (Rusa & al, 2009).

Influent think tank destiné à promouvoir l'économisation des politiques et programmes d'aide dans les secteurs sociaux en suivant les recommandations néolibérales de la BM, il a été créé en 2001, l'année suivant l'éviction de Stiglitz de la BM, par des acteurs très impliqués dans les réseaux néolibéraux :

- a) Edward Schott est un ancien fonctionnaire du département américain de la justice devenu homme d'affaires puis philanthrope ;
- b) Fred Bergsten est le fondateur du « International Finance Institute », l'un des plus influents think tanks économique néolibéral qui sera dirigé par le secrétaire d'état au commerce américain Peter Peterson, financé par des fondations et donateurs privés, et dont le conseil d'administration a intégré de nombreux banquiers centraux (FED/ Paul Volcker, BEI / JC Trichet, Israel/ Stanley Fischer, Poland/Leszek Balcerowicz...), des chefs d'Etats (Mexique/ E. Zedillo, Singapour/ Lee Kuan Yew), des secrétaires d'Etat au Trésor américain (Lawrence Summers et Paul O'Neil), et des présidents de banques commerciales comme David Rockefeller (Chase Manhattan Bank) ;

- c) Nancy Birdsall, ancienne vice présidente de la Banque Interaméricaine de Développement et Directeur du département de recherche de la Banque Mondiale, qui en assurera la présidence lors du lancement en 2001.

La présidence sera ensuite assurée par Lawrence Summers, également ancien directeur du département de recherche de la BM puis Secrétaire d'Etat au Trésor américain s'étant opposé à la remise en cause des principes libéraux proposé par J. Stiglitz (Chapitre 5), avant de présider l'université de Harvard. Depuis début 2017, le CDG est présidé par Masood Ahme, ancien directeur géographique du FMI ayant réalisé une carrière de 35 ans au sein du FMI, de la BM et du DFID (Département for International Développement – UK).

D'après le site du CGD, ses principaux financeurs sont des fondations privées (Bill et Melinda Gates, William & Flora Hewlett, Omidyar, The Rockefeller, Johnson & Johnson, Exxon Mobil) et des Institutions de développement anglosaxonnes et d'Europe du nord (USA, Canada, UK, Australie, Norvège, Danemark). En 2014, le DIFID (UK) finance notamment un projet avec des attentes spécifiques en termes de « result based aid » et de « global health ».²⁷

Un élément nous semble également illustrer l'influence du CDG dans la promotion du FBR par ses travaux. En mai 2014, le CAD de l'OCDE réalise un atelier technique sur le financement basé sur les résultats. Comme nous l'avons montré dans le cas de la diffusion institutionnelle du principe de sélectivité, le CAD constitue une agence de régulation qui confère à ses travaux un rôle normatif (Chapitre 2 et 5). L'organisation d'un « atelier de partage d'expériences » par cette agence de régulation du champ institutionnel de l'APD sans intégrer de regards critiques, apparaît comme un événement participant au processus d'institutionnalisation du FBR.

Or l'étude des ressources théoriques utilisées pour la préparation de cet événement²⁸ montre le rôle central des travaux du CDG dans la diffusion de l'approche : elles représentent 7 des 23 références citées dans les ressources ayant été utilisées pour organiser l'atelier, suivi du DFID avec 3 références.

b) La création d'un dispositif d'incitation destiné à accompagner la diffusion du FBR

Parallèlement au financement de l'expérimentation nationale au Rwanda, la BM conçoit, avec le soutien financier du DFID et la coopération norvégienne (Norad), un instrument destiné à la promotion du FBR qui démarre ses activités en 2007 : le Health Results Innovation Trust Fund (HRITF).

Suivant le site du HRITF²⁹, l'instrument est actif à partir de 2007. Il s'agit d'un fonds administré par la BM, qui peut être présenté comme un dispositif d'intéressement ciblant les gestionnaires de projets au sein de la BM, les pays bénéficiaires et tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR. Il permet d'apporter un financement additionnel au projet financé par la BM qui intègre des approches FBR, mais également de financer des travaux d'évaluation et d'échanges de pratiques. Toutefois l'indépendance de ces travaux pose question car l'ensemble des acteurs impliqués dans leur réalisation ont intérêt à valoriser l'approche s'ils souhaitent recevoir d'autres fonds pour pérenniser leurs activités.

²⁷ <https://www.cgdev.org/section/funding>

²⁸ <https://www1.oecd.org/fr/cad/examens-pairs/technicalworkshoponresultsbasedfunding.htm>

²⁹ <https://www.rbfhealth.org/mission-history>

Lors d'un de nos entretiens d'enquête, un cadre de la BM responsable de la mise en œuvre de plusieurs projets FBR en Afrique souligne la nature incitative du dispositif, qui permet aux responsables de projet de la BM d'obtenir 20 millions de dollars supplémentaires en cas d'utilisation de l'approche FBR dans leur projet :

« ...le fonds était logé à la Banque mondiale avec l'idée que justement il servait un petit peu de « *matching ground* » c'est-à-dire que chaque fois que nous on faisait un projet avec un financement IDA [Banque Mondiale] sur le PBF [Performance Based Financing] on pouvait avoir, sous certaines conditions, un supplément assez significatif de ce fonds. En général c'était 20 millions de dollars ». (entretien d'enquête, 27/04/2015).

Dès lors, le HRITF va permettre la rapide intégration de l'instrument RBF (ou PBF) dans les projets de la BM, chaque responsable de la BM et des Ministères bénéficiaires pouvant obtenir une augmentation significative du montant de leur projet en cas de recours à l'approche.

De plus, comme démontré dans le chapitre 4, les chercheurs et cadres de la BM sont incités à participer à la promotion des travaux théoriques produits par l'organisation en les intégrant dans leur projet, ce qui renforce leur institutionnalisation et leur capacité de diffusion dans le champ institutionnel de l'APD. Dans ce cadre, l'instrument HRITF leur permet de bénéficier de financements spécifiques pour réaliser des travaux d'évaluation et de recherche permettant de valoriser l'instrument FBR. Les résultats de ces travaux seront par ailleurs diffusés à travers l'envoi de lettres d'information et l'organisation d'événements par le HRITF.

L'instrument va ainsi permettre la création et l'animation d'une communauté d'acteurs, composés d'opérationnels et chercheurs de la BM, opérationnels et chercheurs au sein des pays bénéficiaires, chercheurs spécialisés en économie de la santé, consultants impliqués dans les travaux de mise en œuvre et d'évaluation de l'approche. Il constitue ainsi un puissant instrument de mobilisation des acteurs en faveur du réseau, qui assure la promotion de l'instrument:

“The HRITF supports the design, implementation, and monitoring and evaluation of RBF approaches; develops and disseminates evidence for implementing successful RBF approaches; builds country institutional capacity to scale up and sustain the RBF approaches, within the national health strategy and system; and attracts additional financing to the health sector”³⁰

Suivant le site internet de l'HRITF, en septembre 2016 le fonds aura été doté d'une contribution totale de US\$ 477,6 million US\$, dont 385,6 millions US\$ engagés à travers 35 programmes FBR dans 29 pays, associée à des financements de 2 milliards US\$ de la BM (IDA).

Dans le domaine de la santé, l'instrument évoluera pour répondre à de nouvelles problématiques. Il sera en particulier utilisé pour renforcer la demande de services, en incitant financièrement les patients ciblés à venir consulter les structures de santé. A titre d'exemple les femmes enceintes pourront être incitées à se rendre aux deux visites prénatales qui sont une cible des OMD.

³⁰ <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Partnerships/436970-1281725189197/RBFforHealthOverview.pdf>

c) L'institutionnalisation du FBR dans le champ institutionnel de l'APD

L'approche se diffusera également rapidement vers d'autres domaines, en particulier dans le domaine de l'éducation, où le financement de la demande apparaît comme un instrument permettant de lutter contre la dégradation des indicateurs de fréquentation scolaire dans de nombreux pays suite à la crise économique de 2008.

L'instrument RBF sera également rapidement intégré par les principaux instruments verticaux de la Global health comme le Fonds Mondial et l'alliance Gavi, tout d'abord car ils ciblent le renforcement d'indicateurs précis au sein de multiples systèmes nationaux dont l'approche facilite le suivi, mais aussi car l'émergence de partenariats publics/privés et de fondations privées entraînent un transfert d'acteurs et donc de pratiques managériales issues du secteur privé vers le champ de l'APD. En juillet 2017, le site du Fonds Mondial fait ainsi état de 381 décisions d'acceptation de financement utilisant l'instrument FBR³¹.

Parallèlement, l'approche fera l'objet de travaux de recherche par des think tanks assurant la promotion des instruments du NPM dans le champ de l'APD, comme le CGD déjà présenté, mais également par des institutions de coopération bilatérale comme le DFID, le Norad ou la coopération allemande.

En s'appuyant sur l'expérience du HRITF, la BM lancera en 2012 un instrument spécifique destiné à diffuser le FBR vers l'ensemble des secteurs³². La première revue de cette expérience, réalisée en 2013³³, met ainsi en avant en introduction l'adéquation de l'instrument avec la stratégie de la globale de la BM, ainsi que le succès de sa diffusion dans différentes institutions bilatérales et multilatérales :

« The PforR [Pay for Result] instrument is fully in line with the World Bank Global Strategy (WBGs) and can be a critical element of Strategy implementation. By emphasizing delivery of government programs, the PforR epitomizes problem solving engagement and "moving from a project mentality to a development solutions culture" which is a cornerstone of the Strategy. The PforR also has an explicit objective to foster partnerships in support of borrower programs--also central to the Strategy--recognizing that the Bank and Governments must align all partners toward common goals, deliverables and results. With its ability to measure results, the PforR represents an approach to accountability that is key to the WBGs and critical to effective development support... »

“...Since Board approval of the PforR, the Asian Development Bank has introduced a new results-based lending instrument, several bilateral development partners are piloting RBAs, and other multilateral and bilateral agencies are considering introducing such approaches. Additional work on the merits of different RBAs has also been carried out by the Center for Global Development and other research institutions”. (BM, 2013, Program-for-Results Two-Year Review, introduction)

³¹ <https://www.theglobalfund.org/en/funding-decisions/>

³² <http://documents.worldbank.org/curated/en/687711468325286151/A-new-instrument-to-advance-development-effectiveness-program-for-results-financing>

³³ <http://documents.worldbank.org/curated/en/315491468183841347/pdf/833280BR0CODE200disclosed0120130130.pdf>

La Banque Asiatique de Développement (BAsD) lancera ainsi en 2013 une politique de développement de « Results-Based Lending » (RBL). Lors de son lancement en 2013, la BAsD témoigne d'une démarche très volontariste en projetant que l'instrument représente 7 à 10% des nouveaux crédits en 2017, alors même qu'elle ne dispose encore d'aucune expérimentation et recommande une première évaluation après deux ans. Le lancement de cette approche spécifique, réalisée en 2013 à l'occasion du cinquantième anniversaire de l'organisation, montre l'effet d'entraînement de la BM sur la diffusion de l'instrument des secteurs sociaux vers les infrastructures.

“A total of 16 ADB operations (9 approved and 7 under processing) have been using RBL. Initially, social sector operations were seen as the best fit for RBL, but staff working in other sectors, in particular energy, transport, and urban development, are now also processing new RBL programs. The application of RBL to these non-traditional sectors follows a similar trend in the World Bank's Program for Results (PforR) As for geographic distribution, RBLs already approved are for countries in four out of the five regional departments of ADB while the Pacific department, the remaining regional department, is now preparing their first RBL in the transport sector.”³⁴

Dès lors, cette dynamique illustre la façon dont cette diffusion à l'ensemble du secteur de l'APD est portée par le réseau des Banques multilatérales de développement et les coopérations bilatérales US et UK, qui constituent un réseau de performance distribué dominant au sein du champ institutionnel de l'aide au développement (Chapitre 4).

Dans le champ institutionnel de l'APD, l'atelier technique sur le FBR organisé par le CAD³⁵ et regroupant l'ensemble des partenaires investis dans la mise en place d'approche FBR apparaît comme un moment déterminant. Tout en affirmant leur volonté de poursuivre la mise en place du FBR, les participants soulignent les limites de leurs connaissances sur l'approche et concluent sur la nécessité de poursuivre les travaux de recherche :

Participants concluded that practitioners should focus on gathering more evidence to understand whether and how results-based funding works including compared to other instruments, and what should be the balance between hands-on and hands-off approaches during implementation. Indeed, the paradigm shift towards results might be more effective than the actual incentives provided by the funds. More in-depth case studies and evaluations should be conducted and a meta-study should be considered. Such studies should include broader questions related to the political economy of results-based funding and the role of financial and non-financial incentives at partner and donor level. Participants suggested that a dialogue among practitioners would help to develop the approaches for evaluating results-based funding programmes. Such dialogue could also strengthen partner and donor capacity when implementing results-based funding. Participants also stressed the importance of keeping the focus of interventions on long-term sustainable changes and not primarily on easy-to-achieve results (OCDE Technical Workshop on result based funding 19-20 may 2014 – Workshop report, p.8)

Au terme de cet atelier d'échange de pratiques, qui a lieu près de 10 ans après les premières expériences dans le secteur de la santé, alors que l'instrument est en phase de diffusion vers

³⁴ <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/179011/scoping-paper-rblmtr.pdf>

³⁵ <https://www1.oecd.org/fr/cad/examens-pairs/technicalworkshoponresultsbasedfunding.htm>

de nombreux secteurs et bailleurs au sein du champ institutionnel de l'APD, les conclusions placent cette diffusion dans une perspective d'évolution des modes d'intervention du management public vers un « paradigm shift towards results », sans apporter d'éléments empiriques véritablement à même de démontrer la supériorité de l'approche en termes d'efficience.

d) Les points de vue critiques

Dans un article publié en 2011 dans le bulletin de l'OMS «Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries?» Megan Ireland et Bruno Dujardin de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, avec Emmanuelle Paul du département de changement social et développement de l'Université de Liège, mettent en cause les conclusions de l'article de Messen et al (2011) publié quelques mois plus tôt, en soulignant les éléments suivants :

- Le manque de preuves pour attribuer les changements à l'instrument FBR dans des systèmes complexes intervenant dans des contextes spécifiques
- Le risque d'effets indésirables, comme le choix des services pour répondre aux indicateurs (distortion), les manipulations de reporting (gaming), la sélection de patients (cherry-picking), la priorité donnée à la quantité sur la qualité, l'inégalité associée aux incitations remises à des prestataires en meilleure position d'atteindre les objectifs, les progrès temporaires qui peuvent s'arrêter une fois l'objectif atteint, la baisse de la motivation intrinsèque. Ces éléments ne faisant le plus souvent pas l'objet d'évaluation
- La mise en cause du rapport efficacité/coût, puisque des ressources doivent être consacrées au paiement des incitations, aux frais de transactions liés à la mise en place du FBR, et au reporting par les personnels soignants.
- La répliquabilité d'un système qui constitue une intervention sociale entièrement dépendante du contexte. Les conditions d'un leadership fort, d'un système d'information et de reporting actualisé, et d'une augmentation des financements et des formations, qui ont été mis en avant comme facteur de succès et ont pu être réunis dans l'expérience rwandaise, ne sont pas forcément aisément atteignables dans d'autres contextes.

Dans un « Discussion Paper » publié en 2013 par le German Development Institute, "Results-based Financing, Evidence from performance-based financing in the health sector", Amanda Melina Grittner, de l'Institut des Politiques Sociales de la Santé de Mc Gill University à Montreal analyse 13 expériences de FBR pour répondre à la question de recherche suivante: « Le Financement basé sur la performance peut-il être un outil approprié pour rendre le financement dans le secteur de la santé plus efficace et efficiente ? ».

Sa conclusion met en avant les éléments suivants :

- Le rôle prédominant des incitations non financières: *"There is no sufficient evidence that monetary incentives trigger better performance of healthcare providers. On the one hand, observation and surveys suggest that non-monetary incentives, such as more empowerment and involvement of staff, more flexibility or fear of reputation loss, may have played an important role concerning improvements in healthcare delivery.*

- Les effets indésirables potentiels associés aux incitations financières: *“On the other hand, there are strong reasons to believe that PBF schemes will also set perverse incentives and have undesired effects since there is evidence from other results-based approaches as well as from PBF in other settings for perverse incentives”.*
- La difficulté de lier les succès rencontrés à l’approche par les résultats: *“The available qualitative and quantitative evaluations of the schemes studied in this paper suggest that PBF may be more effective in improving healthcare supply and healthcare coverage than other funding schemes. This applies mainly to the targeted indicators. However, there is little evidence that these improvements in health outputs and outcomes are achieved through the results-orientation of the programs as opposed to additional funding and other contextual factors, because rigorous impact evaluations are still lacking. Evidence of the impact of PBF on the quality of healthcare delivery and on efficiency of PBF is also insufficient. Even though there is some suggestive evidence that PBF may be more cost-effective than other funding schemes, a lack of crucial financial information makes it difficult to evaluate the efficiency of PBF”.*

Conclusion de la section 3

Dans un premier temps, les ajustements structurels vont conduire à la conceptualisation de réformes sur la décentralisation et la privatisation des systèmes de santé portées par la théorie du choix public. Ces réformes font d’abord l’objet d’expérimentations au Chili puis dans différents pays d’Amérique latine, avant de faire l’objet d’une proposition de réforme globale présentée sous forme de « package rationnel » dans le WDR (1993) « Investing in Health ».

Cette proposition de réforme globale sera ensuite expérimentée en Colombie, expérience nationale dont les résultats feront l’objet d’une valorisation par la BM, puis par l’OMS dans le cadre d’un classement international controversé (Homedes & Ugdale, 2004).

Suivant différents travaux (Homedes & Ugdage, 2004 ; Unger et al, 2008), la mise en œuvre de ces réformes génère alors une transformation des systèmes de santé nationaux alliant les deux approches performatives identifiées à l’issue du chapitre 4 :

- a) les réformes font l’objet d’un processus de diffusion qui allie la mise en place d’un dispositif d’enrôlement mobilisant le pouvoir coercitif exercé par les IBW dans le cadre des PAS sur les pays débiteurs (chapitre 4, Raffinot 2010), et d’un dispositif de promotion sous la forme de packages rationnels mettant en scène les preuves d’efficacité associée aux expérimentations chiliennes et colombiennes réalisées par le réseau.
- b) Homedes et Ugdale (2004) montrent que les cas chilien et colombien ont conduit à un renforcement du rôle des acteurs néolibéraux dans les systèmes de santé nationaux, en particulier de la BM et des acteurs privés internationaux (prestataires de soins et assurances santé). Par ailleurs, ils ont conduit à des systèmes de santé inégalitaires, dans lesquels des organisations du secteur privé exploitent le segment solvable de la population, alors que la prise en charge des plus pauvres est laissée à la charge des collectivités.

Ce paquet de réformes propose donc un basculement de la régulation du système de santé par l'Etat, au profit d'un système de régulation par la marché qui favorise une coalition d'acteurs composés des institutions chargées de mettre en œuvre les PAS et de multinationales privées dans le domaine de l'assurance et de l'industrie pharmaceutique.

Ce modèle de régulation par le marché sera ensuite attaqué pour son coût social et humain, ce qui conduira à la mise en cause des principes néolibéraux dans le cadre du « Post-Washington Consensus ».

Cette mise en cause générera ensuite une contre attaque du réseau néolibéral, qui alliera (i) de fortes pressions institutionnelles à travers la mise en cause de l'efficacité de la BM et de l'USAID, et (ii) un reprise de contrôle du département de recherche de la BM par le réseau néolibéral suite au départ de Stiglitz et Kanbur.

La mise en place d'un nouveau modèle de régulation des soins de santé en zone rurale par le marché sera alors conceptualisée par la BM et diffusée sous forme de package rationnel (WDR, 2004)

La création d'une expérimentation à l'échelle nationale destinée à valider le modèle sera alors lancée au Rwanda. Elle s'appuie sur des expérimentations locales de contractualisation menées à Haiti, au Cambodge et au Rwanda, dont l'objectif et les résultats étaient pourtant très différents de celui exposé dans les package rationnels.

Le modèle de la réforme globale qui est ensuite présenté sous forme de « package rationnel » sur la base de cette expérimentation gomme des éléments de contexte essentiels, comme la gestion autoritaire et centralisatrice dans laquelle sont encastrés les instruments.

Un réseau d'acteurs composés d'académiques, de think tanks, et de décideurs de la BM et du gouvernement rwandais, tous directement impliqués dans sa mise en œuvre, assurera alors la promotion de ce package rationnel. Cette promotion favorisera sa diffusion, les financements qui lui sont attribués, et en conséquence la carrière des acteurs/auteurs.

Un dispositif d'incitation est également créé par le réseau néolibéral et géré par la BM dans le but d'enrôler les décideurs au sein de la BM et des gouvernements partenaires, ce qui permet la rapide diffusion du FBR.

Conclusion Chapitre 5

Ce chapitre permet de répondre à notre première question de recherche : au niveau global, ***(i) quels sont les fondements idéologiques et théoriques des savoirs qui dominent aujourd'hui le champ institutionnel et structurent les politiques de santé globale dans lesquelles s'insèrent le FBR, et (ii) quelles sont les stratégies d'intéressement et les processus de diffusion qui sont à l'œuvre dans la diffusion de cette approche ?***

Tout d'abord nous avons montré comment le processus d'économisation du champ est à l'origine d'une nouvelle conceptualisation de la santé internationale : la « Global Health ».

Nous avons ensuite montré comment, après avoir été porté par un réflexe sécuritaire des pays du nord, l'investissement en faveur de la santé globale s'est inscrit dans le paradigme de la Couverture Sanitaire Universelle. Ce dernier constitue un référentiel d'objectifs positifs qui réaffirme une conception de la santé en termes de bien commun, mais sans proposer de cadre permettant de réguler sa conception en termes de marchandise.

La CSU constitue dès lors un champ de bataille au sein duquel de nouvelles coalitions d'acteurs vont s'affronter pour mettre en œuvre de nouveaux dispositifs de régulation transnationale conformes à leurs intérêts.

Dans ce cadre, l'analyse du rôle de la BM et d'autres institutions de développement comme l'USAID et le DFID montrent la stratégie du réseau néolibéral dans la promotion d'une nouvelle régulation transnationale fondée sur la foi dans le principe d'efficacité des marchés.

Les PAS ont ainsi été à l'origine d'une dérégulation des dispositifs nationaux de santé publique qui a été imposée en mobilisant le pouvoir de créancier de la BM. Le modèle de régulation par le marché a ensuite été promu sous forme de « packages rationnels », dont l'efficacité a été valorisée par la BM en mettant en scène des résultats des expérimentations nationales au Chili puis en Colombie.

Toutefois, différents travaux ont démontrés que ces réformes n'ont eu aucun des résultats escomptés par les « packages rationnels ». A l'inverse, leur mise en œuvre a conduit à l'accroissement des inégalités entre régions et entre catégories de population d'une part, et à une augmentation de pouvoir de la BM et des multinationales pharmaceutiques et assurantielles d'autre part.

Cette performance a généré à une reconfiguration du champ favorisant l'entrée de nouveaux acteurs philanthropiques, associatifs et privés. La fondation Bill et Melinda Gates est ainsi devenue le principal financeur du secteur au cours des années 2000, alors que les grands laboratoires pharmaceutiques intervenant au travers de fondations sont de plus en plus influents au sein des dispositifs globaux, voire même des systèmes de régulation pharmacologiques conçus par l'OMS (Carpenter & Moss, 2013 ; Demortain, 2015).

Dans ce contexte, la « short route of accountability » promue par la BM constitue un nouveau « package rationnel » destiné à diffuser une nouvelle régulation par le marché. Tout en s'appuyant sur les expérimentations latino américaines mis en œuvre dans le cadre des PAS, la proposition est renouvelée en ajoutant des instruments de gestion à même de favoriser l'internalisation de principes néolibéraux par les bénéficiaires.

La volonté de créer un système assurantiel sera associée aux recherches sur le capital social pour concevoir le système des mutuelles privées à base communautaire dans les zones rurales. Comme les stratégies de développement par le microcrédit devaient répondre à l'augmentation de la pauvreté générée par les PAS, la stratégie de préfinancement des soins par la « microassurance » devient un instrument au service des pauvres pour répondre à l'accroissement des inégalités, lui-même généré par la décentralisation des services de santé

et la stratégie de participation financière des patients promues par les PAS. Ce modèle s'inspire du système d'assurance santé américain, et s'oppose à la promotion de modèles plus étatiques fondés sur une mutualisation nationale du risque et une gestion par l'Etat, plus proche des systèmes européens.

Le financement basé sur les résultats est l'autre instrument de cette réforme de la gestion des systèmes de santé, car il doit favoriser le basculement de l'offre de soin publique vers la logique de marché. Dans le package rationnel élaboré sur la base de l'expérimentation rwandaise (Meesen & al, 2011), son efficacité est directement liée à la décentralisation de la gestion vers les structures de santé, à laquelle est associé un dispositif incitatif destiné aux personnels soignants. La création d'une politique d'achats des mutuelles doit ensuite favoriser la matérialisation de la logique de marché.

Toutefois, notre analyse montre les limites de ce projet de réforme global, car les principaux lieux d'expérimentation ont été réalisés dans des zones marquées par des guerres civiles ayant conduit à l'effondrement des systèmes de santé. Les expériences locales de contractualisation présentées à Haïti, au Cambodge et à l'est du Rwanda, qui sont mobilisées pour démontrer l'efficacité de ce paquet de réforme, répondent donc en réalité à des objectifs très différents des principes pour lesquels ils sont mobilisés dans le projet de réforme de la BM.

Au Cambodge et au Rwanda, les programmes offraient aux pouvoirs centraux et aux collectivités locales une capacité de réguler des systèmes fragmentés, dans laquelle l'autonomie des personnels soignant était très élevée. Leur succès est donc avant tout lié à leur capacité de re-régulation dans un contexte de chaos, qui permet de réintégrer l'intérêt du gouvernement et des patients tout en limitant les incitations individuelles liées à la corruption du personnel soignant. Le programme permettait donc en réalité de réintégrer la notion de bien commun en limitant les forces du marché.

Le cas de Haïti est pour sa part mis en œuvre dans un contexte de pilotage de la performance de prestataires de santé privés contractés par l'USAID, sans aucune décentralisation de la gestion ni d'intervention de l'Etat haïtien.

Le succès de l'expérimentation nationale rwandaise semble également s'inscrire dans cette logique d'une régulation nationale suite à une situation marquée par une guerre civile et un génocide, puisque les instruments de gestion sont utilisés comme dispositif de contrôle par le pouvoir central dans le cadre de la construction d'un « nouveau Rwanda ».

Au niveau global, le partenariat entre le gouvernement du RPF et les bailleurs de fonds néolibéraux s'inscrit dans une relation d'intérêts mutuels, qui permet aux deux parties d'afficher leur réussite tout en masquant leur divergence. D'un côté le gouvernement du RPF utilise les financements et instruments proposés par la BM et l'USAID pour renforcer son contrôle sur la société. De l'autre les acteurs néolibéraux s'appuient sur ces expérimentations pour démontrer l'efficacité de réformes fondées sur les principes néolibéraux, mais sans tenir compte des dispositifs de contrôle centralisés et autoritaires dans lesquelles ces réformes sont encadrées et qui favorisent leur mise en place.

La mise en œuvre du dispositif de régulation des systèmes de santé par le marché est ainsi au centre de cette tension entre régulation nationale et régulation transnationale. Pour les acteurs du réseau néolibéral impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation, et dont les carrières dépendent de sa diffusion sous forme de package rationnel, le succès résulte de la mobilisation des principes néolibéraux par les instruments.

Le taux d'adhésion aux mutuelles de santé proche de 100% sur l'ensemble du territoire rwandais serait lié à une forte mobilisation du capital social des pauvres, qui a été accompagnée par les acteurs du réseau pour renforcer leur capacité de négociation sur le marché. Au niveau de l'offre, l'efficacité des structures de santé aurait été dynamisée par la décentralisation de la gestion au niveau local, et par la mise en place d'un système d'incitation financière permettant d'augmenter la motivation des personnels soignants.

Cette expérimentation permettrait ainsi de valider l'efficacité de la proposition de réforme globale proposée par la BM. Sa rapide diffusion sera ensuite de nouveau réalisée en utilisant le rôle de créancier de la BM, puisqu'un puissant dispositif d'intéressement permettra d'entraîner les principaux décideurs en charge de l'élaboration de nouveaux projets de santé publique financés par l'organisation.

A l'inverse, pour différents chercheurs s'intéressant à la spécificité du contexte rwandais, le taux élevé d'adhésion aux mutuelles, comme les performances du programme FBR, sont liés au volontarisme et à la capacité coercitive de l'Etat central, ainsi qu'à la capacité de la population rwandaise d'accepter cet autoritarisme pour construire un nouveau Rwanda suite au génocide.

Le FBR apparaît ainsi comme un instrument au cœur de la redéfinition du rôle des États dans le cadre de la mise en place de nouveaux systèmes de régulation transnationale. Alors que l'objectif des promoteurs néolibéraux est de diminuer la capacité de régulation de l'Etat au profit d'une régulation par le marché, les gouvernements bénéficiaires peuvent l'utiliser pour renforcer leur capacité de régulation qui a été affaiblie par les réformes dans le cadre des PAS.

La recherche d'efficacité associée aux OMD conduit par ailleurs les gouvernements à vouloir renforcer leur régulation, puisque la décentralisation mise en œuvre dans le cadre des PAS a généré une limitation de leur capacité d'action sur les zones rurales pauvres où se concentrent les faibles résultats.

De plus, les expériences promues par le réseau néolibéral pour justifier d'une amélioration de l'efficacité sont en réalité des exemples de renforcement du contrôle national, mais dont l'administration de la preuve a été détournée au profit d'une valorisation des principes néolibéraux. La recherche de performance en faveur des ODD s'oppose donc dans les faits à la dérégulation prônée par le modèle de la « short route of accountability ».

Partie III : La managérialisation des politiques de santé au Sénégal et la création du Programme National FBR

Cette troisième partie a pour objet d'étudier, dans le cas national sénégalais, la façon dont les dynamiques performatives qui ont été analysées au niveau global sont à l'œuvre au niveau national.

Comme l'ont montré les analyses précédentes, l'étude de ces dynamiques dans le cas du Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR) du Ministère de la Santé doit être replacée dans une perspective plus large, car sa diffusion s'inscrit dans un processus global intégrant une dérégulation des politiques nationales dans le cadre des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), suivi d'une re-régulation progressive à travers la contractualisation des acteurs publics qui est associée la promotion d'un modèle de régulation par le marché.

La mise en perspectives de ces dynamiques performatives nécessite donc une présentation de ce processus de dérégulation/ re-régulation dans le cas des politiques nationales de santé du Sénégal depuis les ajustements structurels. En effet, c'est à ce niveau que se structure l'évolution globale des rapports de forces entre les institutions financières et les gouvernements bénéficiaires, évolution qui a permis la promotion des réformes néolibérales et des approches gestionnaires par le réseau néolibéral.

Dans le chapitre 6 nous retraçons, en mobilisant une analyse documentaire, une revue de littérature et différents entretiens, les principaux éléments associés à ce processus global de dérégulation/ re-régulation dans le secteur de la santé au Sénégal. Tout d'abord nous présentons le basculement d'un dispositif de planification nationale des politiques de santé, vers un modèle conçu pour répondre aux attentes de la BM à travers la sélectivité. Ce modèle sera mis en œuvre dans le cadre d'une logique contractuelle matérialisée par les Documents de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et les Plan Nationaux de Développement Sanitaire, en s'appuyant sur le dispositif de pilotage que constitue la budgétisation par programme mise en place par le Ministère des Finances. Nous étudions ensuite la mise en place des principales réformes néolibérales dans le système national de santé : la décentralisation de leur gestion au niveau régional, l'autonomisation des hôpitaux, puis la politique de contractualisation du Ministère de la santé qui ouvre la voie aux approches gestionnaires. Nous étudions enfin les tentatives de mise en place des contrats de performance dans les hôpitaux, conçus pour répondre à l'échec de leur autonomisation.

Le chapitre 7 présente ensuite la façon dont les dynamiques performatives sont à l'œuvre dans les différentes étapes de mise en œuvre du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la santé du Sénégal. Dans un premier temps nous retraçons le processus d'adoption de l'approche suite à une mission d'étude organisée au Rwanda par l'USAID, suivi de la réalisation de l'étude de faisabilité du projet pilote suite à un long processus de négociation réalisé par un groupe de travail intégrant les principaux responsables du Ministère et des partenaires extérieurs avec l'appui de l'USAID.

Ensuite nous étudions les jeux d'acteurs associés à l'extension du projet pilote en Programme National, processus qui nécessite la mise en échec d'un modèle de régulation concurrent porté par la Coopération Technique Belge et fondé sur la tarification forfaitaire des soins et la création des mutuelles départementales professionnelles subventionnées par l'Etat.

Enfin nous présentons la stratégie déployée par la BM pour imposer au ministère l'abandon du dispositif incitatif négocié lors du projet pilote, au profit du modèle de tarification à l'acte promu par la BM dans de nombreux pays dans le cadre de la « short route of accountability ».

En conclusion nous questionnons la volonté des responsables de la BM de réellement mettre en œuvre ce modèle de régulation par le marché qui constitue pourtant l'objectif global affiché de leur projet de coopération. Cet objectif nous apparaît questionnable pour les raisons suivantes : (i) le principal responsable de la BM souligne les faibles résultats des programmes mis en œuvre hors du contexte rwandais et (ii), le nouvel instrument de la BM destiné à la diffusion d'approches de gestion innovantes favorisent un renforcement de la régulation par les Ministères centraux, mais dans le cadre d'une relation contractuelle renforcée avec les acteurs globaux.

En épilogue de l'étude de cas du PNFBR, nous présentons dans une quatrième section les principaux résultats de notre mission d'étude dans l'une des deux zones pilotes du projet, qui démontrent une forte déconnexion du programme avec la réalité du contexte, notamment à cause de l'insuffisance du niveau d'équipement nécessaire pour atteindre les cibles, ou de l'impossibilité technique d'évaluer le nombre réel de patient dans une zone doublement frontalière.

Chapitre 6 : Le processus de dérégulation/re-régulation des politiques nationales de santé

La première section présente l'organisation institutionnelle des politiques et systèmes de santé publique au Sénégal. Les sections 2 et 3 présentent ensuite les deux principaux processus de réformes dans lequel s'inscrit le Programme FBR : la décentralisation (section 2) et la mise en place d'instruments de New Public Management (section 3).

L'évolution de l'organigramme du Ministère et des stratégies nationales de développement sanitaire met en perspective les récentes transformations du système de santé sous l'influence de la BM. Après l'abandon de la planification nationale dans le cadre des PAS, la conception et le suivi de la nouvelle stratégie de développement sanitaire de développement est conçue dans une logique contractuelle avec la BM.

La décentralisation a ensuite entraîné une profonde réforme des systèmes de santé, marquant l'abandon des politiques nationales de renforcement de l'égalité entre les régions et les populations. Alors que l'objectif affiché par le « package rationnel » de la décentralisation est la dynamisation de l'appropriation et des dynamiques au niveau local, sa mise en œuvre renforce le pouvoir des financeurs extérieurs qui interviennent directement au niveau local dans un processus de décentralisation du « marché de l'aide ».

Les approches du NPM sont alors promues pour internaliser les bénéfices attendus de diffusion des principes néolibéraux en faveur de la recherche d'efficacité. Les Cadres de Dépenses Sectorielles à Moyen terme constituent un dispositif de contrôle de la mise en œuvre des stratégies destinées à atteindre les OMD. Dans ce cadre, la DUE va instaurer au sein de programmes d'aide budgétaire un système d'incitation, sous forme de tranche variable décaissable en fonction des résultats obtenus en faveur des OMD. Au niveau organisationnel, des contrats de performance sont mis en œuvre dans les hôpitaux, pour répondre à leur situation de quasi-faillite résultant de leur « autonomisation » au profit de la logique de marché.

Section 1 : La politique et l'organisation du système de santé

1. L'organisation du système national de santé publique

a) Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) est structuré en deux Directions Générales (DG), la DG Générale de la Santé, en charge de la mise en œuvre des politiques de Santé, et la plus récente DG de l'Action sociale. Les systèmes et établissements de santé sont sous la tutelle de la DG Santé.

Différentes directions dépendent ensuite directement du Ministre : administration et équipement, RH, Infrastructure et équipement, planification recherche et statistique, directions régionales.

Le projet pilote FBR a été initié par le Cabinet, puis transformé en Programme National rattaché à la Direction Générale de la santé.

Comme le montre l'organigramme ci-dessous (site du MSAS le 10/08/2017), une cellule spécialement rattachée au cabinet était en charge de la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Cette dernière a été transformée en Agence dotée d'une personnalité juridique autonome début 2015, dans le but d'accélérer la mise en œuvre de la CMU qui est un projet prioritaire du Président de de la République³⁶.

Figure 21, **Organigramme du MSAS**



Source : Site internet du MSAS (consulté le 05/08/2017)

b) L'organisation du système de Santé

L'organisation du système de santé est représentée sous la forme d'une pyramide comprenant trois niveaux : le niveau central comprenant le Ministère et les services rattachés ainsi que les hôpitaux, le niveau intermédiaire composé des régions médicales, et le niveau local composé des districts sanitaires.

Les 14 régions médicales ont un rôle de coordination, d'inspection et de contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la zone correspondant à la région administrative. Leur rôle de coordination et d'assistance est limité par le manque de ressources humaines et logistiques.

³⁶ Site internet de l'agence de la CMU - <http://www.agencecmu.sn/content/forum-sur-la-couverture-maladie-universelle-macky-sall-remercie-shinzo-abe-pour-l%E2%80%99invitation>

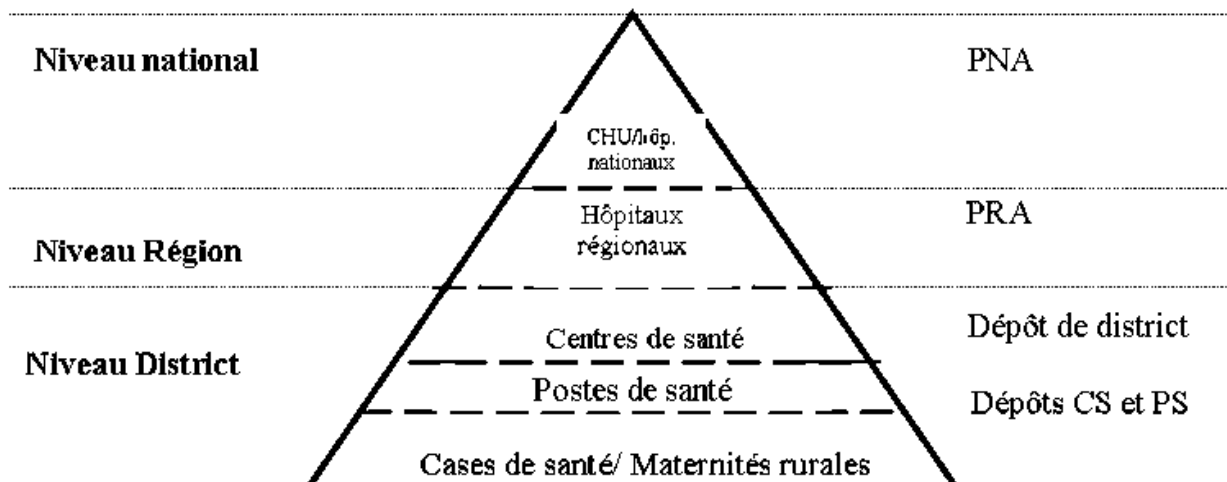
Les 50 districts sanitaires constituent les entités opérationnelles en charge des quatre dimensions de la politique de santé publique : curative, préventive, sociale et éducative. Le district comprend plusieurs centres de santé ainsi qu'un réseau de postes de santé qui supervisent eux-mêmes les cases de santé et les maternités rurales. Ils sont dirigés par des médecins chefs. Ils souffrent d'un important manque de ressources, en particulier dans les zones rurales.

Figure 22, Carte de l'administration médicale du MSAS



Source : Site internet du MSAS (consulté le 05/08/2017)

Figure 23, Pyramide de santé du MSAS



Source : Site internet du MSAS (consulté le 05/08/2017)

Les hôpitaux de niveau 3 (Dakar et Touba) pratiquent la médecine et la chirurgie spécialisée, les hôpitaux de niveau 2 (régionaux) la chirurgie générale, la césarienne et ont parfois quelques médecins spécialisés.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) note que la revue de performance du Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) 2006 et 2007 montre que les hôpitaux sont soumis à une forte désorganisation depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière de 1998, qui a également généré une dette hospitalière susceptible d'aggraver ces dysfonctionnements.

Les postes de santé pratiquent les soins de santé de base, ainsi que le centre de santé, qui pratique également les soins dentaires et la maternité. Ils constituent le lieu de réalisation des activités préventives.

2. Le Plan National de Développement Sanitaire

Un premier Plan sectoriel santé a été réalisé en 1998, dont les actions figuraient dans le 9ème Plan de Développement Economique et Social (1996-2001). Ce dispositif de planification sera ensuite abandonné dans le cadre de l'Initiative Pays Pauvres très Endettés (IPPTE) lancée par les IBW, qui offre aux Pays les Moins Avancés (PMA) dont la dette est jugée insoutenable, des possibilités d'allègement en échange de la mise en place de nouvelles stratégies publiques de la lutte contre la pauvreté.

La formulation d'un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), dont les principaux objectifs sont rattachés aux OMD, constitue une condition d'éligibilité de l'IPPTE. Ce sont donc des objets techniques soumis à la validation des IBW, qui ont à ce titre un caractère contractuel. Ils constituent donc un référentiel d'objectifs assorti de politiques publiques répondant aux attentes des IBW.

Alors que la dette des PMA n'a cessé d'augmenter lors des PAS, ce dispositif constitua un puissant système d'intéressement contraignant ces gouvernements à mettre en place un système de gestion fondé sur la théorie des choix publiques et la recherche d'efficience.

Au Sénégal, le système de planification précédent sera ainsi abandonné au profit des DSRP. Le premier couvre la période 2003-2006, le deuxième 2006-2010, puis le troisième 2011-2015. En avril 2004, l'atteinte par le Sénégal du « point d'achèvement » de l'IPPTE a entraîné une annulation de dette publique de 488 millions USD par les IBW, ouvrant la voie à un retour de l'Etat sur le marché obligataire.

Dans le secteur de la Santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) devient alors le document cadre de la politique sectorielle du gouvernement, dont les objectifs s'inscrivent directement dans la mise en œuvre du DSRP dans le secteur, en particulier les OMD 4, 5 et 6. Le premier PNDS I couvre la période 1998 – 2007 et le second la période 2009-2018. Toujours en vigueur, ce dernier a été élaboré pour appuyer la mise en œuvre du DSRP II, et plus globalement l'atteinte des OMD.

a) La politique de santé

Dans sa conception comme dans son pilotage, le PNDS I s'inscrit dans la logique néolibérale et managériale des IBW, comme le souligne la « présentation de la politique de santé » du PNDS actuel :

« La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats » (PNDS 2009 – 2018, p.11)

Malgré un rappel de la volonté d'égalité dans l'accès aux soins on retrouve ici les marqueurs idéologiques de la BM en matière de « décentralisation et de gouvernance sanitaire locale » et de « renforcement du partenariat public-privé », mais aussi au niveau managérial de « la culture de la gestion axée sur les résultats », qui témoignent de l'inscription du projet dans une logique globale de recherche d'efficacité s'appuyant sur la théorie de l'agence.

b) Le cadre d'exécution et de programmation budgétaire

Le cadre d'exécution et de programmation budgétaire du DSRP est le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT), qui correspond à la mise en œuvre d'un budget par programme.

Depuis 2005, la santé a été l'un des secteurs pilote pour la mise en place d'un CDMT sectoriel (CDSMT), qui constitue depuis 2006 l'instrument de programmation du PNDS :

« Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé). » (PNDS 2009-2018, p.11).

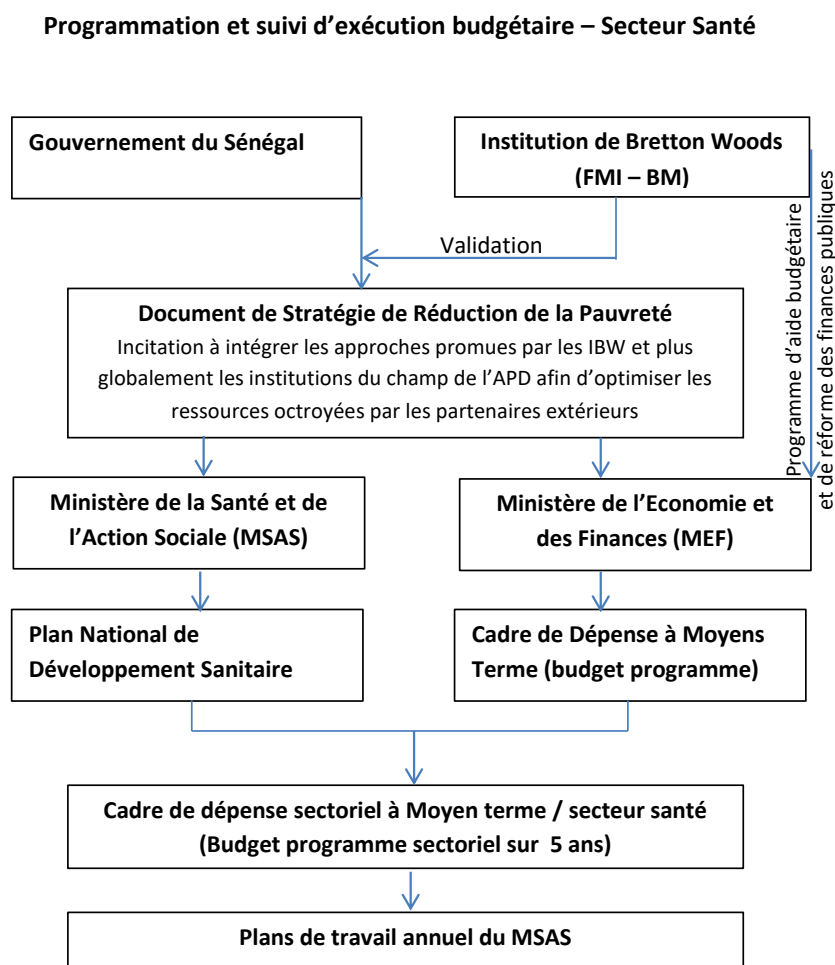
Le PNDS précise également le rôle attendu du CDSMT, qui doit permettre l'amélioration de l'allocation des ressources, la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats, la construction d'une culture de la performance et de la redevabilité :

« Le CDSMT permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés et constitue une étape importante dans le processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. Il apporte ainsi une réponse face aux difficultés liées au non-alignement

des allocations budgétaires aux priorités nationales et au faible niveau de prévisibilité des financements. Sous un autre registre, le CDSMT permet de développer le sens des responsabilités et de bâtir une culture de performance et d’instaurer l’obligation de rendre compte de l’utilisation des ressources publiques. Cet outil indique clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement. Le CDSMT permet de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources, les objectifs et les cibles de la période. » (PNDS 2009-2018, p.12).

« Le processus d’élaboration du CDSMT repose sur un calendrier qui précise les délais pour son élaboration, sa mise en oeuvre et son évaluation annuelle à travers le rapport de performances. La notification des enveloppes budgétaires sectorielles indicatives par le ministère chargé des finances, première étape de ce processus, se fait sur la base des priorités de programmes de dépenses triennales toutes sources confondues. Le Plan de Travail Annuel est la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT déclinée en plans d’actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide. Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA ». (PNDS 2009-2018, p.12)

Figure 24, **Schéma de la programmation et du suivi d’exécution budgétaire du MSAS**



Source : auteur

La mise œuvre des CDSMT a été l'une des principales réformes appuyées par les partenaires dans les années 2000, correspondant à la mise en œuvre de budgets programmes) sur le modèle de la Loi Organique Relative aux Lois de Finance (LOLF) en France. La mise en place de ces budgets programmes est ainsi assortie de mesures et d'objectifs associés pour renforcer la redevabilité.

Au Sénégal, ce dispositif est par ailleurs renforcé à partir de 2014, par l'élaboration d'un document, le Document de Programmation Plurielle des dépenses (DPPD, Annexe 2) qui doit être disponible à partir du mois d'avril afin de pouvoir être pris en considération dans l'exercice de planification budgétaire en cours. Les différents Ministères se retrouvent ainsi en situation de concurrence pour l'obtention de ressources, ce qui caractérise la mise en place d'une budgétisation basé sur la performance. Les directeurs des programmes sectoriels sont par ailleurs ordonnateurs et à ce titre responsables de leur mise en œuvre devant la Cour des comptes et l'Assemblée nationale.

c) Les leçons du PNDS 1.

En matière de ressources humaines le principal problème reste la couverture du personnel dans les structures de santé, le renforcement des effectifs étant limité par (i) le faible nombre de nouveaux diplômés, (ii) par le fait que la gestion des recrutements soit pilotée par Ministère de la fonction publique qui agit suivant son propre calendrier, et (iii) par l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

La couverture du personnel dans les zones reculées apparait donc au cœur du problème de fonctionnement des ressources humaines du MSAS, résultant de l'analyse du PNDS 1 :

« Le déficit en personnel est surtout important au niveau des zones difficiles et éloignées de Dakar. Une des causes est l'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat. Il s'y ajoute l'absence d'un plan de relève. Des initiatives ont été prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones (indemnités d'éloignement, contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles). Toutefois, elles sont restées au stade expérimental et méritent, par conséquent, d'être poursuivies et renforcées. » (PNDS 2009-2018, p.13).

En matière de ressources financières allouées au PNDS 1998-2007, le secteur de la santé a reçu globalement un financement de 933,2 milliards de FCFA dans le cadre du PNDS1. Les financements ont été octroyés par l'Etat (51%), les partenaires extérieurs (27%), les ménages (19%), les collectivités locales (3%). Le financement des collectivités locales a été beaucoup plus faible que la prévision qui été fixée à 21,5%, mais a été compensé par l'Etat et les ménages. L'exécution financière (97%), comme la répartition économique des charges constatées, indique les taux proches des prévisions : 44,1% pour le fonctionnement, 29,8% pour le personnel et 26,1% pour l'investissement.

Le principal déséquilibre apparait dans la répartition géographique, les financements accordés aux postes de santé en zone rurale étant largement déséquilibrés :

« Selon les comptes nationaux de la santé, l'analyse des dépenses de santé pour 2005 dans les structures publiques révèle que seulement 3% du financement public est orienté vers les postes de santé et les maternités rurales, contre 38% vers les centres de santé et 50% vers les hôpitaux. Si l'on se réfère à la stratégie « d'amélioration de l'accessibilité des services », les postes et les centres de santé devraient bénéficier beaucoup plus du financement de l'Etat, ce qui justifie une réorientation des ressources au niveau des structures périphériques ». (PNDS 2009-2018, p.18).

La mise en œuvre de la décentralisation des services de santé a également connu d'importantes difficultés :

« Il s'est agi, notamment, de faire face aux difficultés notées dans les relations entre les responsables de la santé et les élus au niveau local. Les rapports souvent difficiles entre ces deux parties prenantes du système au niveau local ont été, entre autres, à l'origine des dysfonctionnements des organes de gestion. Les comités de gestion n'ont pas été installés dans la plupart des cas. Et quand ils le sont, leur niveau de fonctionnalité est resté globalement faible. Par ailleurs, certaines collectivités locales ne libèrent pas la totalité des crédits alloués aux formations sanitaires sous leur tutelle. De l'avis des deux parties, la décentralisation fait encore l'objet de beaucoup d'incompréhensions entre les professionnels et les autorités locales. » (PNDS 2009-2018, p.25).

Pour le gouvernement du Sénégal, la décentralisation des systèmes de santé imposé par les IBW dans le cadre des PAS a donc entraîné une perte de contrôle sur les structures de santé en zone rurale, qui limite leur capacité à œuvrer en faveur de l'atteinte des OMD dans ces zones.

Encadré 3, **Résumé des « principales leçons apprises » mises en avant par le PNDS 2009-2018**

Résumé des « principales leçons apprises » sur le plan de la gestion mises en avant par le PNDS 2009-2018

- « L'approche sectorielle a permis d'améliorer la mobilisation des ressources et la lisibilité des interventions », même si sa mise en œuvre reste marquée par la faible volonté des parties prenantes de se coordonner ;
- « Le suivi de la mise en œuvre a été limité par l'absence d'un plan de suivi évaluation » ;
- « Le cadre de mise en œuvre a manqué de cohérence et de précision sur le rôle des différents acteurs » ;
- « La création de la Direction des Ressources Humaines et les efforts fournis en matière de formation n'ont pas suffi pour améliorer la couverture en personnel de santé. »
- « L'absence de critères d'allocation des ressources a été à l'origine de disparités dans le financement des programmes et des différents échelons de la pyramide. Les services centraux ont plus profité de ces financements alors que la priorité devait être accordée aux soins de santé de base qui sont plus aptes à faire évoluer favorablement les indicateurs de morbidité et de mortalité. »
- « La mise en oeuvre du CDSMT à ses débuts, jusqu'en 2006, a montré ses limites, essentiellement du fait du manque de préparation des responsables du ministère de la santé. Il s'y ajoute la persistance du sentiment largement partagé à l'époque qu'il s'agit juste d'un exercice intellectuel qui n'apporte pas de changement dans la façon de conduire la préparation, l'arbitrage et le vote du budget. Depuis 2007, la tendance est inversée après les efforts consentis en matière de sensibilisation et de formation des acteurs. Le CDSMT constitue, aujourd'hui, l'outil de mise en oeuvre du PNDS. »

- « Le partenariat qui a été initié avec les Organisations non gouvernementales (ONG) a été jugé appréciable par les deux parties, même si les résultats escomptés n'ont pas été atteints du fait essentiellement de l'insuffisance de capacités des ONG dont les projets ont bénéficié de financements à travers le PNDS I. L'expérience peut être améliorée si le partenariat MSAS-ONG inclut le renforcement des capacités de ces dernières dans la formulation et la gestion de projets, ainsi que dans le domaine du suivi et l'évaluation. »

- « L'apport du privé en matière de santé aurait pu être plus important si ce secteur était bien impliqué, la politique de contractualisation mise en oeuvre et des cadres formels de collaboration Public – Privé créés et rendus fonctionnels. »

- « La culture du « rendre compte » tarde à entrer dans les consciences au niveau des responsables du ministère de la santé. Des actions énergiques sont nécessaires pour corriger cette insuffisance, notamment, en systématisant les contrats de performance à tous les niveaux tout en veillant à ce qu'ils soient suivis d'effets. Le renforcement des capacités locales pour rendre effectif le contrôle citoyen est nécessaire, à cet effet. »

- « L'amélioration de la gouvernance sanitaire, surtout au niveau local, est un levier efficace sur lequel il faut s'appuyer pour améliorer les performances. »

Source : PNDS du Sénégal 2009-2008, p.29

d) Les orientations stratégiques du PNDS 2.

Les défis à relever présentés en introduction sont les suivants :

1. Placer « la prévention au début et à la fin de l'action sanitaire », mettre « plus d'équité dans la prise en charge » par la « mise à disposition d'une offre de soins minimale par région »,
2. « Répondre au déficit de ressources humaines de qualité et la mauvaise répartition du personnel », par « l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de développement des ressources humaines et la consolidation des acquis en matière de motivation particulièrement des personnels travaillant dans les zones difficiles » ;
3. Améliorer la qualité et l'accueil par la prise en compte de l'appréciation des usagers ;
4. Augmenter la protection des populations et des groupes les plus vulnérables, par le renforcement des programmes de gratuité et la Couverture Maladie Universelle.

En matière d'objectifs, suivant la logique contractuelle du PNDS et du DSRP, le document précise : « La mise en oeuvre de ce plan s'inscrit dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs du DSRP et des OMD. Il s'agit plus spécifiquement de :

1. Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles.
2. Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie
3. Renforcer durablement le système de santé
4. Améliorer la gouvernance du secteur de la santé » (PNDS 2009-2018, p.32).

Les onze orientations stratégiques suivantes ont été retenues pour la mise en oeuvre de ces quatre objectifs sectoriels :

- « pour l'atteinte du premier objectif sectoriel : (i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;

- pour l'atteinte du deuxième objectif sectoriel : (ii) Amélioration de la Promotion de la santé, (iii) Renforcement de la prise en charge de la maladie et (iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
- pour l'atteinte du troisième objectif sectoriel : (v) Développement des ressources humaines, (vi) Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance, (vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, (viii) Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
- pour l'atteinte du quatrième objectif sectoriel : (ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats, (x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (xi) Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables. » (PNDS 2009-2018, p.32).

Chacune des orientations stratégiques fait ainsi l'objet d'un développement spécifique dans le PNDS II.

e) Le cadre de mise en œuvre

Pour faciliter l'atteinte de ces objectifs, l'organisation est réformée.

Au niveau central, les principales réformes sont les suivantes :

- 1) Création de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS).

La DPRS est en charge de la coordination de l'élaboration du PNDS et de l'élaboration du Plan de Travail Annuel (PTA), en collaboration avec les directions techniques, les régions médicales et les districts. Elle doit assurer la planification et la programmation, la coordination des partenaires extérieurs, le suivi de l'information sanitaire et la gestion du suivi évaluation.

Cette réforme marque la volonté de recréer une démarche de planification de la mise en œuvre du PNDS, devant permettre de coordonner les partenaires extérieurs et les acteurs du système de santé, et d'en permettre le pilotage à travers la mise en œuvre d'un dispositif de suivi-évaluation.

- 2) Création de la DG de la Santé (DGS)

La DGS est chargée de coordonner et suivre la mise en œuvre des programmes techniques à l'intérieur du système de santé. Elle regroupe donc la gestion des programmes techniques à travers (i) une direction de la lutte contre la maladie (programmes verticaux ciblant des maladies spécifiques (OMD 6) et (ii) une direction de la santé de la reproduction de la survie de l'enfant (OMD 4 et 5), avec la gestion des structures de santé à travers (i) la direction des établissements de santé (Hôpitaux).

Cette réforme marque également la volonté de renforcer le dispositif de pilotage du niveau national pour améliorer la mise en œuvre des programmes techniques dans les structures de

santé. La DGS apparait comme une structure à même de mettre en œuvre les réformes et de piloter les nouvelles approches managériales.

3) Réforme de la direction de la prévention

Elle sera remplacée par un DG de l'Action sociale intégrant une direction de l'action médico-sociale, une direction de la promotion et de la protection des groupes vulnérables, une direction de la promotion et de la protection des personnes handicapées. Cette DG reste très minoritaire en termes de budget et d'activité par rapport à la DGS.

Globalement cette réforme marque donc le retour des cadres de planification et de coordination nationaux au service de la mise en œuvre des politiques de santé. Elle fait émerger deux nouveaux acteurs au sein du Ministère, une DPRS ayant un rôle transversal de planification et programmation, et une puissante DGS ayant un rôle de pilotage des principaux programmes techniques à travers les approches managériales.

Au niveau local, il est prévu le renforcement institutionnel des Régions Médicales, notamment par « la mise en place d'équipes pluridisciplinaires (statisticiens, planificateurs, épidémiologistes, inspecteurs de la pharmacie et spécialistes de la communication, etc.) », (...) « placées sous la direction du Médecin chef en charge de la gestion des activités de planification et de collecte de données » (PNDS 2009-2018, p.51). Les districts sanitaires doivent également être renforcés dans leurs capacités opérationnelles.

Sur le plan du suivi évaluation, deux réunions annuelles et une mission d'évaluation sont créées :

a) La Revue Annuelle Conjointe (RAC)

« L'objectif de la RAC est de faire le bilan des plans de travail annuels de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours. Avec l'avènement des CDSMT, cette activité doit être repositionnée et la présentation des rapports annuels de performances des CDSMT sera un des éléments de son contenu.

L'organisation de la RAC relève de la responsabilité de la cellule chargée de la planification et du suivi au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention. Elle est coprésidée par les Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances. Il s'agit d'une instance privilégiée d'échanges et de communication entre les différents responsables des centres de responsabilité des niveaux central et régional. Viennent s'y ajouter d'autres responsables des ministères impliqués, les partenaires au développement, les collectivités locales, la société civile et les ONG. A l'issue de chaque RAC, il est élaboré un rapport avec des recommandations précises et ciblées. Celles-ci sont traduites en un plan d'actions avec des indicateurs précis. Le suivi de la mise en œuvre des recommandations est assuré par la cellule chargée de la planification et du suivi avec la diligence souhaitée du cabinet. » (PNDS 2009-2018, p.56).

b) Le Comité Interne de Suivi (CIS)

« Sa composition, ses missions et son fonctionnement sont régis par un arrêté. Il a lieu tous les trois mois et deux de ces instances sont élargies aux partenaires au développement. Son travail porte sur :

- Le suivi de l'exécution des plans de travail annuels
- L'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes
- L'examen des rapports d'exécution du budget
- L'état de la mise en oeuvre des recommandations

La réunion du comité interne de suivi est présidée par le Ministre de Santé et de la Prévention » (PNDS 2009-2018, p.56).

Suite à la réforme de 2015, un seul CIS sera maintenu à l'automne, la RAC ayant lieu au mois d'avril.

c) La Mission Conjointe de Supervision (MCS)

« Elle a pour fonction d'assurer le suivi de l'exécution des activités programmées sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement. Elle se déroule tous les six mois. Selon les objectifs fixés pour la mission conjointe de supervision, les acteurs impliqués dans la supervision conjointe sont désignés. Il peut s'agir des techniciens du ministère de la santé, ceux des autres départements ministériels, les représentants des collectivités locales, les membres des comités de santé, les représentants de la société civile et des ONG. Le rapport de supervision est assorti de recommandations qui feront l'objet d'un plan de mise en oeuvre. » (PNDS 2009-2018, p.56).

Le PNDS définit également les indicateurs de suivi (voir tableau 20 ci-après) :

Tableau 20, **Liste des indicateurs de suivi du PNDS**

Objectif sectoriel	Stratégies	Indicateurs d'impact/d'effet	Indicateurs de résultats	
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles	Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles	Taux de mortalité maternelle	Couverture CPN4. Taux d'utilisation pour la consultation prénatale.	
			Accouchements assistés par du personnel qualifié. Proportion d'accouchement effectué dans les formations sanitaires.	
			Taux de césariennes	
			Couverture consultations postnatales	
		Taux de mortalité néonatale	Couverture SENN Couverture VAT	
		Taux de mortalité infantile Taux de mortalité juvénile Taux de mortalité infanto juvénile	Couverture CNS Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole Couverture vaccinale PENTA3 Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés Utilisation RVO	
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5ans Indice synthétique de fécondité	Couverture suivi de la croissance Prévalence contraceptive	
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	Amélioration de la Promotion de la santé	Prévalence paludisme	Nombre de traitement ACT administré	
			Couverture MI chez la femme enceinte	
			Couverture MI chez les moins de 5 ans	
			Couverture TPI 2	
		Prévalence VIH/SIDA dans la population générale	% de personnes informées sur les méthodes de prévention du VIH/SIDA Nb de personnes ayant subi le test dépistage VIH Nb de personnes fréquentant les CDVA Taux d'acceptation du test VIH lors de la CPN	
			Prévalence TB	Taux de détection % de tuberculeux en TTT perdus de vue
	Renforcement de la prise en charge de la maladie	Létalité hospitalière globale	Taux de consultation primaire globale (curative et préventive) Nombre de PVVIH sous TTT ARV Taux de guérison TB	
			Létalité hospitalière attribuable au paludisme	Nombre de traitements ACT administrés Nombre de cas graves enregistrés au niveau des structures
			Renforcement de la surveillance intégrée et de la riposte	Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire enregistrée

(Source : PNDS, 2009 – 2018, p.54)

Renforcer durablement le système de santé	Développement des ressources humaines		Ratio IDE/pop
			Ratio SFE/FAR
			Ratio médecin/Pop
	Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance		Couverture en PS
			Plan de maintenance disponible et appliqué
			- % d'hôpitaux fonctionnels - % de blocs SOU fonctionnels au niveau district - % de PS fonctionnels
			Plan de renouvellement des équipements disponibles et appliqués
	Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux		Nombre de jours de rupture de médicaments et produits traceurs. Plan national d'approvisionnement est élaboré et appliqué.
	Renforcement du système d'information et de la recherche en santé		Taux de complétude des rapports selon les niveaux
			Taux de promptitude des rapports selon les niveaux
		Nombre de projets de recherche examinés par le comité national d'éthique en santé	
Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.	Promotion de la gestion axée sur les résultats	Taux de satisfaction des bénéficiaires	Taux d'affichage des prix de médicaments et tarifs de prestation au niveau des structures
	Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière	% d'organes de gestion à la base fonctionnels	Part de la santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat et par catégorie
			% d'exécution du budget par niveau et par catégorie
	Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables	% de personnes couvertes par un système formel de couverture du risque maladie	Nombre de personnes couvertes par une mutuelle de santé
Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'Etat			
		Nombre de cas sociaux pris en charge par les organes de gestion au niveau des formations sanitaires	

(Source : PNDS, 2009 – 2018, p.55)

Conclusion de la section 1 :

Dans le cadre de l'Initiative IPPTE, le Sénégal a accepté de mettre en œuvre les politiques publiques de lutte contre la pauvreté recommandées par les IBW, en échange d'une annulation de dette qui dépendait des réformes néolibérales mise en œuvre en faveur de l'atteinte des OMD.

L'abandon du système de planification existant, pour faire du DSRP le document cadre de la politique gouvernementale, instaure de fait un processus de contractualisation du gouvernement pour la mise en œuvre des politiques recommandées par les IBW pour atteindre les OMD.

Le suivi de cette contractualisation se fait à travers l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux OMD, et sur le plan financier par la mise en œuvre de budgets programmes, ou cadre de dépense à moyen terme (CDMT)

Le secteur de la santé s'inscrit dans cette logique de contractualisation. Le PNDS décline ainsi les stratégies et objectifs définis par le DSRP, et adopte le CDMT sectoriel (CDSMT) comme cadre de mise en œuvre. Les Plans de Travail Annuels (PTA) du Ministère de la Santé constituent ensuite la déclinaison des stratégies du CSDMT en activité.

L'évaluation de la mise en œuvre du premier PNDS (1998-2007) décrit ainsi plusieurs axes d'amélioration qui s'inscrivent directement dans la mise en œuvre des réformes institutionnelles alors promues par la BM.

1/ Le premier axe d'amélioration est le renforcement de l'accountability : amélioration de la reddition de compte à travers la mise en place d'un plan de suivi-évaluation, mise en place « d'actions énergiques pour faire entrer la culture du rendre compte dans les consciences », « en systématisant les contrats de performance assortis d'incitation à tous les niveaux » ; « amélioration de la gouvernance pour améliorer les performances au niveau local », « renforcer le CSDMT comme outil de mise en œuvre du PNDS ». (PNDS 2009 – 2018).

Sur le plan managéral, l'objectif du second PNDS (2009 – 2018) est ici le renforcement du système de pilotage lié à la mise en œuvre de réformes définies par les contrats (DSRP et PNDS), ainsi que le recours aux incitations pour internaliser les changements institutionnels exigés. Il s'agit donc d'un processus managéral de re-régulation.

2/ Le second axe d'amélioration est l'ouverture au secteur privé et associatif, par la mise en place de partenariats et de procédures de contractualisation pour la fourniture de services. Il s'agit ici de renforcer le poids du secteur privé dans la mise en œuvre des politiques de santé.

3/ Le troisième axe d'amélioration est l'allocation des ressources en faveur des soins de santé de base dans les zones rurales. Ce point apparaît particulièrement sensible, car les lois de décentralisation de 1996 ont entraîné une perte de contrôle du niveau central sur les ressources allouées au niveau local, et car le poids des zones urbaines dans les négociations syndicales limite la mise en œuvre de programme ciblant spécifiquement les zones rurales sur financement nationaux.

Le second PNDS (2009 – 2018) met ensuite en œuvre une stratégie centrée sur l'obtention de résultats en faveur des OMD. Il propose une nouvelle organisation marquée par le retour des instruments de planification, de coordination et de suivi évaluation.

Cette réforme fait émerger également deux acteurs, une Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques (DPRS) ayant une fonction transversale d'appui au pilotage (planification, programmation, suivi - évaluation, études et recherches), et une Direction Générale de la Santé (DGS) chargée de coordonner la mise en œuvre des programmes techniques au sein des hôpitaux et du système de santé, qui apparaît comme le maître d'œuvre des nouvelles approches managériales.

Cette évolution illustre également la tension existante entre la nature néolibérale des réformes initialement promues par les IBW ayant conduit à l'abandon de la planification au niveau central (PNDS I) d'une part, et le besoin de planification et de pilotage nécessaire pour disposer d'instruments de programmation, d'allocation et de pilotage au niveau central (PNDS II) d'autre part.

Ce processus met ainsi en lumière la façon dont les principes néolibéraux ont été dans un premier temps mobilisés pour mettre fin au système de régulation national associé au Plan national de développement économique et social, pour être ensuite remplacés par un nouveau système de régulation conçu au niveau du Ministère pour mettre en place les stratégies sectorielles élaborées et mises en œuvre dans le cadre d'une relation contractuelle avec la BM.

Par ailleurs, le package rationnel destiné à promouvoir le FBR, (Meessen & al, 2011) met en avant des éléments répondant aux enjeux soulevés par l'évaluation des PNDS I : allocation des ressources au niveau rural, mise en place d'un nouveau cadre de redevabilité alignant mécaniquement les acteurs sur les besoins finaux ; création d'un cadre de contractualisation ouvert aux structures privées et associatives.

Dès lors, sans une forte capacité d'analyse des politiques et des modèles « proposés » par les IBW, il paraît complexe pour le gouvernement du Sénégal de réinterroger la validité de l'instrument FBR par rapport à ses propres priorités. Dans un contexte de crise des ressources, la pression est forte d'adopter l'instrument comme une solution suivant le modèle du « Garbage can » (Cohen & al, 1972).

Section 2 : La décentralisation et la réforme des politiques de santé

Les chapitres 5 et 6 ont mis en perspective le contexte global dans lequel s'inscrit la promotion du nouveau modèle de régulation par le marché pour les soins de santé en zone rurale, dans lequel s'inscrit le FBR.

Dans ce cadre il apparaît essentiel de présenter les réformes qui ont été « promues » au Sénégal au niveau central à travers les politiques de renforcement de la « bonne gouvernance », et en particulier la décentralisation des services sociaux.

L'analyse de ce processus est essentielle pour notre objet d'étude, car il constitue l'un des principes que l'approche FBR se propose de poursuivre au profit des structures de santé. Il constitue ainsi une institution mise en œuvre sans succès dans le cadre des PAS, que le FBR se propose d'internaliser au niveau local.

Pour cette étude, nous nous intéressons plus spécifiquement au processus de décentralisation à partir des réformes de 1996, pendant laquelle 6 lois et 22 décrets ont été adoptés en vue d'encadrer la réorganisation territoriale. Souvent appelée « régionalisation », cette réforme porte sur trois points essentiels : la création de 10 régions, l'autonomie de gestion par l'introduction du contrôle de légalité a posteriori, le transfert de compétences partagées aux collectivités locales.

Neuf domaines de compétences associés au développement économique, culturel, social et sanitaire sont concernés par ce transfert de compétence partagée, dont la santé. Toutefois, cette mise en œuvre, réalisée dans le cadre des PAS, est dès l'origine limitée par la faiblesse des ressources humaines et financières dans un contexte de crise sociale.

En nous appuyant principalement sur l'article d'Alain Pivetau « Décentralisation et développement local au Sénégal – Chronique d'un couple hypothétique » (Piveteau, 2005), nous retraçons ci-après (i) le contexte économique et social de mise en œuvre de la décentralisation, (ii) les limites rencontrées dans la dynamisation des territoires qui en sont attendues, (iii) la fragmentation qui résulte de la mise en concurrence des pouvoirs publics locaux et (iv) les nouvelles réformes entreprises pour renforcer le processus afin qu'il puisse se conformer au mythe rationnel de la « décentralisation ».

Nous présentons ensuite la politique de contractualisation dans le secteur de la santé au Sénégal (1994), élaborée sous l'influence de certains bailleurs de fonds dont l'USAID, qui constitue un nouveau cadre de régulation des échanges favorisant la mise en place d'approches gestionnaires et de modèles de redevabilité fondés sur la logique de marché.

1. Le contexte économique et social

Lors de l'indépendance (1960), l'Etat sénégalais opte pour un modèle développementaliste caractérisé par l'intervention économique du secteur public, le contrôle de la production agricole exportatrice, et une stratégie industrielle orientée vers la substitution des importations.

Suite à une faillite budgétaire, l'ajustement structurel débute en 1979. La première phase dite de « stabilisation » (1979-1984) vise la réorientation de la production vers les exportations, et la diminution du rôle économique de l'Etat. Le second plan (1985 -1992) renforce ces orientations et organise la sortie du système d'encadrement des produits agricoles qui place le monde agricole face aux prix du marché international. Cette rupture brutale entraîne une baisse des rendements et des revenus de la population agricole alors majoritaire.

Parallèlement, des pans entiers de la production sont démantelés, ce qui entraîne une chute de l'emploi salarié. Les emplois se déplacent des productions agricoles exportatrices comme l'arachide vers les exploitations familiales, et de l'économie formelle vers l'économie informelle.

L'échec de ces programmes sectoriels entraîne une crise sociale qui s'accroît avec les nouvelles diminutions des salaires du secteur public et l'adoption de la tarification des services de base, que le gouvernement est contraint de réaliser. En 1994, la dévaluation du franc CFA encouragée par les IBW ouvre la voie à l'ajustement global (1994 – 2000), qui amorce des mesures correctives au niveau social et marque la réorientation de l'intervention des IBW en faveur des stratégies de réduction de la pauvreté.

Malgré une croissance stabilisée à l'issue de la dévaluation, en 2001 le Sénégal est classé 145^{ème} sur 162 suivant l'indice de développement humain. Les enquêtes réalisées affichent un

taux de ménage vivant sous le seuil de pauvreté de 33% en 1991, et de 58% en 1994. (Piveteau, 2005)

Les dépenses de santé et d'éducation sont alors les principaux secteurs touchés par les difficultés de financement de l'Etat, dont la charge de la dette augmente alors que la faible croissance de la production reste inférieure à celle de la population. Certains travaux démontrent également que « les effets de la crise affaiblissent les solidarités traditionnelles qui fonctionnaient comme des filets de sécurité sociale » (Diop, 2001). La crise sociale conduit les ménages à limiter les dépenses de santé et d'éducation, alors que la croissance du secteur informel augmente le coût d'opportunité de la scolarisation des enfants.

Dans ce contexte de crise sociale, Piveteau (2005) présente les dynamiques qui conduisent à l'adoption de la politique de décentralisation par le gouvernement. Tout d'abord, puisque qu'un tiers de l'investissement public est fourni en 2002 par l'aide projet, les attentes se reportent vers les acteurs locaux qui sont alors ciblés par les partenaires.

« Face à cette situation, l'interpellation de nouveaux acteurs s'amplifie en même temps que s'opère un déplacement des attentes vers le potentiel des contextes locaux. On cite très souvent le mouvement associatif et les ONG ». (...) Dans un pays ayant vécu l'omniprésence et l'interventionnisme de l'État central, la fascination grandit pour la "société civile", les "dynamiques locales", les "acteurs locaux", les "organisations de base", les "initiatives de base" et les "initiatives populaires". ». (Piveteau, 2005, p.11).

De plus, l'Etat est dans l'impossibilité de financer ses services de base dont les besoins augmentent :

« L'État se retrouve donc dans une situation paradoxale, propice à une logique de délestage vers les acteurs locaux (Hugon, 2003). D'un côté, il est dans l'incapacité d'assurer une partie importante des fonctions qui lui sont habituellement dévolues (services publics, politiques sociales) et son rôle dans la brève histoire du développement se voit critiqué. D'un autre côté, la pression des besoins sociaux n'a jamais été aussi forte. Ce double constat forme l'arrière-plan des nouvelles stratégies de développement auxquelles s'adosse le processus de décentralisation : la stratégie de lutte contre la pauvreté, restituée par le Document de stratégie de réduction de la pauvreté ». (Piveteau, 2005, p.11).

Dans les secteurs de la santé, la politique de décentralisation adoptée en 1996 apparaît ainsi comme un report de contraintes budgétaires vers les collectivités locales, que l'Etat n'est pas en mesure d'assumer.

2. Les limites du développement local

Piveteau analyse ensuite les limites rencontrées par le développement local qui est attendu du processus de décentralisation, en répondant à la question de recherche suivante :

« Les collectivités locales et l'ensemble des acteurs locaux, coordonnés dans de nouveaux dispositifs d'actions décentralisées, ont-ils la capacité de modifier ou d'infléchir

les ressorts de la création et de la distribution des richesses à partir d'une intégration plus forte du facteur « local » ? » (Piveteau, 2005, p.11)

Rappelant que la création de dynamiques locales nécessite également une capacité de coordination et de régulation du secteur public, l'auteur présente trois facteurs limitant la capacité des collectivités territoriales à jouer ce rôle.

a) « Les capacités locales face aux concentrations héritées » (Piveteau, 2005, p.12)

En 2000, un quart des 9,5 millions d'habitants de la population sénégalaise habitait à Dakar et 45% vivait dans les zones urbaines. En 2017 la population est de 15 millions dont 3,5 millions à Dakar et près de 50% vivant en zones urbaines selon les données du site de la Banque Mondiale. Ces chiffres montrent à la fois la forte croissance de la population et des besoins en services sociaux, mais aussi l'accélération du phénomène d'urbanisation dont la moitié se concentre sur la région de Dakar.

L'auteur souligne tout d'abord que la poursuite du phénomène d'urbanisation met en soit en question l'existence d'un lien mécanique entre décentralisation et développement local. Or, la question du rééquilibrage entre les zones rurales et urbaines, comme entre les zones urbaines, échappe en grande partie aux collectivités mais doit faire l'objet d'une politique nationale.

De plus, la forte concentration de la production dans les zones urbaines et à Dakar questionne également la capacité du développement économique local. Les libéralisations ont en effet accentué la concentration du secteur formel, 37 entreprises fournissant plus de 75 % du chiffre d'affaires réalisé et 70 % de l'emploi formel en 2004. L'emploi est alors à 90% informel et se concentre sur des activités tertiaires et secondaires comme le commerce, le transport, la transformation de produits alimentaires, la restauration, sur lesquelles bâtir une dynamique économique locale paraît critique.

Piveteau conclut sur ce point en soulignant que la décentralisation masque en réalité l'absence de stratégie nationale de rééquilibrage des dynamiques d'urbanisation et de concentration économique :

« Plus qu'ailleurs, le développement local au Sénégal porte deux défis majeurs des politiques publiques : le rééquilibrage des dynamiques urbaines et de la croissance économique. Mais à ce stade de la réflexion, il paraît difficile de procéder à ce rééquilibrage depuis des échelons décentralisés et de se passer d'une volonté et d'une impulsion centrale forte. Mener par le bas un tel programme, en instituant des pouvoirs locaux autonomes, y compris au plan financier, pourrait au contraire cantonner le développement sur le sentier où la forte concentration géographique et structurelle de l'économie l'engage. » (Piveteau, 2005, p.14)

L'autonomie d'action des collectivités apparaît également limitée par les éléments suivants :

- Le transfert de la planification aux régions apparaît peu compatible avec la flexibilité voulue par la décentralisation. Les activités de programmation et de coordination ont été transférées aux régions qui constituent le nouveau cadre de coordination des

politiques publiques avec l'Etat. Elles doivent ainsi élaborer des Plans Régionaux de Développement Intégrés, avec l'aide de l'Agence Régionale de Développement, en s'appuyant sur les plans d'investissement communaux (communes) et les plans de développement locaux (communautés rurales) ;

- La responsabilité des secteurs transférés comme la Santé, reste partagée avec l'Etat qui reste responsable d'une large part de la production de services ;
- Les collectivités n'ayant presque pas de base fiscale, les services déconcentrés qui doivent les appuyer ont conservé la maîtrise des ressources, d'autant que les personnels n'ont pas été redéployés.
- « les transferts financiers de l'État n'ont pas compensé le transfert de compétences inscrit dans la loi de 1996 confinant, de ce point de vue, la décentralisation à une forme masquée de l'ajustement » (Piveteau, 2005, p.15)

La faible capacité financière des collectivités doit également être prise en compte dans le cadre de notre étude. Tout d'abord la base fiscale est très faible puisque l'activité informelle, qui est largement dominante en zone rurale, est partiellement fondée sur l'évasion fiscale. Ensuite parce que différents facteurs ont conduit à une collecte limitée de l'impôt, comme le souligne Piveteau (2005, P.16) :

« Plusieurs facteurs expliquent ce défaut de réflexe fiscal : la précarité des situations, en premier lieu, orientant les dépenses vers une satisfaction plus immédiate ; la pauvreté des services offerts jusqu'à présent par les pouvoirs publics, le manque de lisibilité des choix publics, la persistance de pratiques clientélistes et de la corruption aux niveaux locaux ; la faiblesse des moyens de coercition des autorités en charge du recouvrement ; les représentations de l'impôt enracinées dans la violence des pratiques coloniales de prélèvement ; le recours à des stratégies de sécurisation fondées sur des réseaux sociaux ».

L'incapacité effective des collectivités conduit alors à l'arrivée de nombreux acteurs extérieurs qui les place en situation de concurrence :

« La capacité d'action sur l'économie locale reconnue aux communes et aux communautés rurales par la loi se mue, faute de moyens suffisants et autonomes, en capacité d'identification des besoins et de programmation du développement local. Ce glissement accentue l'arrivée d'une foule d'acteurs hétérogènes sur le « marché » des projets locaux ». (Piveteau, p.17)

La Sénégal se caractérise par une forte dépendance à l'aide extérieure. Selon les données de la BM, le budget d'investissement était couvert à hauteur de 75 % par l'aide extérieure après la dévaluation de 1994, puis de 54% au début du siècle. Or en 2001 et 2002, les trois principaux bailleurs de fonds constituant 68% de l'aide globale (BM, AFD, UE), avaient fait de la décentralisation un axe prioritaire de leur stratégie d'intervention.

La dépendance à l'égard de l'aide, renforcée au Sénégal par son image de « bon élève » parvenant à se démarquer sur ce marché, va ainsi se reporter vers des collectivités locales financièrement démunies mais assurant un rôle de programmation. L'augmentation du nombre d'acteurs de l'aide au niveau local va alors entraîner une fragmentation des interventions générant une grande inefficacité.

- b) « Une tendance à la centralisation des stratégies publiques aidées » (Piveteau, 2005, p.17)

Comme exposé au chapitre 2, le secteur de la santé pour lequel les financements sont en forte augmentation, va être à l'initiative de la création des « approches sectorielles » (Cassel, 1997), qui visent à établir une stratégie d'intervention sectorielle partagée entre le gouvernement et les partenaires. Cette nouvelle approche va entraîner un retour de la coordination au niveau national, où les orientations stratégiques définies au niveau sectoriel dépendront des enjeux d'intégration de l'aide.

Ce retour de la décision au niveau central correspond donc à une plus grande influence des bailleurs de fonds dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Comme cela été présenté au chapitre 2, la mise en place des stratégies de réduction de la pauvreté est alors porteuse d'une vision technique et néolibérale de la politique, qui constitue une nouvelle forme de conditionnalité :

« Les processus de formulation des DRSP constituent un nouveau type de conditionnalité de l'aide au développement. Ils sont de nature stratégique et traduisent les changements dans l'exercice du pouvoir par les acteurs dominants qui, avec les DRSP, émettent une régulation de contrôle d'un type nouveau, où la relation de pouvoir passe désormais par un travail de persuasion, d'information et de formation ayant pour objectif de créer des coalitions d'acteurs autour de stratégies de lutte contre la pauvreté répondant à la logique de l'accumulation. » (Lapeyre, 2006, p.7).

La verticalité et la technicisation des politiques sectorielles vont ainsi constituer de nouvelles limites à la création de politiques publiques locales :

« L'instauration de véritables politiques locales se heurte à des contraintes structurelles. Rappelons qu'une politique publique comprend quatre dimensions : une décision politique, un programme d'action, des méthodes et des moyens appropriés, une mobilisation d'acteurs et d'institutions pour l'obtention d'objectifs plus ou moins définis (ibid.). Elle ne se résume pas à l'exécution passive de décisions prises ailleurs. La mise sous tutelle des programmes sociaux et la standardisation des politiques économiques (libérales) nationales – ajustements et lutte contre la pauvreté – réduisent la décision politique à une décision experte, consensuelle et appropriée. D'ailleurs, le vocabulaire mobilisé gomme la nature conflictuelle de la décision politique : il est question de synergie, d'harmonisation et de participation. Quant aux trois autres dimensions, un programme, des méthodes et des moyens, elles font appel, sur le plan local, à l'ingénierie du « projet aidé » dont on connaît les limites en termes d'apprentissage et d'intégration. » (Piveteau, 2005, p.19).

Cette section illustre, dans le contexte sénégalais, les dynamiques déjà observées dans les analyses sur la réforme néolibérale des politiques de santé » (Chapitre 5). La décentralisation imposée par les PAS a affaibli les capacités de l'Etat et a reporté la gestion de « l'ajustement » des politiques sociales vers le niveau local.

c) Une mise en concurrence qui fragmente les dynamiques locales

Les collectivités locales sont amenées à mettre en œuvre des politiques publiques principalement élaborées au niveau national sous l'influence d'acteurs extérieurs, en premier lieu la BM.

Dans ce contexte, la fragmentation des projets au niveau local entraîne une mise en concurrence des opérateurs locaux pour l'accès aux ressources, qui limite la coordination et renforce l'influence des partenaires extérieurs. Comme le souligne Piveteau, notamment sur la base d'études et enquêtes réalisées dans la région de St Louis :

« La décentralisation met en relation des porteurs de projets hétérogènes. Elle accentue la compétition entre acteurs économiques, entre organisations représentatives mais aussi entre services et organismes publics. La capacité financière des projets et des programmes peut sembler sans commune mesure avec celle des institutions publiques locales. Elle pousse au cloisonnement entre les organismes en charge du développement local, favorise les situations d'assymétrie et les comportements opportunistes. Tout cela n'est pas nouveau, mais les lois de décentralisation pourraient bien renforcer le pouvoir des différents opérateurs extérieurs en leur donnant la possibilité de traiter directement avec un des trois niveaux de collectivités territoriales. Plutôt que de favoriser la construction d'une territorialité, la décentralisation produirait à l'échelle locale davantage de discontinuité en laissant les mains libres aux très nombreux projets... davantage « d'exterritorialité » que de « proximité ». (Piveteau, 2005, p.20)

Cette analyse montre que dans le cas du Sénégal, la dynamique attendue du processus de décentralisation, à savoir une réorientation de l'action publique vers des dynamiques territoriales, a conduit au résultat opposé : un pilotage centré sur les projets qui renforce le pouvoir des financeurs extérieurs.

d) Un approfondissement de la décentralisation

L'analyse qualitative du processus de décentralisation au Sénégal réalisée par Piveteau (2005) montre également comment les DSRP ont permis un processus de traduction facilitant le ralliement des principaux partenaires aux stratégies de développement promues par les IBW.

Alors que les Cadres Stratégiques pour la Réduction de la Pauvreté ont été initialement conçus en 1998 par la BM pour répondre aux critiques de l'ajustement en intégrant des objectifs de lutte contre la pauvreté, les DSRP ont ensuite constitué pour chaque pays le cadre de références des politiques publiques en faveur des OMD.

Toutefois les DSRP ne se cantonnent pas à un rôle de coordination, mais constituent des objets actants qui promeuvent une approche technique (économique) du développement conçu par la BM et fondés sur les principes néolibéraux.

Le cas de la décentralisation au Sénégal montre tout d'abord qu'en renforçant le pouvoir des financeurs extérieurs publics, privés et associatifs dans la formulation et la gestion des projets

de développement, la décentralisation constitue également un dispositif d'intéressement qui facilite leur enrôlement. Ce dispositif a ainsi facilité l'adoption du DSRP par l'ensemble des acteurs financiers du champ de l'APD, qui ont vu leur pouvoir renforcé au détriment des acteurs sénégalais nationaux et locaux.

Par la suite, l'exemple montre que l'intégration des stratégies sectorielles nationales a réhabilité les gouvernements bénéficiaires (niveau central) dans leur rôle de pilotage de la mise en œuvre des politiques publiques, ce qui constitue également un système d'intéressement du gouvernement central en faveur des approches gestionnaires promues par les IBW.

La matérialité des DSRP, rappelée dans l'appellation « Document », souligne leur nature contractuelle, conduisant les gouvernements à ne pas remettre en cause leurs politiques publiques suite aux élections, de peur d'être sanctionnés sur le marché de l'aide (Raffinot, 2007). Cette « mise en boîte noire » du principe de décentralisation dans les DSRP renforce ainsi sa dimension normative, ce qui favorise ensuite son institutionnalisation et sa diffusion dans le champ de l'APD.

Dans le cas sénégalais, malgré les limites rencontrées qui seront soulevées lors des « premières assises de la décentralisation au Sénégal » organisée par le Ministère de la décentralisation, le processus restera considéré par les acteurs du champ comme naturellement générateur d'efficacité, les dysfonctionnements étant attribués aux limitations de sa mise en œuvre (Rapport général des premières assises de la décentralisation au Sénégal, Ministère de la décentralisation et des collectivités locales³⁷ (2007, p.10).

En 2012, la victoire de Macky Sall à la présidence de la République intervient après plusieurs années de profondes crises de gouvernance entre les bailleurs de fonds et le précédent Président Abdoulaye Wade, qui tentait d'imposer son fils comme successeur (Diop, 2013).

La nouvelle présidence reçoit alors le soutien des bailleurs de fonds, dont elle a besoin pour relancer l'investissement suite à une période marquée par une crise économique et une crise politique. Dans ce contexte, le renforcement de la décentralisation apparaît comme un chantier prioritaire pour les bailleurs de fonds qui avait été partiellement et temporairement remis en cause par le précédent régime.

Le gouvernement lance donc dès 2013 « l'Acte de 3 de la décentralisation », programme présenté comme l'approfondissement d'un processus historique structuré par deux réformes fondatrices : 1972 (Acte 1) et 1996 (Acte 2).

Alors qu'aucune étude indépendante de l'ACTE 2 n'a été réalisée d'après ses opposants (Sarr, 2015), le site du gouvernement justifie l'acte 3 par sa nature historique et par la nécessité de corriger ses déficiences.

³⁷ www.sendeveloppementlocal.com/file/33080/

Encadré 4, **Limites du processus de décentralisation selon le gouvernement du Sénégal**

Limites du processus de décentralisation selon le gouvernement du Sénégal.

« A la pratique, cette politique de décentralisation au Sénégal, en particulier entre 1972 et 2012, a permis d'engranger des avancées administratives et institutionnelles indéniables. Mais beaucoup de limites pèsent encore sur sa mise en œuvre. Il s'agit notamment de :

- Des faiblesses objectives du cadre institutionnel et organisationnel de la décentralisation pour la promotion du développement territorial ;
- La faiblesse de la politique d'aménagement du territoire limitée par une architecture territoriale rigide ;
- Du manque de viabilité des collectivités locales et de valorisation des potentialités de développement de ces territoires ;
- La faiblesse de la gouvernance locale accentuée par une multitude d'acteurs avec des préoccupations parfois différentes ;
- La faiblesse de la coproduction des acteurs du développement territorial qui induit fortement l'inefficacité des interventions ;
- L'incohérence et l'inefficience des mécanismes de financement du développement local accentuées par l'insuffisance des moyens.

Le contexte et la faiblesse de ces politiques et stratégies de développement appliquées jusque là, entraînent la nécessité d'initier des alternatives susceptibles de corriger les déficiences et de réaliser des progrès significatifs à l'échelle nationale et un développement local harmonieux et durable ».

(Source : présentation de l'Acte III de la décentralisation, site internet du gouvernement du Sénégal³⁸)

Alors que la décentralisation apparaît victime de ses propres limites, les objectifs poursuivis soulignent l'ampleur de la réorientation nécessaire :

« Spécifiquement les objectifs poursuivis sont :

- construire une cohérence territoriale par une réorganisation de l'espace et l'émergence de pôles de développement ;
- assurer la lisibilité des échelles de gouvernance territoriale en clarifiant les relations entre les acteurs et en articulant les compétences à transférer aux ressources techniques, financières et humaines ;
- améliorer les mécanismes de financement du développement territorial et de la gouvernance budgétaire pour un véritable développement économique et social de nos territoires » (présentation de l'Acte III de la décentralisation, site internet du gouvernement du Sénégal)

Suivants ces objectifs, la question institutionnelle est au cœur des difficultés de la décentralisation. Le manque de cohérence territoriale est associé à une mauvaise organisation de l'espace limitant le développement local. La concurrence entre acteurs est liée au transfert inadéquat des compétences et des ressources vers les acteurs responsables. La question des moyens doit être réglée par de nouveaux mécanismes de financement et gouvernance.

Encadré 5, **Les grandes réformes de l'Acte 3 de la décentralisation**

³⁸ <http://www.decentralisation.gouv.sn/?q=l%E2%80%99acte-iii-de-la-decentralisation> – consulté le 04/08/2017

Les grandes réformes de « l'Acte 3 de la décentralisation »

« • La communalisation intégrale :

Toutes les communautés rurales et les communes d'arrondissement seront érigées en communes, premier ordre de collectivité locale au Sénégal. Cette option répond à l'impératif d'une gestion de proximité des problèmes des populations et une participation des acteurs locaux à l'impulsion et à la mise en œuvre des stratégies de développement territorial (...);

• Le département, collectivité locale.

Le département est érigé en collectivité locale en même temps il reste circonscription administrative. Le découpage des départements au Sénégal recoupe, dans bien des cas, le tracé des anciens royaumes ou provinces. La recherche, d'un espace vécu comportant une homogénéité socio-culturelle et économique et un fort sentiment d'appartenance, justifie le désir de réinvestir le département afin d'en faire un vecteur pour une bonne politique de décentralisation.

• La suppression de la région, collectivité locale, et la création des pôles de développement économique

(...) La réorganisation territoriale doit répondre aux enjeux et objectifs de développement. L'organisation actuelle des régions, collectivités locales, présente des faiblesses du point de vue de leurs possibilités à vraiment se prendre en charge dans les domaines du développement économique et social. C'est ce qui justifie leur suppression. Il faut réorganiser le territoire en pôles de développement en fonction des réalités éco géographiques. Cela offre un cadre plus rationnel et cohérent de contrôle territorial et d'impulsion du développement économique car il repose sur les exigences d'aires territoriales homogènes au plan socioculturel, éco géographique et économique. ».

(Source : présentation de l'Acte III de la décentralisation, site internet du gouvernement du Sénégal)

Cette réforme est ainsi structurée en deux sous-réformes :

1/ Le remplacement des régions par des départements, qui offrirait une plus grande proximité et s'inscrirait dans des zones administratives pré-coloniales correspondant à « des espaces vécus comportant une homogénéité socio-culturelle et économique et un fort sentiment d'appartenance ».

2/ « La communalisation intégrale », qui renforce l'autonomie de gestion des communes, en termes de recrutement mais aussi de fiscalité locale, d'accès à l'emprunt, de partenariats directs avec les bailleurs de fonds et de réalisation de PPP.

Les régions avaient un rôle de coordination et de planification territorial qui faisait l'objet de nombreuses critiques des bailleurs de fonds. Leur suppression s'inscrit donc dans un projet néolibéral permettant de « libérer » les initiatives locales du centralisme bureaucratique régional.

La notion d'espaces précoloniaux homogènes sur le plan économique et social est alors couplée avec la notion de « Pôles de développement (...) établis en fonction des réalités éco géographiques ». Cette dernière renvoie dans le champ de l'APD à un modèle de développement territorial diffusé en Afrique par la BM, qui s'appuie sur les travaux de Michael

Porter (1990) sur « L'avantage concurrentiel des Nations ». Ce modèle est fondé sur la notion de grappes (« cluster »), au sein desquelles les interactions marchandes renforcent la compétitivité des acteurs qui la composent, ce qui facilite leur intégration dans l'économie globalisée. Dans ce modèle, le rôle des acteurs publics, qui n'a été étudié que dans un second temps par Porter, est limité aux financements d'infrastructures et de formations à même de faciliter les forces concurrentielles qui renforcent l'avantage compétitif de la « grappe ».

Au Sénégal, la notion « Pôle de développement » fondé sur la logique de grappe a été introduite à travers le programme national « Stratégie de Croissance Accélérée ». Financée par la BM et la BAFD, elle a principalement ciblé le développement de 5 grappes (agriculture et agrobusiness ; produit de la mer et aquaculture ; tourisme et industries culturelles ; textile et confection ; Technologies IC et téléseices ; élevage). Cette réappropriation historique d'un héritage économique et culturel pré-colonial au service d'un projet néolibéral apparaît ainsi très proche du modèle de développement rwandais (chapitre 5).

Le remplacement des régions par les départements met ainsi en avant une « libération » de l'état centralisateur associé au modèle colonial incarné par les régions, qui doit permettre aux échanges existants dans les territoires pré-coloniaux, c'est-à-dire un capital social entravé par l'Etat colonial puis centralisateur, de réémerger en se projetant dans l'économie libérale.

Cette réappropriation historique conduira ainsi le gouvernement à présenter l'Acte III de la décentralisation comme une « seconde indépendance » :

« C'est [l'Acte II de la décentralisation] une deuxième indépendance. Les patriotes de notre de pays ont eu le mérite de nous donner la souveraineté, mais elle n'est pas arrivée aux populations. Aujourd'hui, elle va être vécue, active, participative ». Malick Ndiaye, conseiller du président de la République (Sarr, 2015, p.15).

Le second point est le renforcement de l'autonomie de gestion des communes dans la fourniture des services de base, comme le soulignait le Ministre de l'aménagement du territoire et des collectivités locales, M. Oumar Youm, lors d'une interview dans les cahiers de l'alternance (Sarr, 2015, p.17) :

« (...) j'ai voulu mettre l'accent sur cette trouvaille du président de la République de procéder à la communalisation intégrale en transformant les communautés rurales en communes en les dotant d'un statut plus attractif, de la possibilité de recruter du personnel, d'avoir beaucoup plus de flux financier, de bénéficier plus avec le partenariat public/privé, de l'emprunt, de sources innovantes de financement, mais aussi en pouvant faire face aux principes et aux politiques d'aménagement du territoire de manière correcte. C'est une deuxième indépendance qui permet aux populations du monde rural d'avoir le réceptacle juridique, organisationnel, financier pour faire face aux demandes nombreuses des populations en termes d'éducation, de santé et beaucoup d'autres compétences »

Cet extrait présente également l'autonomie de gestion attribuée aux communes, qui peuvent désormais avoir accès à l'emprunt et au partenariat public privé, comme une « nouvelle indépendance » favorable à une gestion décentralisée des services de base qui serait par essence plus démocratique.

Les communes obtiennent ainsi une plus grande responsabilité dans le financement de services sociaux de base dont la demande est en forte croissance. En conséquence, l'absence de base fiscale dans les zones rurales ne peut que renforcer leur dépendance financière par rapport à l'Etat et aux acteurs extérieurs. Le recours à l'emprunt et aux PPP correspond par ailleurs à une vision économique néolibérale conceptualisant la santé et l'éducation comme investissement, qui va également favoriser l'entrée au niveau local d'opérateurs privés ou associatifs intervenant dans la fourniture de ces services. Ces réformes ouvrent ainsi la voie à la création de marchés concurrentiels locaux intégrant des opérateurs publics et privés pour la fourniture des services de santé.

3. La décentralisation dans le secteur de la santé

a) La décentralisation du système national de santé

Malgré l'absence d'évaluation du processus de décentralisation dans le secteur de la santé, l'ensemble des acteurs semble s'accorder sur le fait qu'elle n'a pas répondu aux attentes.

Dans un article paru en 2011 sur un site destiné au développement local au Sénégal³⁹, le Directeur de la Santé du Ministère, M. Oumar Faye, dresse un tableau sans complaisance du processus de décentralisation dans le secteur de la santé.

Il précise comment le mode de gestion local a été détourné à des fins politiques :

« dans de nombreux cas, les soucis du court terme l'ont emporté sur la rigueur théorique et l'éthique républicaine. En effet, l'efficacité, l'action prolongée et l'évaluation après la mise en forme des résolutions, (...) , ont été rarement prises en compte pour se voir préférer des interventions plus attrayantes pour les médias, et plus productives politiquement. »

Le transfert de responsabilité et de capacité financière aux collectivités n'a pas été en adéquation avec l'objectif initial :

« Il faut noter que les évolutions institutionnelles et juridiques n'ont pas sous-tendu une dévolution du pouvoir de décision aux collectivités locales. Le changement de paradigme attendu visant à faire des collectivités locales les actrices de l'identification et de la prise en charge des besoins de santé n'a pas été une réalité. On comprend donc que les besoins réels des collectivités locales en matière d'investissement et de fonctionnement n'aient pas été correctement pris en charge par les transferts concomitants de ressources financières. (...).

Des tensions entre les collectivités locales et les districts sanitaires sont à l'origine de dysfonctionnement des instances de gestion :

³⁹www.sendeveloppementlocal.com/Decentralisation-et-sante-enjeux-bilan-du-processus-et-evolutions-souhaitees_a3552.html

« Il existe (...) une certaine tension en ce qui concerne l'équilibre entre les districts et les collectivités locales. (...). Les rapports souvent difficiles entre ces deux parties prenantes du système au niveau local ont été entre autres, à l'origine des dysfonctionnements des organes de gestion. Les comités de gestion n'ont pas été installés dans la plupart des cas, et quand ils le sont, leur niveau de fonctionnalité est resté globalement faible. Il y a une absence souvent de transparence dans la gestion des finances par manque d'efficacité des mécanismes de contrôle mis en place et dans la réalité, les fonds de dotation sont directement gérés par les ordonnateurs de crédits. »

Il reconnaît enfin les dysfonctionnements dans la gestion des fonds de dotations versés par l'Etat aux collectivités, qu'il étend au budget consolidé d'investissement :

« (...) certaines collectivités locales ne libèrent pas la totalité des crédits alloués aux formations sanitaires sous leur tutelle. La réforme de la décentralisation de l'exécution du Budget Consolidé d'Investissement (BCI), qui est intervenue dans un contexte où le transfert de ressources devait s'accompagner de mécanismes financiers plus adaptés, n'a pas atteint ses objectifs. Il y a donc des problèmes non pas seulement des fonds de dotation mais aussi du BCI. ».

Comme dans le cas des analyses présentées sur la décentralisation des politiques de santé en Amérique Latine (Chapitre 6), les fonds transmis aux collectivités ont souvent été alloués inefficacement suivant d'autres priorités ; des problèmes de coordination entre les entités décentralisées ont impacté la production des soins, et l'inégalité d'accès aux soins entre zone rurale et zone urbaine a augmenté.

Par ailleurs, dans un article de blog publié en juin 2015 sur le site d'information Mediapart, le Dr Lamine LY⁴⁰ souligne le risque de désorganisation du système national de santé que pose l'acte III de la décentralisation :

« Tous les experts avertis des questions de décentralisation sont unanimes à reconnaître l'échec du processus de transfert de la compétence Santé et Action Sociale aux Collectivités Locales. Le drame est que, malgré les mises en garde des professionnels de la santé publique, les pouvoirs publics persistent dans l'erreur et refusent de repenser cette problématique du transfert de la compétence Santé et Action sociale aux collectivités locales. C'est ainsi que le nouveau régime du président Macky Sall, sans prendre la peine d'évaluer les réformes de 1996, a mis en chantier la réforme de l'acte III. »

Au-delà des éléments déjà soulignés par le Directeur de la Santé, le Dr Ly (médecin chef de district), souligne également le manque d'appropriation du Plan National de Développement Sanitaire par les élus locaux, conduisant à une focalisation des actions en faveur des établissements de santé, au détriment de la collaboration avec les districts sanitaires qui sont notamment en charge des questions de prévention, de multisectorialité et de l'action sociale :

« on note encore une absence de coordination entre autorités locales et celles du district, les représentants des collectivités locales assistant rarement aux réunions de

⁴⁰ <https://blogs.mediapart.fr/mohamed-lamine-ly/blog/230614/senegal-lacte-3-risque-de-desorganiser-le-systeme-de-sante>

planification des districts, pour discuter de l'évolution de l'offre de services, de la carte sanitaire ...etc. Les élus locaux semblent plutôt privilégier les opérations spectaculaires de marketing politique: construction de centres de santé (le plus souvent, sans concertation avec les autorités sanitaires); consultations gratuites; dépistage de maladies transmissibles et non transmissibles; création d'unités de dialyse, autant d'activités ficelées, le plus souvent, avec des partenaires étrangers ou consultants nationaux évoluant dans le secteur privé, en lieu et place d'actions de prévention durables élaborées avec les districts sanitaires ». (Dr Lamine Ly, article blog médiapart, 2014).

Suivant cette analyse, la décentralisation entrainerait une focalisation vers les soins curatifs permettant un affichage politique et pouvant être valorisés par des indicateurs de performance à court terme, au détriment de politiques de prévention plus complexes et qualitatives.

Au-delà du processus de diffusion institutionnel de la décentralisation, l'affaiblissement des cadres de coordination que constitue les districts conduit à une performance des systèmes de santé en favorisant les activités curatives au détriment des activités préventives. Cette performance favorise ainsi les acteurs globaux de l'industrie pharmaceutique au détriment de la population rurale sénégalaise, performance qui rejoint la tendance soulignée au niveau global par Kereouedan (2013) dans le cadre du débat sur l'élaboration des ODD.

b) La décentralisation de la gestion hospitalière

Une étude de la BM (Lemiere & al, 2012) « A tale of excessive hospital autonomy », dresse un bilan de la réforme hospitalière réalisée en 1998.

Au milieu des années 1990, les hôpitaux au Sénégal sont très peu fréquentés, ce qui s'explique, suivant cette étude, par un personnel inadapté, des budgets stagnants depuis l'indépendance et un manque d'autonomie juridique et managériale.

A cette même période, suivant le modèle proposé par la BM dans le WDR (1993), les PAS encouragent les processus de décentralisation et de privatisation des systèmes de santé. Parallèlement aux lois sur la décentralisation, deux études seront menées au Sénégal en 1996 (Balique, 1996 ; Bettiga, 1996), pour préparer une réforme hospitalière qui sera mise en œuvre en 1998. Cette dernière vise à renforcer l'autonomie de gestion des hôpitaux par la création d'une personnalité juridique, la création d'un conseil d'administration dirigé par le président du conseil régional, l'instauration de règles de budgétisation et de gestion financière proche du secteur privé, et l'ouverture du droit à la tarification des prestations de santé. Au départ totalement libre, des tarifs planchés et plafonds ont ensuite été imposés en 2006.

L'étude analyse l'évolution de l'activité des hôpitaux entre 2000 et 2009 sur les dimensions d'efficacité, de qualité, d'efficience et d'équité. L'efficacité a fortement augmenté sous l'effet de la croissance des consultations ambulatoires (23% par an), ce qui témoignerait également d'une amélioration de la qualité. L'égalité a fortement chuté, les 51% de la population sénégalaise considérée comme pauvre représentent 3% des patients hospitaliers. L'efficience est restée très faible malgré un léger rebond après 2008.

Selon l'étude, les hôpitaux totalisaient en 2010 une dette proche de 45 millions USD et sont en situation de faillite principalement à cause des éléments détaillées ci-après :

- a) Une croissance des salaires plus rapide que celle des revenus, sous l'effet (i) d'un recrutement massif décorrélé de la production et (ii) d'une augmentation des salaires moyens, en particulier suite à la création de bonus.
- b) Le sous financement de programmes de gratuité créés par le gouvernement, comme le plan Sesame pour les personnes âgées.

Le PNFBR s'intéressant également aux questions de contractualisation, rémunération et incitation du personnel mais dans des structures de tailles plus réduites, il paraît essentiel de préciser les deux raisons essentielles de cette croissance des salaires.

La première raison est le recrutement de personnels « volontaires » ou « stagiaires » lors de la phase de mise en œuvre de la réforme, qui répond à une régularisation de personnel n'ayant pas de contrat et bénéficiant d'une rémunération plus proche de l'indemnité.

« First, during the implementation of the reform (1999–2001), most hospitals “regularized” some of their staff, especially volunteers or interns. These categories of staff were usually paid a very low monthly salary of around 10K to 20K FCFA by the health committees and legally had no contract with hospitals. Under intense pressures from local politicians and union leaders (sometimes with physical violence), the hospital directors regularized these staff members, that is to say, they were offered a contract with, inevitably, a very significant increase in their pay (often around 60K FCFA per month). Only a few hospitals were able to resist this pressure (for instance, the regional hospital of Thies). For many others, the corresponding increase in workforce has often been massive. For example, for the hospital Le Dantec, these recruitments corresponded to about 400 people, which resulted in the doubling of the existing workforce». (Lemiere et al, 2012, p.28).

Il apparaît nécessaire de mettre en perspective ce phénomène, car il témoigne d'une réalité de fonctionnement avant la réforme qui n'a pas été pris en compte dans cette étude de la BM. En effet, le contexte d'une crise sociale et budgétaire explique en partie le fait que des centaines de personnes aient pu travailler dans les hôpitaux comme « volontaire » ou « stagiaire » moyennant une indemnité comprise entre 15 et 30 euros, qui restait bien inférieure au salaire minimum en vigueur à l'époque au Sénégal.

Tout d'abord le principe d'une « régularisation sous la pression des élus locaux et des syndicats » indique qu'il s'agit de personnel travaillant effectivement à l'hôpital avant la réforme. Il s'agit donc d'emplois informels qui ont été utilisés par l'hôpital pour réaliser des travaux effectifs, dans un contexte alors marqué par des crédits limités et un manque de main d'œuvre qualifiée.

Le recours à des emplois informels peu rémunérés en compensation de personnels qualifiés, que l'Etat n'était pas en mesure de former, répondait directement au contexte de crise en partie généré par les PAS. Dans le cadre d'une réforme destinée à autonomiser et à

professionaliser les hôpitaux, la question de la régularisation du personnel existant était donc légitime.

De plus il s'agit en partie de « volontaires », ce qui implique qu'une part de leur motivation était de servir la communauté en participant à la production d'un bien commun, alors distribué gratuitement. Dans le cadre d'une réforme destinée à la « marketisation » des hôpitaux intégrant une tarification des soins, il pouvait sembler naturel que la logique de marché s'applique également au niveau de la gestion ressources humaines, en proposant à ces volontaires un contrat au prix du marché (ou du salaire minimum).

Enfin l'exemple de l'hôpital le Dantec montre que le taux de personnel informel actif dans l'hôpital peut atteindre 50%, ce qui témoigne également de leur capacité de négociation. Il est ainsi probable que l'utilisation de personnel informel était alors plus limitée à l'hôpital de Thies qui a refusé la « régularisation », qu'à celui de Le Dantec.

Le problème central ne vient donc pas de la faible capacité du management à résister à des pressions politiciennes, mais de l'absence de prise en compte de la réalité économique et sociale dans laquelle la réforme est intervenue, qui devait conduire à la création de mesures d'accompagnement spécifiques lors de la réforme d'autonomisation des hôpitaux (réorganisation, plan de départs et de formation, etc.).

Cette absence d'accompagnement du processus de réforme a dès lors généré des dysfonctionnements qui sont aujourd'hui toujours visibles au sein de l'organisation, à travers une forte proportion de personnel clinique non qualifié et de personnel administratif et logistique :

« In addition, these personnel were often unskilled, which did little to improve hospitals efficiency. For example, at HALD, 61 percent of so-called "clinical" staff are not qualified, not to mention the administrative and logistical staff. Many hospitals now have a workforce structure heavily biased in favor of administrative and logistic staff. For example, at Hogg Hospital, the share of nonclinical jobs (clerical, technical, and logistical) is now 34 percent, while a "norm" (such as in French hospitals) would be less than 22 percent » (Lemiere et al, 2012, p.28).

Dès lors, il est probable qu'une réforme visant à l'autonomisation des structures de santé plus petite, à travers le FBR, se heurte à des questions similaires relatives à la structure du personnel.

A l'issue de cette régularisation, l'étude souligne également la pertinence du recrutement progressif de personnel qualifié (médecin, physicien) ayant permis l'augmentation de l'activité, même si la répartition géographique reste problématique pour certaines professions comme les infirmières.

La seconde raison est l'augmentation des salaires en particulier sous la forme de bonus :

"To attract or retain staff, hospitals have massively created or increased bonuses, without ensuring before hand that these decisions would not jeopardize their financial

situation. Today, more than 67 percent of staff costs are devoted to bonuses and allowances.” (Lemiere et al, 2012)

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette augmentation salariale. La première est la difficulté d’attirer et de retenir du personnel qualifié dans les hôpitaux publics face à la concurrence du privé encouragé par la libéralisation du secteur. En effet, comme le souligne Ventelou & al (2013), l’investissement international associé à la Global Health a généré une « crise des ressources humaines dans les systèmes publics de santé », contraignant les pays d’Afrique à consentir de fortes améliorations salariales.

De plus, l’étude mentionne l’existence d’une prime de risque accordée aux fonctionnaires du MSAS à partir de 2004 et 2005, à laquelle le personnel en contrat direct avec l’hôpital n’est pas éligible. Un statut spécial pour les personnels hospitaliers a ensuite fait l’objet d’un accord avec les syndicats en 2005 et 2008, mais n’a jamais été mise en œuvre. Face aux fortes tensions générées par cette situation, le ministère a octroyé aux hôpitaux la possibilité de distribuer à leurs personnels « une prime d’intéressement » pouvant aller jusqu’à 25% du CA. L’étude mentionne les cas de St Louis et Le Dantec qui ont choisi de reverser une prime du montant plafond de 25%, et indique que cette prime est souvent décorrélée de la réalité des résultats, parfois même garantie sur la base des prévisions.

Lors de notre entretien avec le directeur d’un hôpital de Dakar en décembre 2014, celui-ci nous a expliqué que l’hôpital versait « une prime d’intéressement » représentant 20% du CA, et qu’à son arrivée il avait réussi à imposer qu’elle ne soit versée que si le CA dépassait 80% du CA prévisionnel. Dans cet hôpital, cette prime était répartie à part égale entre les différents employés de l’hôpital pour favoriser les bas salaires, ce qui n’est pas le cas dans tous les hôpitaux. Elle était également versée aux fonctionnaires percevant déjà les primes dédiées aux fonctionnaires d’Etat.

De plus, la difficulté de retenir les personnels qualifiés est renforcée pour les hôpitaux localisés dans les provinces. Lors d’un entretien avec un directeur d’hôpital, ce dernier nous a expliqué qu’il avait dû partir 10 ans pour deux affectations en région, pendant que son épouse avait souhaité rester à Dakar avec leurs enfants. Cela posait donc des problèmes familiaux ainsi que des surcoûts liés à la charge d’un loyer supplémentaire.

Dans ce contexte, le gouvernement a par ailleurs laissé les médecins publics exercer parallèlement dans le privé pour compenser la faiblesse des salaires et le manque de capacité technique, accentuant l’attractivité de Dakar par rapport aux provinces. Comme le soulignait le directeur d’hôpital rencontré :

« Pour les médecins, donc bac plus 7 voir bac plus 12, ils se retrouvaient vraiment avec des salaires de misère, il n’y avait pas suffisamment de médecins, donc ils avaient le public pour recruter, ils avaient des malades dans le privé au détriment aussi du public, et l’Etat aussi a laissé faire parce que ne pouvant pas leur assurer un salaire décent, cela aussi c’est la réalité. Aujourd’hui vous avez une floraison de médecins à Dakar vous allez dans les régions il y a rien du tout. Il y a des régions qui n’ont même pas de gynécologue ». (entretien décembre 2014).

Ce point sera souligné par ailleurs par le représentant santé de la principale plateforme d'ONG au Sénégal (CONGAD), lors d'un entretien en février 2014 : « Le problème de l'offre [de soins] est lié au temps de travail dans le système de santé, car le personnel travaille souvent à mi-temps dans une clinique privée et oriente la demande solvable vers le privé (entretien février 2014).

La seconde cause d'augmentation de la dette hospitalière a été le sous financement des programmes de gratuité, en particulier le plan Sésame qui devait permettre de financer l'intégralité des frais de santé pour les plus de 60 ans. Etant largement sous-financé, il a généré une forte dette auprès des hopitaux ce qui a accentué leur crise de trésorerie.

Les auteurs soulignent également que les dotations publiques ont beaucoup augmenté pendant la période et ont été versées sans aucune corrélation avec la réalité de l'activité des hôpitaux, les structures de Dakar recevant proportionnellement une part plus importante que les hôpitaux dans les provinces. Cela signifie que les dotations ont été faites en fonction des situations de crise et/ou de la capacité de négociation politique des responsables d'établissements, ce qui renforce de fait ceux de la capitale par rapport aux régions. Cette conclusion correspond d'ailleurs aux résultats de l'évaluation des processus de réforme des systèmes de santé réalisée en Amérique Latine (chapitre 5)

En s'appuyant sur le cadre d'analyse de Preker & Harding (2003a) qui encourage le basculement vers régulation des soins de santé par le marché (chapitre 4), les auteurs (Lemière et al 2012) analysent les trois éléments nécessaires à la réalisation d'une réforme hospitalière : un mécanisme de redevabilité (« accountability mechanism »), un espace de décision (« decision space »), et la capacité managériale (« management capacity ») pour prendre les décisions.

Selon les conclusions de Lemière et al (2012), le principal problème générateur de cet endettement est l'absence de système d'accountability dans la mise en œuvre de la réforme, qui a offert aux hôpitaux une autonomie correspondante à une véritable « privatisation » sans lui associer de dispositif de contrôle.

Initialement la réforme prévoyait la réalisation d'un plan hospitalier national qui devait ensuite être décliné par hopital, mais ce dernier n'a pas été réalisé. Pour les auteurs, l'absence de concrétisation de ce mécanisme d'accountability fondé sur une planification nationale a conduit les hopitaux vers le second type de mécanisme d'accountability existant, le modèle fondé sur le marché.

Les auteurs précisent alors les conditions de succès de ce mécanisme en faveur de l'efficacité :

« In this approach, health demand is viewed as an adequate signal to hospitals for deciding which service to provide. This approach requires (i) a risk pooling system for covering most of the population for hospital care and (ii) a hospital payment system where hospitals are paid according to their production (usually a DRG — Diagnosis Related Group system). In addition, the hospital boards will be controlled by

representatives of the neighboring community (that is, local politicians or patients)". (Lemiere & al, 2012, p.26)

Or, les hôpitaux n'ont aucun système de paiement à l'acte, les dotations étant même données de façon déconnectée de l'activité. De plus, les auteurs soulignent que le transfert de la direction des Conseils d'administration aux présidents des Conseils régionaux n'a pas généré d'appropriation au niveau local, certains conseils régionaux ayant même réorienté les dotations vers d'autres usages.

Les auteurs soulignent ensuite les mécanismes d'accountability permettant d'améliorer l'efficience :

« For fostering hospital efficiency, the range of possible AMs is quite wide. One can cite (i) a hospital payment system based on average unit costs, such as DRGs (yardstick competition), (ii) an annual ranking of hospitals according to their productivity, (iii) a subsidy for rewarding the most productive hospitals, or (iv) a negative residual claimant assigned to hospitals (that is to say, a system where hospitals have a responsibility to cover their own financial deficits). (Lemiere & al, 2012, p.27)

Or, comme souligné précédemment il n'existe pas de système de paiement l'acte, ni de classement des hôpitaux en fonction de l'efficacité. De plus l'Etat s'est porté garant des faillites qui se sont produites, ce qui revient selon les auteurs à une incitation à conserver les ressources pour les distribuer aux personnels, tout en laissant l'Etat payer les dettes auprès des fournisseurs

En conclusion les auteurs préconisent, (i) au niveau institutionnel la création d'une structure autonome en charge du contrôle des hopitaux et la mise en place d'un mécanisme d'accountability, et (ii) au niveau opérationnel la mise en place de plans de restructuration et le renforcement des compétences en gestion financière. Leurs propositions pour accompagner les réformes s'appuient sur le cadre d'interprétation et les recommandations du manuel de la BM (Preker & Harding, 2003). Elles intègrent donc un renforcement du contrôle par le niveau central, pour accompagner ensuite progressivement le passage vers un système d'accountability fondé sur le marché.

L'exemple de la réforme hospitalière nous semble particulièrement pertinent, car comme dans le cas de la décentralisation, l'autonomie de gestion accordée aux établissements a été réalisée de façon idéologique. Suivant la logique des réformes néolibérales associées aux PAS comme les privatisations et la décentralisation, l'autonomisation des hôpitaux constituait une réforme bénéfique « en soi », devant permettre de libérer une énergie bloquée par la centralisation bureaucratique.

Cette réforme a globalement abouti aux mêmes résultats que ceux mis en avant par l'évaluation des réformes néolibérales des politiques de santé réalisées en Amérique Latine (chapitre 6 ; Homedes et Ugalde, 2005) : la faillite des hôpitaux.

Pour répondre à ces échecs dans la mise en œuvre des réformes, la BM a réalisé une étude proposant aux acteurs impliqués dans les processus de « *marketisation* » des hôpitaux un cadre d'interprétation économique permettant d'analyser et d'accompagner la mise en œuvre de ces réformes (Preker & Harding, 2003a). Le titre d'une publication des mêmes auteurs réalisée la même année pour la Fédération internationale des hôpitaux résume cet objectif : « *The economics of hospital reform : from hierarchical to market-based incentive* » (Preker & Harding, 2003b).

Dix ans après la mise en œuvre de la réforme hospitalière, actant la faillite de la réforme des hôpitaux au Sénégal, l'acteur en charge du secteur santé de la BM réalise ainsi une étude fondée sur ce cadre d'analyse. Pour la BM, l'échec de la réforme initiale est donc lié à une adoption cérémonielle, car la réforme n'a pas permis le basculement d'un modèle de redevabilité hiérarchique vers un modèle de redevabilité par le marché. Elle propose donc, suivant des connaissances théoriques élaborées au niveau de son département de recherche, une reprise de contrôle des hôpitaux par une agence indépendante d'une part, puis la mise en place d'approches gestionnaires permettant d'accompagner le processus de « *marketisation* ». L'étude ayant permis à son principal auteur de légitimer la mise en place de contrats de performance dans les hôpitaux, qui ont été implémentés comme conditionnalité du programme d'aide budgétaire de la BM au gouvernement du Sénégal, son objectif est l'utilisation d'une approche gestionnaire afin d'internaliser les changements de pratiques associés au basculement vers le modèle de la « *short route of accountability* » dans les hôpitaux.

Il est également intéressant de noter qu'un dysfonctionnement majeur identifié par l'étude n'apparaît pas dans l'analyse des solutions à mettre en œuvre et peut constituer un biais idéologique: la réforme a entraîné une surprescription des actes les plus rentables. A titre d'exemple le taux d'accouchement par césarienne, évalué comme très rentable par les auteurs, passe de 12% en 2000 à 26% en 2006, le taux recommandé par l'OMS étant entre 5 et 15% selon l'étude. Or ce processus démontre que le recours au modèle de régulation par le marché conduit à une performance des systèmes de santé au bénéfice des activités curatives les plus rentables, et au détriment de l'intérêt des populations.

Par ailleurs, les problématiques de contractualisation et de gestion des ressources humaines apportent un éclairage déterminant pour l'analyse du programme FBR.

4. La politique de contractualisation du MSAS

L'autonomie des hôpitaux et des centres et postes de santé a entraîné une démultiplication des acteurs juridiques impliqués dans les politiques de santé au niveau local.

Cette dernière est renforcée par l'arrivée de nouveaux acteurs issus de la société civile (ONG et organisations communautaires de base), mais aussi par la récente arrivée d'acteurs privés financés par des partenaires extérieurs.

Le document « Politique de contractualisation du secteur de la santé au Sénégal » présente ainsi le « Contexte général de son élaboration » :

« Dès le début des années 90, le Conseil Economique et Social du Sénégal avait recommandé « l'implication du secteur privé dans la gestion des infrastructures de base et des services sociaux » jetant ainsi les bases d'un recours à la contractualisation.

L'approfondissement de la décentralisation par des textes réglementaires a modifié considérablement le contexte d'intervention du Ministère de la Santé. La loi 96-07 du 22 mars 1996 a consacré le transfert de certaines compétences de santé aux Collectivités locales.

La réforme hospitalière, en consacrant l'autonomie des Etablissements Publics de Santé (EPS), constitue une opportunité dans la perspective de la contractualisation, jusque là peu utilisée.

Devant la multitude et la diversité des acteurs que sont l'État, les Collectivités Locales, les Établissements Publics de Santé, les Comités de santé, les Mutuelles de santé, les ONG, les Organisations Communautaires de Base (OCB) entre autres et devant le nombre important d'expériences de contractualisation, on a assisté à la naissance d'un partenariat mutuellement bénéfique et à la prise d'initiatives offrant plus d'opportunités ».

(Politique de contractualisation du secteur de la santé au Sénégal, 2004, p.4)

Alors que le PNDS répond à une logique de contractualisation avec les partenaires extérieurs dans le cadre de l'approche sectorielle au niveau national, la multiplication des acteurs au niveau local conduit également à la création d'un nouveau cadre de régulation fondé sur le contrat. La logique contractuelle, caractérisée par la règle de droit et permettant l'usage des incitations économiques, constitue dès lors le nouveau cadre d'intervention de ces différents acteurs au niveau local. Comme le précise la stratégie nationale présentée dans l'encadré 6.

Encadré 6, **Présentation de la politique de contractualisation du MSAS (extrait)**

Présentation de la politique de contractualisation du MSAS (extrait)

« En adoptant la stratégie de « l'approche sectorielle », le PNDS met l'accent sur la nécessaire implication de tous les acteurs dans la mise en œuvre de la politique de santé. La contractualisation est alors reconnue comme un des outils privilégiés de cette implication de tous les acteurs.(...). C'est ainsi que se développent certaines expériences dont on peut ici rappeler les principales :

La contractualisation avec les ONG/OCB s'inscrit dans la logique du développement du partenariat "Public - privé". Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, le Ministère de la Santé et certains partenaires au développement procèdent à la signature de plusieurs arrangements contractuels avec des ONG.

La maîtrise d'ouvrage déléguée (MOD) : traditionnellement, le Ministère de la Santé a longtemps été son propre maître d'ouvrage dans la mise en œuvre des projets de génie civil et d'équipements. Pourtant, afin de bénéficier de l'expertise technique des entreprises spécialisées dans la maîtrise d'ouvrage, le Ministère de la Santé a expérimenté la technique de la MOD ».

Les mutuelles de santé, qui se développent assez sensiblement actuellement au Sénégal, ressentent la nécessité d'établir des relations contractuelles avec les prestataires de services de santé afin de définir les services couverts, les tarifs à appliquer, les modes de paiement, les incitations accordées et la garantie pour des soins de qualité.

Le Ministère de la Santé a fait recours aux personnels contractuels pour faire face à la pénurie de personnel au niveau périphérique ayant occasionné la fermeture de plusieurs postes de santé ruraux.

En plus de ces domaines précités, il convient de signaler l'existence d'expériences pour le moment limitées en matière d'achat de services par les Établissements Publics de Santé à des laboratoires privés ou à des structures privées d'imagerie médicale. »

Source : Politique de contractualisation du secteur de la santé au Sénégal, 2004, p.9

Les principaux types de contractualisation sont ainsi l'acquisition de services de santé auprès d'ONG ou d'opérateurs privés, le recours au personnel contractuel, et la délégation de maîtrise d'ouvrage aux collectivités ou agences publiques, et l'acquisition de services de santé par les mutuelles auprès des prestataires de soins, qui matérialisent la logique de marché du modèle de la « short route of accountability ».

Par ailleurs, le document précise le rôle des partenaires au développement dans la conceptualisation, l'expérimentation et la diffusion du principe de contractualisation au Sénégal, ainsi que son inscription dans une logique de management par les résultats :

« Il convient enfin de souligner l'intérêt de nombreux partenaires au développement pour la contractualisation. Il faut d'ailleurs reconnaître que de nombreuses expériences n'auraient pas vu le jour sans leur impulsion. Celle-ci s'est matérialisée par les moyens financiers qu'ils ont accordés à ces expériences ; mais au-delà ils ont contribué à vulgariser le concept de contractualisation au travers de formations, de réunions de plaidoyer et de sensibilisation, d'évaluation d'expériences et d'information en provenance d'autres pays. En outre, la contractualisation devient également un moyen pour reconsidérer la relation des partenaires au développement avec leurs interlocuteurs en la fondant sur l'atteinte de résultats et non plus seulement sur la disponibilité des moyens. » (Politique de contractualisation du secteur de la santé au Sénégal, 2004, p.9)

En termes d'expérimentation de la contractualisation, le document, comme le site internet de l'OMS consacré à la rubrique « Enabling environment »⁴¹, mettent en avant l'exemple d'un projet régional (projet Sine Saloum) financé par l'USAID dont la mise en œuvre a été confiée à des ONG.

La politique de contractualisation définit ainsi ses principes fondamentaux dans la perspective de favoriser la création d'un écosystème d'acteurs publics, de collectivités, d'ONG et d'acteurs privés, répondant à une logique de recherche d'efficience : «la contractualisation est un outil de la politique de santé qui doit contribuer à l'amélioration des performances du système de santé ».

Dans le processus d'économisation fondé sur les principes néolibéraux, la contractualisation correspond à la promotion de la règle de droit comme cadre de régulation du marché. Elle s'intègre dans la mise en place de politiques de santé fondées sur les principes néolibéraux, s'inscrivant sur une logique de performance obtenue par la mobilisation de la logique de marché comme mécanisme d'allocation, elle-même libérée dans le cadre d'une gouvernance multi-niveaux.

⁴¹ http://www.who.int/profiles_information/index.php/Senegal:Enabling_environment?lang=fr
(dernière consultation le 16/08/2017)

Sa mise en œuvre de façon volontariste par la MSAS a été influencée par certains partenaires extérieurs au travers « de formations, de réunions de plaidoyer et de sensibilisation, d'évaluation d'expériences et d'information en provenance d'autres pays », alors que l'ouverture au secteur privé s'appuie principalement sur l'expérimentation du Projet Sina Saloum financé par l'USAID et mis en œuvre par des ONG américaines contractualisées.

Conclusion section 2

Le premier point rappelle que la réintégration des politiques sociales dans les stratégies de lutte contre la pauvreté s'inscrit dans un mouvement d'économisation du politique fondé sur la théorie des choix publics. Le DSRP entraîne ainsi une réforme du champ institutionnel qui s'appuie sur une conception technique des politiques publiques et place la recherche d'efficacité au centre de ses objectifs.

Les politiques publiques étant dépolitisées et les principes néolibéraux comme la décentralisation des systèmes de santé étant institutionnalisés, le DSRP ouvre ensuite la voie aux approches gestionnaires fondées sur la théorie de l'agence. Dans un premier temps, la mise en œuvre de la budgétisation par programme s'inscrit dans ce nouveau paradigme de recherche d'efficacité au niveau national. L'allocation basée sur la performance (ou sélectivité) constituera alors le premier dispositif d'incitation (ex-ante) en faveur de sa mise en place.

Dans ce contexte, le processus de réforme associé à la décentralisation apparaît, pour les collectivités locales, proche de celui qu'ont connu les gouvernements suite aux ajustements structurels. Après avoir été positionnées dans des situations de gestion de crise sans disposer des ressources nécessaires pour les résoudre, les IBW actent la faillite de gestion des collectivités locales et imposent un renforcement des réformes néolibérales, mis en œuvre à travers des approches gestionnaires qui doivent permettre d'internaliser les changements de pratiques.

Toutefois l'arrivée de nouveaux opérateurs financiers, privés et associatifs, qui établiront des relations contractuelles directes avec les communes, risque de limiter la capacité des dispositifs de contrôle verticaux comme le FBR, conçus pour aligner l'intérêt des acteurs. Une nouvelle tension apparaît ainsi, entre une logique de contrôle en faveur des politiques nationales alignées sur les objectifs du DSRP, et une logique de création de marchés locaux ouverts aux acteurs globaux.

L'analyse de la création des départements permet également d'éclairer de nouvelles boucles de rétroaction entre les deux approches idéologique et théorique de la performativité.

Face à l'échec de la décentralisation qui est considérée comme une institution rationnelle dans le champ de l'APD, sont créés de nouveaux départements dont les fondements reprennent les connaissances théoriques développées par la BM. La notion « d'espace vécu comportant une homogénéité socio-culturelle et économique » s'appuie ainsi sur la notion de capital social devant permettre la valorisation des échanges commerciaux et du développement économique. La notion de « pôle de développement » s'inscrit dans les

modèles de développement économique récemment conçus et expérimentés par la BM sur la base des travaux de Michael Porter.

Cet exemple présente une boucle de rétroaction, dans laquelle un acteur puise de nouvelles connaissances théoriques élaborées par la BM (capital social, « clustering »), pour répondre à l'inéfficacité d'un mythe rationnel (la décentralisation) précédemment expérimenté et diffusé par la BM.

Dans une perspective plus historique de la performance des politiques de développement par le mouvement néolibéral, il est intéressant de noter que l'idée d'une « nouvelle indépendance » mise en avant par le gouvernement sénégalais renvoie à la vision libérale chrétienne des indépendances présentée par Rustow lors de la conférence de la MPS à St Moritz en 1957 (Chapitre 4), qui constitue la base de la conception néolibérale américaine des indépendances. Suivant cette conceptualisation, le néolibéralisme constitue l'instrument de la libération des peuples face à la colonisation, cette dernière étant conçue comme une faute morale. La « nouvelle indépendance » correspondrait donc à l'avènement de l'indépendance dans sa conception néolibérale, à l'issue d'un long processus de libération des instruments de planification au niveau national et régional.

En second point, l'exemple de la réforme hospitalière illustre également cette boucle de rétroaction. Elle a été faite en 1998 sur la base d'une foi dans les principes de décentralisation et d'autonomisation des structures de santé. Ces principes ont au départ été expérimentés en Amérique Latine sur la base de travaux théoriques, avant d'être ensuite diffusés par la BM et l'OMS sous forme de « package rationnel », ce qui entraîna un processus d'institutionnalisation au niveau global dans le champ de l'APD. Le gouvernement du Sénégal est ensuite incité à mettre en place ces principes, par diffusion isomorphique mais aussi afin d'optimiser son accès aux financements sur le marché de l'aide.

La mise en œuvre de cette réforme au niveau national entraîne dès lors une adoption partielle qui génère un processus de découplage, la gestion restant en grande partie réalisée à travers une négociation avec le pouvoir central sur la base de considérations politiques. La BM encourage alors « l'internalisation » de ce changement institutionnel à travers la mise en place d'instrument de gestion issu du NPM (marketisation, contrat d'objectifs) qui ont fait l'objet d'une théorisation par la BM.

Par ailleurs, le mécanisme d'accountability par le marché présenté par la BM dans le cadre des réformes hospitalières correspond exactement au projet de création de micromarchés promu par la BM dans le cadre du FBR. Le système assurantiel est structuré à travers les mutuelles communautaires, et le système de paiement à l'acte (le système DRG pour les hôpitaux), correspond au modèle de FBR promu par la BM.

Enfin le MSAS a mis en place, sous l'influence des partenaires extérieurs et suite à l'expérimentation d'achat de prestations de service de santé réalisée par l'USAID, une « politique de contractualisation dans le secteur de la santé au Sénégal ». Cette dernière répond à la logique de création d'un système fondé sur les principes néolibéraux : la règle de droit constitue le cadre relationnel entre les acteurs, les incitations doivent permettre

l'alignement des acteurs sur les objectifs globaux par des incitations, le recours au secteur privé doit être encouragé.

Cette politique constitue l'instrument nécessaire à la mise en place d'approches gestionnaires au sein du secteur de la santé, mais aussi à la création de marchés par l'établissement de relations contractuelles directement entre les mutuelles de santé et les structures de soins qu'elle encourage :

« Les systèmes d'assurance maladie, obligatoires ou facultatifs, sont encouragés à développer des relations contractuelles avec l'offre de soins, relations basées sur la négociation » (Politique de contractualisation du secteur de la santé au Sénégal, 2004, p.22)

Section 3 : Les approches inspirées du New Public Management

Le dispositif contractuel associé au DSRP et au PNDS conduit naturellement vers la mise en place d'approches gestionnaires issues de la théorie de l'agence.

De plus, l'adoption de grandes réformes associées la mobilisation des principes néolibéraux, comme la décentralisation et les privatisations (ou leur extension actuelle à travers les PPP) n'a pas conduit aux résultats escomptés en terme d'efficacité pour l'atteinte des OMD.. Pour les IBW, la principale explication est qu'elles n'ont pas été réellement mises en œuvre, mais ont généré des processus de découplage.

La mise en place ou le renforcement d'instruments de gestion constitue dès lors, pour les financeurs, un moyen pour contraindre les organisations à réellement mettre en œuvre les changements institutionnels escomptés (Chang, 2006), en favorisant leur internalisation au travers des instruments de gestion (Dambrin et al, 2007).

Au niveau central, deux dispositifs d'incitation basée sur la performance ont notamment été mis en œuvre dans le secteur de la santé : l'aide budgétaire de l'UE assortie de tranche variable et les contrats de performance dans les hôpitaux.

1. Le financement basé sur la performance des programmes d'aide budgétaire de la Commission Européenne

Le lancement de l'instrument d'AB de l'UE au Sénégal commence en 2000 lors de la préparation du 9^{ème} Fonds Européens de Développement (FED). A cette période, la CE souhaite faire de l'AB, assorti d'un dispositif de financement à la performance sous forme de tranches variables, un instrument central de son aide extérieure.

Pour mieux comprendre les enjeux associés au cas sénégalais, mais aussi replacer le positionnement de la CE dans l'architecture globale de l'aide, il est nécessaire de repreciser les éléments sous-jacents qui ont conduit à l'adoption d'une approche volontariste en faveur de l'instrument.

La CE a signé entre 1999 et 2001 ses premières conventions d'aide budgétaire assorties de tranches variables décaissables en fonction d'indicateurs de performance (Chapitre 2). Il s'agit alors pour la CE d'une « approche innovante de la conditionalité » permettant de répondre aux attaques extérieures sur l'inefficacité de l'aide.

Mais en interne, cette intégration d'une approche issue du New Public Management répond également à l'appropriation par la CE du concept de « Governance », qui sera exposé dans le livre blanc sur la réforme de l'UE « Européan Governance : a white paper » (CE, 2001).

Comme le présente Shore (2011) dans une analyse du concept de « Governance » pour la CE à travers le cadre de gouvernementalité de Foucault, la CE adopte à cette période un modèle de « gouvernance » très proche du concept de « good gouvernance » développée par la BM, tout en étant également largement influencée par les travaux d'auteurs ayant participé à la conceptualisation des réformes du New Labour, comme Gary Marks, Liestbet Hooghe et Rod Rhodes.

Cette vision s'appuie sur une vision néolibérale, alors proche de la culture interne de certaines entités de la CE marquée par l'ordolibéralisme allemand comme la DG Concurrence. Elle défend une conception élargie du modèle de « gouvernement », mettant en avant un modèle de gestion publique technique, décentralisée et ouverte aux acteurs privés et associatifs.

Elle propose ainsi un modèle de gouvernement multi-niveaux entre coalitions d'acteurs à même de renforcer son positionnement face aux Etats :

“The term ‘governance’ describes the process whereby elements in society (institutions and civil society) wield power and authority and influence and enact policies and decisions concerning public life and economic and social development. At the heart of the concept of governance is the construction of effective, accountable and legitimate governing arrangements within the diverse institutional setting of the public, private and voluntary sectors”. (Union Européenne, 2002 cité par Shore, 2011).

Cette proximité entre la CE, la BM et les réformes du New Labour au Royaume-Uni explique pourquoi la CE s'est globalement associée à la BM et au DFID dans la promotion d'un modèle de société néolibérale décentralisée, ouverte aux acteurs privés, associatifs, et favorable à une gestion publique s'appuyant sur les approches du NPM.

Parallèlement aux financements des secteurs sociaux, la CE financera ainsi depuis les années 2000, dans presque chaque pays d'Afrique subsaharienne, des programmes de réformes des finances publiques, d'appui à la décentralisation, et de renforcement des « organisations de la société civiles » ou des « acteurs non étatiques » (acteurs privés et associatifs).

Toutefois, malgré cette orientation néolibérale qui explique l'utilisation du financement basé sur la performance dans l'instrument d'aide budgétaire de l'UE, l'aide extérieure reste profondément marquée par sa culture redistributive depuis le lancement effectif du FED dans les années 1960. Suivant cette culture redistributive, la CE s'impliquait peu dans la mise en œuvre des programmes, ce qui explique son faible taux d'encadrement : 2,9 fonctionnaires

pour gérer 10 millions d'euros, contre 4 à 9 pour la BM et les organismes de coopération des états membres (CE, 2000).

De plus, suite à la démission de la Commission Santer pour mauvaise gestion (1999), l'aide extérieure de l'UE a été très attaquée, y compris en interne. Il lui était notamment reproché sa fragmentation en de multiples programmes gérés à Bruxelles de manière centralisée et selon des procédures distinctes, qui générerait d'importants délais de lancement de projets ainsi qu'une inefficacité dans la mise en place. (CE, 2000).

L'aide budgétaire assortie de tranches variables répond alors également aux problématiques internes de la réforme : (i) l'utilisation des systèmes nationaux des pays récipiendaires correspond à une culture redistributive marquée par de faibles ressources humaines, tout en s'inscrivant dans le besoin de renforcer l'appropriation, et (ii) l'intégration d'un système de financement basé sur la performance mobilise une institution du NPM répondant au besoin d'afficher un renforcement de la redevabilité.

Toutefois, l'alliance entre ces deux logiques reporte au sein de l'instrument l'opposition entre une philosophie redistributive qui ne s'intéresse pas à l'utilisation des fonds, et une logique développementaliste qui doit mesurer l'impact de ses investissements par la redevabilité. A titre d'exemple, l'allocation de l'aide de la CE est toujours principalement faite suivant un critère de besoin et donc de pauvreté, ce qui favorise les pays ayant de faibles capacités d'absorption et de faibles structures de redevabilité publique.

Pour Caffin et Zarlowski (2016), la mise en place par la CE d'une aide budgétaire assortie de tranche variable décaissable en fonction des résultats au Sénégal ne semble pas avoir eu d'impact en termes de changement de pratiques. La principale raison est que l'instrument a fait l'objet d'une adoption cérémonielle par la DG Développement de la CE, sans que le dispositif de soit véritablement conçu pour être effectif.

En effet le Sénégal est un PMA considéré comme un « bon élève » de l'aide et doté d'une administration compétente, ce qui justifie pour la CE une approche très volontariste en faveur de l'aide budgétaire. Dans un entretien d'enquête en 2012, la chargée du programme d'aide budgétaire de la DUE présentait ainsi la mise en œuvre historique de l'instrument et les principales difficultés rencontrées :

« L'appui budgétaire général a débuté dans la programmation du 9ème FED en 2000, dont le lancement s'intégrait dans une démarche volontariste de promotion de l'instrument par la Commission. La programmation définit les enveloppes disponibles et les secteurs de concentration, en s'appuyant sur des groupes de travail thématiques avec le gouvernement. Sur la base des objectifs des deux parties et des évaluations sectorielles ex-post, les domaines de la santé et de l'éducation ont été ciblés, une conditionnalité par résultats devant être définie afin d'encourager l'appropriation.

Une phase d'identification d'un système de suivi a ensuite été étudiée pendant 18 mois entre 2002 et 2004, la lenteur du processus étant liée à la nécessité de définir des indicateurs annuels qui n'existaient pas dans le premier DSRP. La première convention, signée en 2005, s'inscrivait comme un projet pilote de 75M€ devant permettre la mise en

place d'un système de suivi du cadre macroéconomique et des questions de gouvernance économique, et d'un mécanisme de coordination des bailleurs facilitant l'alignement des programmes. La montée en puissance se refléta ensuite dans la programmation du 10ème FED (2008-2009), avec un appui budgétaire de 150 millions d'Euros égal à 50% du Programme Indicatif National.

Toutefois, dès le 9ème FED, la mise en œuvre s'est heurtée à la difficulté d'obtention des indicateurs aux dates prévues. Celle-ci est causée par la lenteur du processus de traitement par les cadres des Ministères sectoriels, qui regrettent la gestion directe des projets et perçoivent mal l'enjeu de l'ABG, ou encore en raison d'un blocage [de l'information] par les syndicats qui avaient compris l'enjeu stratégique lié aux indicateurs (cas du Ministère de la Santé).

Les indicateurs du premier programme d'ABG étaient par ailleurs exclusivement composés de résultats (et non de mesures) jugés trop ambitieux par la DUE, ce qui a entraîné un taux de décaissement des tranches variables (associées à l'achèvement des résultats cibles) limité à 50-60%. Cette surévaluation des indicateurs est due (i) à la tendance des ministères sectoriels à fixer des objectifs ambitieux pour augmenter les ressources qui leur sont allouées, (ii) à leur caractère politique dans le cadre du DSRP ». (entretien d'enquête, décembre 2011).

La mise en œuvre du programme fut ainsi marquée entre 2008 et 2011 par plusieurs crises qui ont montré les limites de l'instrument, qui ont été présentées dans l'article « Aide publique au développement et reddition de comptes : le cas du programme d'aide budgétaire de l'Union Européenne au Sénégal (2009 – 2011), (Caffin et Zarlowski, 2016)

L'article présente ces difficultés à travers les trois dimensions nécessaires à l'efficacité du système de reddition de compte :

« Pour fonctionner de manière efficace, la reddition de comptes suppose que les objectifs de performance à atteindre soient fixés de manière sincère et réaliste, que l'information sur les réalisations budgétaires et les résultats obtenus soit elle aussi sincère et fiable, et que le caractère incitatif du dispositif, ou le caractère pénalisant des sanctions, soient clairement perçus et jugés crédibles par les acteurs gouvernementaux du pays bénéficiaire. » (Caffin et Zarlowski, 2016, p.1201)

En matière de qualité des objectifs à atteindre, la sélection d'objectif du gouvernement dans le DSRP apparaît inefficace car il s'agit de cibles irréalistes. Pour les ministères sectoriels ils constituent un instrument visant à optimiser leur allocation budgétaire en proposant des cibles ambitieuses. Pour le gouvernement, ils sont un instrument de communication politique destinée aux partenaires extérieurs, aux fonctionnaires et à la population.

En matière de fiabilité du système d'information et du dispositif de reddition de compte, de nombreux éléments ont montré la fragilité du système. Au niveau du MEF, des crises de gouvernance (misreporting au FMI en 2008, dépenses extrabudgétaires en 2009 et 2010, projets de limitation du périmètre d'intervention du code des marchés publics et de la Cour des Comptes en 2011) ont montré l'existence d'un important risque fiduciaire. Au niveau des Ministères de l'Éducation Nationale, des entretiens ont permis d'identifier l'existence de coupes budgétaires sur les allocations destinées à certains OMD (par exemple les manuels scolaires), ainsi que l'existence de recrutements massifs d'employés non qualifiés ou fictifs

pour satisfaire une clientèle politique. Au niveau du Ministère de la Santé, une grève de l'information sanitaire réalisée par les syndicats a bloqué la qualité de l'évaluation des indicateurs, qui ont dû faire l'objet d'estimations sur la base d'enquêtes.

En matière d'efficience du dispositif d'incitation/sanction, des difficultés apparaissent également à plusieurs niveaux. Au niveau des Ministères sectoriels, le MEF souligne que certains agents souhaitent mettre en échec le système pour revenir à l'aide projet qui leur offre des avantages en nature, alors que ces derniers soulignent que cet instrument génère des coupes budgétaires réalisées par le MEF au détriment des objectifs. Au niveau du MEF, la faiblesse du montant dans le budget global de l'Etat, qui dispose d'autres sources de financement, limite le dispositif d'incitation/ sanction. Sur un plan théorique, le dispositif considère le gouvernement comme une entité autonome, alors qu'il mobilise en réalité une chaîne d'acteurs dont les intérêts sont souvent divergeants (Paul, 2015).

Toutefois certaines sanctions ont été effectives lorsqu'elles ont été soutenues par une position coordonnée des donneurs impliqués dans le programme d'AB, en réalité principalement lorsque la BM (suivi de la BafD) et/ou l'AFD se sont associés aux oppositions de la CE. A titre d'exemple, cette posture commune a permis de s'opposer à la réforme du statut de la Cour de Comptes, qui avait été projetée par la Présidence dans le but d'en limiter le périmètre d'intervention.

Mais le cas montre aussi que cette coordination se heurte souvent à la diversité des conceptions de l'instrument, la BM intervenant par exemple en prêt dans le cadre d'une conditionalité ex-ante, alors que la CE intervient en dons dans le cadre d'une conditionalité ex-post, ce qui augmente considérablement son exposition aux risques fiduciaires.

L'article de Caffin et Zarlowski (2016) montre qu'un autre système de régulation informelle s'est constitué au travers de jeux d'acteurs, entre les fonctionnaires du Ministère de l'Education Nationale et de la DUE d'une part, et entre ceux du MEF et la DUE d'autre part, favorisant l'opposition à certaines réformes imposées par la Présidence, comme la diminution du champ d'application du code des marchés publics.

Par ailleurs, au niveau de la Délégation de l'UE au Sénégal, l'absence de compétences techniques dans les domaines d'intervention, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la convention de financement, souligne la fragilité du dispositif de redevabilité associé au financement basé sur la performance.

Cette fragilité est également soulevée au niveau global par une évaluation de l'instrument réalisée par la Cour des Comptes Européennes (2010), ce qui semble démontrer la faible appropriation effective du dispositif incitatif par l'aide extérieure de l'UE. Il apparaît comme une institution adoptée de façon cérémonielle pour afficher une recherche de performance, sans que cela ne se traduise véritablement dans les pratiques.

Le découplage reste masqué si le secteur est en évolution positive, mais apparaît dans le cas de crises économiques ou de gouvernance, ce qui était le cas au Sénégal entre 2008 et 2011.

Au Sénégal, la DUE a ensuite réorienté la seconde partie de l'AB budgétaire du 10^{ème} FED vers le secteur de l'environnement, en s'appuyant sur les compétences sectorielles développées par la coopération des Pays Bas entre 2003 et 2011. Elle s'est ainsi appuyée sur le système de régulation basée sur les compétences développées par l'ambassade des Pays-Bas, qui avait lui-même expérimenté puis abandonné un système d'incitation/sanction proche de celui de la DUE qu'il jugeait inefficace.

« Les tranches variables ont été introduites puis abandonnées. Il n'y avait pas vraiment d'incitation au niveau du ministère de l'environnement, alors que cela limitait la prévisibilité des décaissements pour le gouvernement du Sénégal comme pour l'ambassade [des Pays-Bas]» (entretien d'enquête, chef de coopération, ambassade des Pays-Bas).

L'UE a donc adopté le recours aux instruments du NPM dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle « gouvernance européenne », qui a été en partie conçue à partir des travaux de la BM et de chercheurs ayant participé à la conceptualisation des réformes du New Labor Britannique.

Le FBP s'est alors diffusé au sein de la DG Développement, historiquement plutôt opposée aux principes néolibéraux, mais qui était sommée d'afficher une meilleure redevabilité et s'inscrire dans la réforme globale de la CE. Il a donc généré un processus de découplage.

2. Les contrats de performance dans les hôpitaux

a) L'expérience des contrats de performance mis en œuvre par le MSAS

A l'issue de l'adoption de la politique de contractualisation par le MSAS, la direction des établissements de santé a élaboré des contrats de performance afin de reprendre un certain niveau de contrôle tout en encourageant l'amélioration de la gestion hôpitaux

Au cours du premier trimestre 2006, 15 contrats de performance ont été signés avec des hôpitaux différents. Ces contrats précisaient le système des hôpitaux sur les dimensions suivantes : Quality assurance / Responsiveness / Hygiene and hospital based infections / Quality of care / Accommodation quality.

Les hôpitaux ont réagi favorablement car les primes étaient non négligables, représentant près de 10% du chiffre d'affaires des structures.

Toutefois, après cette première évaluation, le MSAS a indiqué aux hôpitaux que le gouvernement n'était pas en mesure de donner les primes définies par les contrats. Suivant un directeur interrogé lors d'un entretien, alors que l'élaboration des projets d'établissement avait créé une dynamique participative, cette annonce a généré une frustration, source de démotivation du personnel de santé :

« Il y a eu une grande déception, car on a demandé à toutes les structures sanitaires, dont les hôpitaux en l'occurrence, de préparer leur projet d'établissement et d'attendre un financement. A l'époque, les hôpitaux étaient dans une situation d'indigence,

matérielle...de démotivation du personnel... Les projets d'établissements ont été vraiment catalyseurs. Les gens se sont engagés. La direction, le personnel, car il y avait un bon plaidoyer : faites un projet, on vous finance, cela va permettre d'améliorer les équipements, le plateau technique, etc. Mais à partir du moment où tout le monde y a cru... je pense que l'on a changé d'orientation. (...)

Cela a été vraiment un grand plouf...pour nous dirigeants, car d'habitude ce sont des études menées par des consultants, mais pour une fois on a eu une dynamique d'ensemble où le corps médical était associé, donc un projet médical, un projet de gestion, une dynamique d'ensemble mais au final il n'y a pas eu d'investissement.(...) (entretien d'enquêtes, directeur d'hôpital, 12/12/2014).

Pour ce directeur, les primes prévues dans le contrat constituaient le financement des plans d'investissement, qui s'est finalement limité à la faible quote part du gouvernement prévue par le Budget d'Investissement Consolidé (BIC). Les bailleurs de fonds auraient réorienté les investissements vers la construction de nouveaux hôpitaux comme Fatik ou Ziguinchor, entraînant un sous investissement dans les autres hôpitaux dont le plateau technique à dégringolé. Pour lui, le BIC devait compenser le blocage des tarifs qui génère des pertes d'exploitation, mais n'est aujourd'hui pas suffisant. Le sous investissement aurait également accentué le décalage existant entre les frais de personnel et le niveau d'activité.

b) L'expérience des contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM) soutenue par la BM

Le projet des contrats d'objectifs et de moyens s'intègre dans le programme d'aide budgétaire de la BM au Sénégal, que nous présentons à travers le compte-rendu d'un entretien réalisé avec l'économiste responsable de sa mise en œuvre pour la BM, à Dakar en décembre 2011 :

« La préparation est d'abord faite au niveau de la Stratégie d'Assistance Pays (SAP) qui est basée sur le DSRP. L'affectation est réalisée en fonction des besoins entre études, projets et Aide Budgétaire Globale (ABG). L'ABG constitue environ 30%. Les programmes ont été de 3 tranches de 30 millions USD entre 2004 et 2007, puis de 60 millions en 2008 (année de crise /décaissé en 2009), de 43 M en 2009 et 42 M en 2011. Il s'agit dans le cas du Sénégal de prêts concessionnels sur 40 ans avec 10 ans de différé et un taux de 0,72%.

L'élaboration du projet prend en compte les analyses comme la revue de la dépense des finances publiques, et cible cette année les secteurs des Finances Publiques (notamment la mise en œuvre des directives de l'UEMOA), de l'Education et de la Santé.

Il a une différence d'approche entre l'UE et la BM, pour laquelle le décaissement est lié la réalisation d'un maximum de 10 mesures prioritaires préalables qui doivent avoir un impact important, et qui sont généralement des projets de décrets validés par le Conseil des Ministres et transmis au Parlement. Ils sont souvent préparés par les avocats de la Banque [BM]. Les négociations et les projets de document sont généralement réalisés avant la présentation du projet au conseil d'administration de la BM.

L'ABG a également la fonction de placer au niveau central les réformes voulues par les départements sectoriels, par exemple :

- la création du Fonds d'Entretien Routier avec redevance des usagers ;
- l'application d'un texte sur le transfert de compétences aux collectivités et l'encadrement des permis de coupe pour la réalisation de charbon de bois ;
- la meilleure diffusion des informations publiques sur la réglementation dans le domaine de la pêche ;
- la fin des quotas sécuritaires dans l'Education, qui permettaient aux académies de recruter localement en dehors des lauréats aux concours, ce qui entraîné des recrutements massifs de personnels « politiques » ;

C'est généralement le passage de validation du projet au Conseil d'Administration de la Banque [BM] qui fixe le calendrier de mise en œuvre : les conditions sont étudiées avec le gouvernement avant la négociation formelle. Les conditions doivent être attestées par un juriste, généralement sur la base du CR du conseil des ministres et de la lettre de transmission du texte au Parlement.

Le choix des mesures est également étudié avec le Ministre de l'Economie et des Finances, qui avait par exemple dit il y a deux ans qu'il ne pourrait pas soutenir la réforme de la Cour des Comptes, qui était alors demandée par les bailleurs.

Cette année, les mesures sont axées sur le principe d'efficience et porteront notamment sur :

- L'adoption d'une réforme renforçant le statut et les capacités de la Cour des Comptes ;
- La demande d'application de la loi cadre sur l'organisation des Agences, et notamment la création d'une Commission devant permettre l'évaluation de la pertinence des agences existantes et la mise en place de contrats de performance ;
- La mise en œuvre du Code de transparence de l'UMEOA, qui est techniquement plus simple que les autres directives déjà mises en œuvre ;
- Le problème d'efficience du secteur de l'enseignement supérieur, notamment suite à l'éligibilité de 100% des étudiants aux bourses et aux œuvres universitaires. Une évaluation sur la gestion des œuvres (restaurant, logement, soin) doit être lancée.
- L'efficience du secteur de la santé connaît d'importants problèmes suite au recrutement pléthorique de personnel non soignant, et à la décision d'accueillir gratuitement toute personne de plus de 60 ans sur présentation de la CNI alors que l'Etat n'en a pas assuré le financement auprès des hôpitaux. Un décret de réorganisation du Ministère sera demandé, et des actions seront prévues concernant la mise en place de contrats de performance avec les 2 hôpitaux les plus problématiques et le renforcement de la direction qui supervise les hôpitaux. » (Compte-rendu entretien, responsable du programme d'aide budgétaire globale de la BM, Dakar, décembre 2011).

Le CR de cet entretien, réalisé le jour même en étant le plus près possible des propos de notre interlocuteur, présente plusieurs intérêts.

Tout d'abord il présente le rôle de l'ABG dans la stratégie globale d'influence de la BM au Sénégal. Il s'agit de conditionalité ex-ante très interventionniste, puisqu'il s'agit principalement de projets de réformes juridiques négociés et préparés par BM pour être voté par le conseil des ministres.

Il illustre également le rôle du Ministère de l'Economie et de Finances (MEF) dans la mise en œuvre des projets de la BM, car la BM souligne qu'elle évalue avec le MEF les réformes que ce dernier est en mesure de soutenir au sein du gouvernement. Il semble ainsi considérer le MEF comme un entrepreneur institutionnel naturellement favorable à ses réformes, ce qui met en perspective un « enrôlement » du MEF en faveur des processus de réforme et/ou d'économisation portés par la BM.

Ensuite il illustre comment l'ABG est conçue comme un levier de réforme à haut niveau pouvant appuyer les programmes sectoriels de la BM qui interviennent à des niveaux plus opérationnels. Dans le cas de la Santé, les conditionalités de l'ABG évoquées intègrent (i) la demande d'un décret de réorganisation du Ministère, (ii) le renforcement de la direction en charge des hôpitaux, et (iii) la mise en place de contrats de performance au niveau des hôpitaux.

Les contrats de performance dans les hôpitaux, appelés Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) n'ont pas donné lieu à un projet spécifique de la BM, car le projet alors en cours de préparation ciblait le renforcement des zones rurales (le FBR). Il devait donc être mis en œuvre à travers l'ABG de la BM, ou plutôt leur financement par le gouvernement constituait-il une conditionalité de l'ABG.

Les CPOM financés par la BM seront élaborés sur la base de plans de redressement et ont permis de recréer une dynamique d'équipe entre les personnels administratifs et le personnel soignant, d'après notre entretien avec le directeur d'hôpital :

« Ils sont conçus dans la même logique que les projets d'établissement, c'est un bon idéal car cela permet une émulation en interne, les acteurs hospitaliers, le corps médical s'impliquent dans l'élaboration des contrats, chaque chef de service participe à l'élaboration car il y a un comité de pilotage, donc vraiment une dynamique de participation collective. C'est aussi une bonne chose car il s'agit de financements ciblés vers des d'activités prioritaires. Il y a aussi une évaluation périodique qui permet de booster les acteurs (...). Au finish si les subventions suivent normalement et les évaluations se font de manière périodique, il n'y a pas de raison que cela ne puisse prospérer et puisse constituer une motivation en interne qui rapproche un peu l'administration et les acteurs hospitaliers. Les demandes sont tellement fortes côté médical, plateau technique, ressources humaines. Ils pensent que l'on fait des dépenses qu'ils jugent non prioritaires, alors que la réalité c'est que l'on ne peut pas financer toutes les activités de l'hôpital. En plus, dès qu'une machine tombe en panne avec la problématique du code des marchés publics pour renouveler les investissements c'est tout un problème. Il y a une frustration permanente des acteurs médicaux. Aucun hôpital ne peut financer ses investissements, donc les CPOM sont une solution. En plus ils permettent une traçabilité et un suivi des indicateurs par le personnel administratif et le personnel médical. (entretien enquête, directeur d'hôpital, 12/2014)

Toutefois, suivant ce directeur d'hôpital, la logique incitative n'a pas été respectée, ce qui a de nouveau généré une profonde insatisfaction. Les premières primes versées dans le cadre de son hôpital (Kaolac) ont été de 20% de la somme prévue dans le contrat, ce qui l'a contraint à retourner voir le personnel médical pour faire des arbitrages. Il précise également que ce phénomène a été global, car l'annonce en question avait été faite lors processus de validation des CPOM :

« Un jour, dans une réunion à Saly, il y a eu un clash car en plein exercice de validation des CPOM, le responsable du MEF a toute suite balancé : bon voilà, cette année nous n'avons que tant de milliards, donc c'est la somme à partager. Les gens se sont regardés en demandant, pourquoi vous nous convoquez ici ? Vous nous demandez des objectifs avec des moyens pour les réaliser, il n'y a pas de raison que cela ne suive pas ? Sauf au cas où vous nous donnez un montant fixe au départ. ». (entretien enquête, 12/2014)

Lors de notre entretien, le directeur venait depuis 6 mois de reprendre la direction d'un hôpital de Dakar qui était alors en grève depuis deux mois. Pour reprendre les activités, il avait pu négocier avec le personnel une suspension de la dette sociale et un moratoire avec les fournisseurs, mais le financement du plan de redressement sur la base duquel il a pu remobiliser les acteurs intègre le financement des financements par le CPOM, sur lequel il a une incertitude.

D'après un entretien avec un responsable de la direction des établissements de santé du MSAS, la signature de 16 CPOM a été programmée entre 2011 et 2014. Au départ il y a eu quelques difficultés avec la loi de finances rectificative qui devait permettre les financements. Il y a aussi eu des difficultés de décaissement sur les exercices prévus à cause des délais d'acquisition de matériel, qui est assez long suivant le code des marchés publics. Toutefois, le responsable souligne que l'intégralité des contrats sera intégralement financée, même si le calendrier de versement diffère.

Lors d'un entretien en avril 2015, le responsable des appuis budgétaires du MEF nous a également indiqué que suite au retard dans le versement de certains montants prévus par les contrats, le MEF laisserait plus de temps aux hôpitaux pour évaluer les exploitations associées aux investissements. Par ailleurs, le dispositif de contrôle du MEF sur les hôpitaux sera renforcé au travers de ses représentants dans les conseils d'administration.. L'objectif du MEF est une trajectoire budgétaire dans laquelle les hôpitaux ont un budget équilibré. Il souligne notamment le besoin pour les hôpitaux de faire un recouvrement effectif et de valoriser les investissements réalisés vers des activités rentables.

« On est confronté à un problème structurel qui est là et il n'y a pas les ressources budgétaires. Alors que la réforme voulait quand même doter l'hôpital de moyens et de recettes. On ne peut pas se retrouver dans une situation où tous les hôpitaux seront déficitaires chaque année. On ne cherche pas à gagner de l'argent dans un hôpital, mais on vise l'équilibre des comptes. Alors pour l'équilibre des comptes, il faut recouvrer les coûts. L'objectif du contrat de performance c'est de permettre à l'hôpital de faire un investissement qu'il n'aurait pas pu faire seul. Comme le scanner ou aussi les laboratoires d'analyses médicales » (Responsable appui budgétaire, cabinet du MEF, avril 2015).

La BM a donc réussi à mettre en place le système des contrats de performance dans les hôpitaux, qui est devenu un mode de financement des hôpitaux par le gouvernement. Toutefois en l'absence de projet spécifique qui lui donne un contrôle direct sur les fonds, les financements n'ont pas respecté le planning de versement des incitations, créant une incertitude dans le dispositif managérial.

Le projet est porteur d'un projet d'économisation de la gestion des hôpitaux puisqu'il cible le financement d'investissement en faveur d'activité rentable. Toutefois, le sous-investissement a entraîné la création d'une offre privée concurrente par les médecins publics eux-même, ce qui risque de limiter le développement de ces activités rentables.

Conclusion section 3 :

Les exemples présentés dans cette section montrent comment les approches gestionnaires issues du NPM se sont progressivement diffusées dans un contexte marqué par les réformes néolibérales et la contractualisation des modes de gestion.

La mise en place des budgets programmes s'inscrit progressivement comme l'instrument de mise en œuvre d'une approche contractuelle dans laquelle l'Etat s'est engagé à mettre en œuvre le DSRP. Au départ (1999) il s'agit d'une adoption cérémonielle pour améliorer son positionnement sur le marché de l'aide dans les principaux secteurs bénéficiaires (santé, éducation, justice). Par la suite l'instrument semble en voie d'internalisation. Il devient en 2006 l'instrument de pilotage du PNDS (2006), puis se généralise à l'ensemble des Ministères et devient un instrument associé à l'élaboration du budget au niveau du MEF (2017).

Le MEF agit comme un entrepreneur institutionnel, car la mise en place de l'instrument renforce son positionnement au sein du gouvernement. Le budget programme peut être considéré comme un objet actant au service d'une économisation des politiques publiques, car il réoriente le modèle de choix des investissements en fonction du critère d'efficacité sur la croissance, au détriment des considérations sectorielles et politiques.

L'approche de financement basé sur la performance du programme d'aide budgétaire de la CE au Sénégal correspond également à une diffusion institutionnelle des instruments du NPM au sein de la CE dans le cadre de la nouvelle gouvernance européenne. Dans le cas Sénégalais, elle répond principalement à une logique d'adoption cérémonielle nécessaire pour afficher une recherche d'efficacité dans la gestion de l'aide extérieure. Elle ne semble pas être en phase d'internalisation, mais semble au contraire permettre à la DG Développement de continuer à fonctionner suivant le paradigme redistributif tout en affichant un mode de redevabilité associé au paradigme du développement (chapitre 2).

La mise en œuvre de contrat de performance dans les hôpitaux a pu partiellement se mettre en place, conduisant à la mise en place d'un plan d'investissement fondé sur un projet d'établissement réalisé dans le cadre d'une démarche participative. Toutefois le financement via la conditionnalité de l'aide budgétaire a entraîné un non respect du calendrier de financement dans les contrats. Il n'est pas fondamentalement différent des contrats de

performance lancés par le MSAS en 2006, mais la conditionnalité de la BM permet qu'ils ne soient pas victimes des coupes budgétaires sur la durée globale de mise en œuvre, même si le calendrier des décaissements n'est pas toujours respecté.

La mise en œuvre d'instruments ou approches gestionnaires semble ainsi permettre aux acteurs de reprendre un certain niveau de contrôle qui avait été abandonné par les réformes associées au PAS. Ces dispositifs sont mis en place dans le cadre d'une logique contractuelle mobilisant des incitations financières. Ils constituent donc des objets actants qui renforcent le processus d'économisation de l'action publique au niveau local.

Toutefois pour prendre l'exemple de la gestion hospitalière, le contrat de performance ne permet pas de répondre aux problèmes structurels au niveau national, comme l'allocation inégalitaire entre zone géographique, ou le manque de ressources financières et de personnels qualifiés suffisant au Sénégal, qui structurent les forcent du marché de façon défavorable au principe d'accessibilité et d'égalité du service public. La régulation tarifaire de 2006 a ainsi bloqué une spécialisation vers un segment de marché solvable qui aurait permis de financer les investissements et les salaires du personnel qualifié.

Le contrat de performance peut apparaître séduisant au MSAS comme aux directeurs d'hôpitaux, car il permet de remettre un place un dispositif de contrôle dans une situation complètement dérégulée, puisque les médecins exercent parallèlement dans des cabinets privés à l'extérieur de l'hôpital public, ce dernier ne répondant ni à leurs exigences salariales ni à leurs besoins techniques.

Toutefois, en l'absence d'un plan d'investissement et de plans de formation et de recrutement conséquents, adossés à un dispositif égalitaire de financement des soins, il conduit à une médecine à deux vitesses, avec un secteur privé pour les classes aisées dans les zones urbaines et un secteur public sous-financé pour les pauvres.

Conclusion chapitre 6 :

Ce chapitre met en perspective la façon dont les deux principales dynamiques performatives de notre cadre d'analyse sont à l'œuvre depuis 20 ans à travers les politiques d'APD dans le contexte de la santé au Sénégal. Elles conduisent à la mise en place d'une nouvelle régulation transnationale structurée par des relations contractuelles et pilotée par les financeurs à travers des dispositifs de contrôle de gestion.

La conceptualisation d'une approche économique des politiques de santé a tout d'abord permis aux IBW d'imposer la mise en place de politiques publiques néolibérales centrées sur la recherche d'efficacité en faveur de l'atteinte des OMD. Ces politiques sont définies par le DSRP et le PNDS, que le gouvernement sénégalais et le MSAS s'engagent à mettre en œuvre dans le cadre d'une approche contractuelle.

Ces « contrats » sont des objets actants, qui intègrent des réformes dans lesquelles sont encadrés des éléments idéologiques qui sont institutionnalisés au niveau global et ne sont donc plus réinterrogés, car considérés comme rationnels.

Ces éléments idéologiques visent principalement la mise en œuvre de processus ciblant la création de dynamiques de développement au niveau local par la « libération » des acteurs. Comme pour les cas de la « libération » d'un potentiel entrepreneurial par le microcrédit en Egypte ou par le microfoncier au Pérou (chapitre 4), ils sont caractérisés par la foi dans un processus d'une libération d'une énergie intrinsèque des acteurs à travers la mise en place de systèmes économiques fondés sur la règle de droit (par exemple le recours à la contractualisation), la propriété privée (par exemple les privatisations ou le recours aux prestataires privés) ou le marché (par exemple le recours à un dispositif de redevabilité fondé sur le marché pour les structures de santé).

Dès lors, pour ces acteurs, quelque soit le contexte, toute diminution des cadres d'organisations centralisées ou planifiées doit libérer les acteurs individuels, et ainsi générer mécaniquement au niveau local des dynamiques d'appropriation politique et d'échanges économiques.

La politique de décentralisation a ainsi été mise en œuvre de manière idéologique sans donner les résultats escomptés en termes de dynamique locale. A l'inverse, elle a renforcé le poids des partenaires extérieurs en accentuant les déséquilibres entre les zones urbaines et rurales. Toutefois pour les acteurs du champ institutionnel de l'APD, la décentralisation est un mythe rationnel efficace par nature, cet échec ne peut donc qu'être lié à une adoption cérémonielle qui n'a pas véritablement été accompagnée du changement institutionnel attendu. Des approches gestionnaires sont alors élaborées pour permettre l'internalisation et donc le succès des réformes promues.

La mise en place de ces approches est facilitée, car leur institutionnalisation au niveau global est renforcée par l'incitation des gouvernements des pays bénéficiaires à optimiser leur positionnement sur le marché de l'aide afin d'augmenter leur ressources. En 2012, le nouveau président élu (Macky Sall) doit ainsi donner des gages aux partenaires extérieurs en démontrant sa détermination à suivre les politiques contractuelles et les principes néolibéraux qui les fondent.

Il décide alors de renforcer la mise en œuvre de la décentralisation pour conformer l'action publique aux modèles néolibéraux promus par les financeurs. Malgré l'opposition de nombreux acteurs nationaux, pour lesquels la décentralisation n'a pas fait l'objet d'une évaluation indépendante, cette décision est soutenue par le gouvernement en mobilisant des ressources théoriques néolibérales élaborées par la BM pour répondre aux attaques des PAS : les concepts de « capital social » et de « pôle de développement ».

La réforme répond ainsi directement au modèle idéologique qui fonde l'économie néolibérale du développement depuis la conférence de la MPS en 1957, car elle met en scène comme une « nouvelle indépendance » l'élimination du dernier niveau de planification intermédiaire (les régions), pour transférer leurs pouvoirs aux communes et aux départements. Mécaniquement, ce transfert est censé permettre un renforcement de l'appropriation des politiques locales par les habitants, ainsi qu'une libération des dynamiques économiques et sociales qui existaient localement avant la colonisation. Comme pour le cas Rwandais, le

néolibéralisme permettrait ainsi de tourner la page la colonisation européenne en libérant les peuples africains.

En réalité, la recherche de financements extérieurs dans un contexte de crise de ressources conduit à un transfert de la redevabilité des élus vers les institutions financières internationales, au détriment des populations bénéficiaires, ce qui rejoint les critiques formulées par Deaton (2013).

Ainsi, dans une récente interview accordée quelques jours avant les élections législatives de 2017, le Ministre de l'Economie et des Finances alors en campagne électorale présente ainsi la supériorité du régime politique actuel sur son prédécesseur par sa capacité à attirer des financements extérieurs :

« - (le journaliste) : Oui, mais ce n'est pas n'importe qui [Abdoulaye Wade, précédent président de la République]. Il a quand même gagné deux présidentielles. Il est encore capable de gagner une élection nationale, non ?

- (M. Ba Ministre de l'Economie et des Finances). Mais là, je peux vous dire que de 2012 à nos jours, c'est plus de 6 000 milliards que la communauté internationale a mis à la disposition du Sénégal. Et maître Wade, en douze ans c'est 3 700 milliards à peu près. Vous voyez un peu la différence. » (interview presse de M. Amadou Ba, Ministre de l'Economie et des Finances, le 27/07/2017)⁴²

Dans le secteur de la santé, cette tension entre réforme idéologique et mise en œuvre de politiques publiques efficaces apparaît centrale. Les lois de décentralisation de 1996 ont généré une profonde désorganisation, le transfert de la gestion d'un domaine aussi technique vers des collectivités manquant de ressources humaines et financières s'avérant extrêmement sensibles. Il a conduit à la création de structures de gestion souvent inexistantes, générant une focalisation sur la gestion des hôpitaux au détriment des activités plus complexes de proximité et de prévention.

Au niveau financier, les fonds de dotation confiés par le gouvernement aux collectivités locales ont été versés avec retard ou détournés au profit d'activités offrant plus de visibilité politique. Le co-financement initialement attendu des collectivités au début du PNDS a finalement été presque nul, obligeant l'Etat et les ménages à compenser les montants anticipés non versés et les fonds de dotation détournés.

En termes d'allocation géographique, l'absence d'un mécanisme centralisé a bloqué le transfert vers les zones rurales et défavorisées. L'écart s'est même accru, car les populations des zones urbaines regroupent les catégories sociales supérieures qui ont une meilleure capacité de négociation politique, ce qui leur a permis de récupérer une part plus importante des financements. De plus, cette inégalité dans la répartition des dotations publiques s'est creusée avec l'augmentation de la part des services de santé financée par les ménages.

⁴² http://www.leral.net/Amadou-Ba-Khalifa-Sall-a-un-probleme-avec--Abdoulaye-Wade-fait-beaucoup-d-animation--Macky-Sall-a-un-bilan-extremement_a207072.html# (dernière consultation le 17/08/2017)

La réforme des hôpitaux, conçue de façon idéologique comme une « véritable privatisation » suivant l'étude de la BM, a généré leur faillite suite à l'encadrement des tarifs adoptée pour limiter l'augmentation de l'inégalité d'accès aux soins. L'autonomisation, qui devait « libérer » les énergies internes à l'hôpital, n'a pas permis de pallier le manque de ressource globale ou l'absence de planification nationale pour former des ressources qualifiées. Les personnels informels ont été régularisés en trop grand nombre dans un contexte d'intense crise sociale. Le recrutement de personnel qualifié s'est fait progressivement, mais ses prix de marché ont augmenté. Cette augmentation est liée à une tendance inflationniste sur le continent associé à l'investissement dans la global health (Lachenal, 2013), et à un développement de la concurrence de l'offre privée dans un contexte d'affaissement des plateaux techniques de l'offre publique.

Globalement, ces conclusions rejoignent celles mis en avant par les évaluations des réformes néolibérales des systèmes de santé en Amérique Latine, présentées au chapitre 5 (Homedes et Ugalde, 2005 ; Unger et al, 2008).

Les oppositions soulevées par la poursuite de la décentralisation dans le domaine de la santé mettent donc également en perspective cette tension, entre une mise en œuvre par la Présidence pour répondre à la demande des bailleurs de fonds, et un besoin de planification et de coordination d'un secteur technique complexe, dont les aspects de prévention et d'action sociale nécessitent de fortes capacités publiques.

Ce besoin de coordination explique en partie la volonté de re-régulation qui s'incarne au niveau organisationnel par la création de la DPRS et de la DGS au sien du Ministère. A l'issue de la dérégulation nationale mise en œuvre dans le cadre des PAS, la mise en œuvre d'instruments ou d'approches gestionnaires constitue ainsi un nouveau dispositif de régulation transnationale promu par les bailleurs de fonds, qui s'inscrit dans une vision néolibérale de la gouvernance publique multi-niveaux qui structure les politiques de global health (chapitre 5).

Toutefois, comme le montre l'exemple du FBR au Rwanda, sa mise en pratique au niveau national peut se traduire par plusieurs approches. Elle peut permettre à l'Etat central de remettre en place un dispositif de contrôle dans des zones dérégulées, tout en permettant le renforcement de l'allocation des ressources vers ces zones rurales. Le basculement de la redevabilité vers des micro-marchés locaux n'est alors qu'une adoption cérémonielle destinée à satisfaire les bailleurs de fonds, la logique contractuelle de l'instrument étant en réalité mobilisée dans une approche centralisée s'inscrivant dans un projet global autoritaire.

A l'inverse, elle peut répondre à une mise en oeuvre suivant le modèle de redevabilité par le marché proposé par le BM (« the short route of accountability »), détaillé pour le FBR par Meessen et al (2013). Elle doit ainsi permettre de libérer des dynamiques locales à même de mettre le système global sous tension au bénéfices des clients.

Chapitre 7 : Analyse du processus de création du Programme National de Financements Basés sur les Résultats

Ce chapitre présente l'analyse du cas au niveau national. Il est décomposé en trois sections.

La première présente les principaux acteurs du processus, leur cadre de coordination et leurs stratégies d'influence au sein du MSAS

La seconde s'intéresse au processus négociation du PNFBR, à travers les phases d'émergence du concept au Sénégal, de négociation du projet pilote, puis d'expansion à travers la création du Programme National FBR

La troisième présente les conflits associés à la mise en œuvre de ce nouveau système de régulation. Nous présentons tout d'abord la mise en échec d'un contre modèle proposé par des acteurs européens proposant un renforcement de la régulation nationale destiné à permettre une mutualisation nationale du risque et une limitation de la marchandisation du secteur. Nous étudions ensuite les conflits émergents entre les promoteurs du PNFBR cherchant à augmenter leur capacité de contrôle respective sur ce nouveau système de régulation.

En épilogue nous présentons dans une quatrième section la profonde déconnexion de l'instrument avec les réalités du contexte local dans l'une des deux zones pilotes du projet.

Section 1 : Le contexte de la réforme des systèmes de santé

Dans cette section nous présentons tout d'abord les principaux acteurs impliqués dans le débat sur la réforme des systèmes de santé.

Nous présentons ensuite le fonctionnement du Ministère, en mettant en perspective deux éléments qui structurent le processus de définition de la réforme des systèmes de santé : (i) une recherche de performance à court terme centrée sur les plans de travail annuels (PTA) qui a généré une fragmentation des cadres d'intervention et (ii) une prédominance de l'intérêt des partenaires extérieurs, dont le financement correspond au budget d'investissement, et dont les différents positionnements structurent l'organigramme du Ministère et conduisent à une mise en concurrence des activités par les cadres du MSAS.

Nous étudions enfin les stratégies d'influence et d'enrôlement de ces principaux partenaires extérieurs, qui aboutissent à la création d'une coalition néolibérale dominante composée de l'USAID, de la BM et de la Fondation Bill et Melinda Gates.

1. Les principaux acteurs de la réforme des systèmes de santé

a) Les principaux acteurs du MSAS impliqués dans la réforme des systèmes de santé (RSS).

Le MSAS est dirigé par le Ministre de la santé et de l'action sociale. La fonction était occupée jusqu'en septembre 2017 par un chercheur de renommée internationale ayant exercé des fonctions de responsable de l'ONU Sida. Elle était en poste depuis sa nomination en 2012 suite à l'élection du Président Macky Sall. La fonction a donc été assez stable pendant le lancement du projet, même si le processus a été initié en 2009.

Le Secrétaire Général (SG) est le deuxième personnage du MSAS, il a occupé cette fonction durant toute la phase d'élaboration avant de partir à la retraite début 2015. Il a été le principal soutien de la mise en œuvre du programme.

Le DG Santé a été nommé par la Ministre actuelle. Il dispose d'un rôle central dans la mise en œuvre de la politique de santé puisqu'il pilote les politiques sanitaires et la gestion des structures de santé.

Le Directeur de la Planification de la Recherche et des Statistiques était responsable de la Cellule de suivi du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) avant de devenir directeur lors de la création de la DPRS, à la faveur de la décision gouvernementale de redoter tous les Ministères d'une structure de planification. Il a en charge le pilotage de la mise en œuvre du PNDS.

La nouvelle organisation du MSAS fait suite aux évaluations du premier PNDS qui ont mis en lumière un déficit de planification et de coordination. Elle était également demandée par les bailleurs de fonds, notamment la BM, ce qui montre une volonté de renforcer le rôle du gouvernement dans le cadre des nouveaux modèles de régulation transnationale :

« Le Ministère de la Santé est fragmenté, son organigramme est structuré en fonction des besoins ressentis des bailleurs. Le problème est la suppression de la direction de la planification depuis 2004-2005. Elle a été recréée depuis 1 à 2 ans, mais il y a toujours des problèmes de planification et de contrôle. Ici les programmes sont autonomes dans leur conception » (entretien d'enquête, senior health specialist, BM, février 2014).

b) Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) impliqués dans la RSS.

Les principaux PTF impliqués dans le renforcement technique et financier du système de santé sont l'USAID, la BM, la Coopération Technique Belge (CTB), l'agence de développement Luxembourgeoise (LuxDev), l'OMS, la Coopération française et l'AFD.

L'USAID est de loin le principal bailleur de fonds du MSAS, avec un budget annuel moyen est de 50 millions USD de dons d'après la représentante locale rencontrée en février 2014. Trois programmes se sont succédés depuis 2006.

De 2006 à 2011, un programme est mis en œuvre à travers 4 composantes : « Financement et politiques de santé », « santé maternelle et infantile et la planification familiale », « lutte contre le SIDA et la tuberculose » et « santé communautaire ». Les domaines d'intervention de la composante « financement et politiques de santé » étaient (i) dialogue politique et coordination (ii) renforcement des capacités du MEF, (iii) mécanismes de financement social (iv) institution de la décentralisation.

De 2011 à 2016 le programme était doté d'un budget 300 millions USD réparti en 5 composantes : 1) Renforcement des systèmes de santé, intégrant notamment le financement du FBR ; 2) Programme de Santé, Santé Communautaire (PSSC) ; 3) Renforcement des Prestations de Services (RPS) ; 4) Lutte contre le VIH/Sida et la Tuberculose (VIH/TB) ; 5) Communication et Promotion de la Santé (CPS). D'après nos entretiens avec le responsable de l'entité assurant la mise en œuvre de la composante Renforcement des systèmes de santé

(Abt Associates), cette dernière assurait également la coordination entre les différentes composantes. Elle constitue donc l'opérateur central du dispositif de mise en œuvre.

Le nouveau programme de 2016 à 2021 est doté d'un budget de 300 millions USD. Les différentes composantes sont (i) Prestation de services intégrés, (ii) Renforcement des systèmes de santé et gouvernance locale de la santé, (iii) Appui au secteur privé, (iv) Fournisseur d'assistance technique. Le document de projet précise les trois objectifs principaux : 1) améliorer l'accès à des services de santé de qualité, 2) augmenter l'engagement des individus et des communautés dans la gestion de leurs propres systèmes de santé, et 3) améliorer la gestion et la performance du système de santé.

L'analyse rapide des différentes composantes des 3 programmes mis en œuvre entre 2006 et 2021 fait notamment ressortir les éléments suivants :

a) l'importance pour l'USAID d'un renforcement de système de santé à travers des réformes mettant l'accès sur la recherche de performance ;

b) le rôle central accordé à l'accompagnement des dynamiques de « santé communautaire », devant permettre, pour reprendre l'un des objectifs du dernier programme, « d'augmenter l'engagement des individus et des communautés dans la gestion de leur propre santé et de leur propre système de santé ».

La mise en œuvre opérationnelle de chaque composante est confiée à un prestataire privé, en général un cabinet de consultants ou une ONG américaine ayant déjà une expérience de collaboration avec l'USAID. Depuis 2015, l'USAID s'est toutefois engagée à décaisser 30% de ses budgets à travers un financement direct des gouvernements bénéficiaires, dans le but de renforcer l'appropriation.

Les composantes associées aux renforcements des systèmes de santé, qui ont joué un rôle central dans la mise en œuvre des programmes et ont accompagné la mise en place du FBR sont donc les suivantes (i) financements et politiques de santé (2006-2011), puis renforcement des politiques de santé (2011 et 2016), et enfin renforcement des systèmes de santé et gouvernance locale (2016-2021). La gestion de ces trois composantes a été confiée entre 2006 et 2021 à même un contractant privilégié de l'USAID : Abt Associates.

Depuis 2006, une équipe d'Abt Associates a ainsi accompagné le MSAS dans une réflexion « top down » portant sur la réforme des mécanismes de financement et des politiques de santé, puis sur le renforcement des systèmes de santé, avec dans le dernier programme un accent particulier sur la gouvernance locale de ces systèmes de santé. Comme le calendrier de ces composantes correspond à la mise en œuvre des grandes réformes réalisées par le MSAS, à savoir le FBR et la mise en place d'un système assurantiel de couverture maladie à travers les mutuelles communautaires, il nous paraît intéressant de présenter les principaux acteurs de l'équipe d'Abt.

Depuis 2006, le responsable de l'équipe d'Abt Associates est un économiste sénégalais diplômé d'une université américaine. Il a travaillé au sein du MEF avant de rejoindre Abt Associates comme acteur d'un projet de recherche appliquée financé par l'USAID, le « Partnership For Health Reform » (PFHR). Dans ce cadre, il est l'un des principaux acteurs de l'expérimentation du dispositif assurantiel au Rwanda, ainsi que des travaux de valorisation du modèle de la « short route of accountability » présenté au chapitre 5.

En 2001, il est notamment co-auteur d'un rapport du PFHR présentant les résultats d'un programme pilote réalisé par le ministère de la santé du Rwanda, avec l'assistance technique et financière du PFHR dans 3 districts : « Pilot Testing Prepayment for Health Services in Rwanda : Results and Recommendations for Policy Directions and Implementation » (Scheider & al, 2001). Le résumé de cet article précise que le projet a depuis 1999 « développé et mis en oeuvre une activité pilote incluant 54 régimes d'assurance maladie prépayés gérés par les membres de la communauté ». Il conclut en soulignant que le rapport présente des recommandations pour l'extension du système de mutualisation communautaire aux 47 autres districts du Rwanda.

En 2011, il est co-auteur d'un article intitulé « Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda » (Sekabaraga & al, 2011b). L'article présente le succès des politiques de santé au Rwanda entre 2000 et 2007, que les auteurs attribuent en partie à la mise en oeuvre des mutuelles communautaires et d'un système de FBR : « Part of these achievements is likely linked to innovative health financing policies, particularly the expansion of micro-insurance ('mutuelles') and performance-based financing » (abstract).

Les autres membres de l'équipe d'Abt Associates sont principalement des anciens fonctionnaires ayant gravi l'intégralité des échelons au sein du MSAS, où ils bénéficient donc d'une forte capacité d'influence, ou des fonctionnaires du MSAS en disponibilité. Dans le cadre de la mise en oeuvre du FBR, deux principaux acteurs ont été impliqués au niveau opérationnel. Le premier est un ancien médecin du MSAS, « conseiller senior en santé et réformes » au sein de l'équipe d'Abt, qui a participé à la formulation du projet entre 2009 et 2011. Dans le cadre du programme 2011-2016, qui a assuré le lancement de la phase pilote du FBR, Abt Associate a également recruté l'ancien conseiller chargé du dossier FBR au sein du cabinet du Ministre FBR (en disponibilité), qui reste présent dans le nouveau programme 2016-2021.

Ce recrutement d'anciens hauts cadres de l'administration, régulièrement dénoncé comme préjudiciable à la capacité d'appropriation des gouvernements bénéficiaires par le Comité d'aide au développement de l'OCDE, limite la frontière existante entre les équipes d'Abt et du MSAS.

Cette absence de frontière est particulièrement visible dans la double fonction du responsable de l'USAID chargé des composantes santé mises en oeuvre par Abt Associates, qui est parallèlement Conseiller du DG de la Santé du MSAS. Cette double fonction est parfois évoquée comme une anomalie par certains acteurs lors des entretiens, mais semble naturelle à l'intéressé qui a gravi l'ensemble des échelons du MSAS avant de travailler avec l'USAID pendant quinze ans. Il voit donc sa fonction comme une interface entre les deux institutions :

« j'ai toujours été l'interface de l'USAID avec le MSAS (...), je jouais le rôle de point focal de l'USAID dans les instances de coordination (...), mais également je facilitais les relations entre le MSAS et l'USAID, en d'autres termes, dans le programme qu'appuie l'USAID, il est mis en place des instances comme le comité de pilotage et différents autres comités techniques. Je me chargeais de préparer avec le MSAS la tenue de ces instances. Et à chaque fois que de nécessaire le MSAS devait rencontrer l'USAID c'est moi qui arrangeait cela, j'étais également à la réunion ou à l'audience et je faisais le suivi des décisions ». (entretien d'enquête, décembre 2014).

Les programmes 2006-2011 et 2011-2016 étaient placés au sein du MSAS sous la responsabilité du Secrétaire Général qui assurait la Présidence du Comité de Pilotage. Ils étaient principalement mis en œuvre par la DG Santé, dont le responsable du programme santé de l'USAID était également le conseiller.

La Banque Mondiale

Lors de la conception du projet pilote, la BM ne disposait plus depuis 2005 de projet spécifique sur le secteur de la santé lui permettant d'intervenir directement au sein du MSAS.

Une équipe nouvelle était néanmoins présente à la fin des années 2000 au bureau régional de la BM à Dakar, composée d'un ancien directeur d'hôpital français ensuite diplômé d'un MBA à Harvard, et d'une économiste de la santé. Au niveau régional, l'équipe collabore à l'élaboration et à la mise en place du programme PNFBR du Bénin, qui apparaît comme un projet pilote du FBR pour la BM en Afrique de l'ouest francophone. Au Sénégal, l'équipe collabore avec le MSAS pour la réalisation de l'étude sur la réforme des hôpitaux (chapitre 6) et la mise en place des contrats de performance dans les hôpitaux mis en œuvre à travers le programme d'aide budgétaire globale de la BM, tout en préparant un nouveau projet sectoriel.

L'équipe suit donc la phase de lancement du projet pilote FBR, avant de repartir à Washington et Bruxelles, d'où elle finalise le un nouveau projet qui ne sera validé qu'en décembre 2013 par le conseil d'administration de la BM.

Le projet est doté d'un budget de 42 millions d'Euros, composé d'un crédit (prêts) de 20 millions USD octroyé par la BM, et d'un don de 22 millions USD du Fonds fiduciaire pour l'innovation axée sur les résultats en matière de santé (HRITF), destiné à abonder les projets de la BM utilisant l'instrument du FBR.

Le projet vise la mise en place du FBR dans les 6 régions de Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor. Il intègre également un « volet demande » au FBR à travers le financement de primes aux patientes pour les visites prénatales. Il renforce également le gouvernement dans la mise en place de la CMU, à travers la formation du personnel et la mise en place de systèmes d'information, ou encore le renforcement du fonds d'équité.

Dans la présentation initiale du « Strategic context », le document de projet précise les « Higher level objectives » auquel le projet contribue. En dehors du soutien aux OMD 1, 4 et 5, le second point précise clairement l'objectif de la BM :

« The project is fully in line with the priorities of the new Government, which is to improve governance and performance of social services. As described before, most of the problems in the social sectors are less the results of a lack of funding and more of weaknesses in incentive structures and accountability mechanisms. The two main national strategies (CMU and RBF) have the potential to be “game changers”, in reintroducing adequate accountability, both from the supply-side (i.e. health facilities incentivized on the achievement of quantitative and qualitative indicators) and from the demand side (i.e. support to health “mutuelles” and maternal health vouchers).” (document de projet, p. 7).

Ensuite le document précise dans cette rubrique, (i) sa contribution à la mise en place d'une gouvernance sanitaire plus efficace et pro-pauvre, (ii) sa contribution à la mise en place de la

stratégie Afrique de la BM en matière de vulnérabilité et gouvernance, (iii) son alignement sur la stratégie pays (Sénégal) de la BM en matière d'amélioration de l'allocation et de l'efficacité des dépenses de santé en faveur des résultats (« *to improve the allocation and effectiveness of expenditures and the impact on results, particularly in the social sectors* »), et sa coordination avec l'USAID qui renforce le processus d'harmonisation des donateurs. (BM, document de projet, p.8).

Ces éléments présentent explicitement l'objectif de la mise en œuvre d'un nouveau modèle d'accountability dans le système de santé (short route of accountability), ainsi que la façon dont ce modèle et l'approche FBR s'inscrivent au niveau global dans les stratégies africaines et sénégalaise de la BM, comme dans la stratégie sénégalaise de lutte contre la pauvreté validée par les IBW à travers le DSRP.

Le projet doit être mis en œuvre à travers 3 composantes.

La première concerne le Programme de Financement Basé sur les Résultats. Son budget est de 22,3 millions de dollars. Elle se décompose en deux sous-composantes : (i) le financement de l'extension du projet pilote existant dans 6 régions (14,4 millions USD), et (ii) le renforcement des capacités du Ministère pour assurer cette extension (7,9 millions USD). Les activités de la seconde sous-composante regroupent des actions de formation, communication et supervision au niveau central, régional et local (4,3 million USD), ainsi que le paiement des structures de vérification (3,6 millions USD). Cette seconde sous-composante représente donc 35% du budget total de la composante dédié au PNFBR.

La deuxième composante cible l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle, infantile et en matière de nutrition, par le financement de mécanismes de subvention de services. Son budget est de 14 millions USD. Elle est mise en place à travers 3 sous-composantes : (i) le soutien à la CMU (7 millions USD), le renforcement de la demande pour les services en matière de nutrition et les changements de comportements (5 millions USD), et la mise en place d'un mécanisme de « FBR demande » destiné à payer les patientes pour les visites prénatales et les accouchements assistés dans les 6 régions ciblées par le PNFBR.

La troisième composante concerne des activités de renforcement de capacité et de gestion de projet (6 millions USD), en faveur de la régulation du secteur hospitalier (3 millions), du système d'information statistique et de collecte de données (2 millions USD), de la gestion financière du système de santé (1 million USD).

La Coopération Française (DG Coopération du Ministère Français des Affaires Etrangères), a été représentée entre 2010 et 2014 par un pédiatre placé comme conseiller technique auprès du Ministre. Il ne dispose pas de projet spécifique mais est représentant local du Fonds Mondial, auquel la France attribue la majeure partie de son APD dans le domaine de la santé. Toutefois, le Fonds Mondial bénéficie d'un cadre de programmation spécifique indépendant qui limite le rôle du MSAS, et donc sa capacité d'influence au sein du MSAS. Rencontré lors des entretiens exploratoires en février 2014, son remplaçant n'était pas encore en poste lors des entretiens réalisés fin 2014 et début 2015.

Travaillant pour la coopération française depuis 25 ans, il regrette l'arrêt de la coopération française dans le domaine de la santé dans de nombreux pays suite à la réforme du Ministère de la Coopération en 2000, où ce dernier était souvent présent depuis les indépendances.

Lors du transfert de compétence à l'AFD, seul 7 des 45 nouveaux projets concernaient le secteur de la santé.

Lors de l'entretien il souligna la complexité de la situation des PTF au sein du MSAS, citant l'exemple de réunions dans lesquelles d'anciens cadres du MSAS représentent souvent les partenaires extérieurs et notamment l'USAID, alors que des assistants techniques étrangers représentent le MSAS. Il décrit également l'environnement au Sénégal comme très concurrentiel, ce qui est aurait été renforcé par le report de crédits vers le pays suite à la crise au Mali.

L'AFD, qui est l'agence de financement du développement des Ministères français des finances et des affaires étrangères, intervient en faveur de la santé de la mère et de l'enfant dans la région de Louga, et en Casamance dans les régions de Sédhiou et Kolda.

Le projet lancé dans la région de Louga est doté de 14 millions d'euros, il vise (i) à renforcer la capacité des équipes nationales et régionales en charge des programmes de santé de la reproduction et de la planification familiale, (ii) à améliorer la prise en charge des grossesses, des accouchements compliqués et des nouveau-nés dans la région de Louga. Il est mis en œuvre à travers deux composantes : a) un renforcement de la capacité de la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRE) et b) une amélioration de la qualité de l'offre et de la demande en santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Le projet dans les régions de Sédhiou et Kolda est doté de 11 millions d'euros, ses objectifs spécifiques sont les suivants : (i) améliorer les conditions d'accouchement au niveau des postes et des centres de santé en améliorant les ressources humaines (disponibilité du personnel, formation) et l'équipement ; (ii) renforcer le système de prise en charge des urgences obstétricales en créant de nouveaux blocs opératoires dans les bassins de population qui en étaient dépourvus et en opérationnalisant un service d'aide médicale urgente (SAMU) à l'échelle des deux régions ; et (iii) accroître les capacités des équipes d'encadrement pour piloter le processus.

L'engagement de l'AFD envers ces deux projets a été renouvelé en 2017 par une nouvelle subvention de 24 millions d'Euros.

Alors que plus de 50% des engagements du gouvernement français sont orientés vers programmes globaux comme le fonds mondial, et que les interventions de l'AFD sont principalement centrées sur la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5) depuis les engagements du G8 à Muskoka en 2012, l'AFD ne semble pas avoir été directement impliquée dans les débats sur la réforme des systèmes de santé associée à la mise en œuvre du FBR et/ou de la CMU.

La Coopération Technique Belge, dispose d'un programme intervenant entre 2010 et 2017 sur les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine et Thiès. Le programme est suivi par l'attaché de coopération de l'Ambassade de Belgique et est doté de 3 assistants techniques européens. Il est décliné en deux projets :

a) Le projet d'appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions (PAGOSAN), doté de 5 millions d'euros. Il doit être mis en œuvre entre 2010 et 2017 et est rattaché à la DPRS, dont le directeur assure la présidence du comité de pilotage. Il vise à renforcer les capacités de la

DPRS, des régions médicales et des districts sanitaires dans les zones ciblées. Sa mise en œuvre est accompagnée par un assistant technique placé à la DPRS

b) Le projet d'appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales ciblées (PAODES), doté d'un budget de 17 millions d'euros. A travers le renforcement de l'offre de soins d'une part, et la création de mutuelles d'autre part, il vise la mise en place d'un marché régulé entre l'offre et la demande favorisant une gestion et une mutualisation du risque « centralisée » au niveau des districts sanitaires.

Le projet propose un modèle de mise en place de la CMU concurrent qui sera présenté dans la section 2. La CTB sera donc très active dans le processus de négociation des réformes associées à la mise en œuvre du FBR.

La Coopération Japonaise (JICA), est représentée en permanence par un assistant technique placé au niveau du cabinet ministériel.

Entre 2007 et 2013, JICA a mis en œuvre le Programme de Renforcement du Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et de Kédougou (PRSS). Le programme est principalement constitué d'assistance technique et de formations, ciblant l'amélioration (i) des structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, (ii) de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale, (iii) de l'ensemble des services de santé, et (iv) le renforcement de la gouvernance sanitaire dans les régions.

Depuis 2004, elle finance également le projet de création d'un centre d'application pour la santé maternelle, destiné à former les personnels à réaliser des accouchements dans de bonnes conditions pour les patientes.

Le programme a réalisé beaucoup d'instruments, notamment en matière de gestion de la qualité qui sont aujourd'hui diffusés dans l'ensemble des postes de santé au niveau national.

Lors de nos différentes missions, le représentant de la JICA était en phase de réflexion pour l'élaboration d'un nouveau projet dans les régions de Tambacounda et Kédougou.

Lux Dev

La coopération luxembourgeoise intervient à travers le Programme Santé de Base des Trois Régions du Nord du Sénégal dans les régions de Louga, Saint-Louis et Matam. Il est doté d'un budget de 15 millions d'euros et doit être mis en place entre 2012 et 2017. Suivant sa présentation sur le site internet de LuxDev, le programme « a pour ambition de contribuer à l'amélioration de la santé des populations des trois régions au travers d'une répartition équitable de l'offre de services et d'un financement adapté et généralisé de la demande en santé (extension des mutuelles de santé). Le Programme doit contribuer à l'amélioration de la santé des groupes vulnérables que sont les mères et les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. »

Le programme s'inscrit également dans la continuité d'un précédent programme de renforcement du système de santé dans les régions Nord mis en œuvre entre 2003 et 2007. Il s'appuie donc sur une forte connaissance du système de santé dans ces régions.

Le programme 2012-2017 se caractérise également par une stratégie d'intervention à travers le système national de gestion des finances publiques. Il s'agit d'une « aide budgétisée »,

dans laquelle les décaissements budgétaires sont principalement réalisés à partir d'un compte bancaire spécifique de l'Etat sénégalais, en suivant les procédures nationales de décaissement. Il s'inscrit dans une forte logique d'appropriation par la partie nationale, devant se caractériser, suivant la présentation du projet, par une approche du « faire- faire » plutôt que du « savoir-faire ».

L'interface du programme est basée à la DPRS, dont le directeur assure la présidence du comité de pilotage. Il est doté d'un assistant technique international basé à la DPRS, qui appuie par ailleurs le processus de coordination et de suivi du PNDS.

Le programme Lux Dev a une dimension de financement basé sur la performance qui cible uniquement les cadres de gestion des régions et districts, ce qui a entraîné des négociations avec le PNFBR. D'après le responsable du projet LuxDev, il s'inscrit dans une perspective de financement de la mise en œuvre du FBR qui doit être en partie assurée par le MEF.

Pour LuxDev, la décision de co-financement du MEF est en effet nécessaire pour assurer la pérennité du dispositif FBR. Dans le cadre de sa composante gouvernance, le programme s'est par ailleurs centré sur la mise en place du dispositif au niveau des cadres de gestion de la région médicale et des districts sanitaires. Aujourd'hui, cette limitation conduit le DPRS, qui coordonne le projet, à vouloir séparer cette approche du PNFBR :

« le programme a été formulé pour exécuter le FBR dans les trois régions nords. Le principe c'est que le financement que nous avons à notre disposition est un financement pour mettre en place le dispositif et le financer partiellement, mais la mise en place du dispositif doit aussi emporter l'adhésion du MEF de le financer, car si le MEF ne s'engage pas à long terme à financer ce mécanisme de financement des résultats, on obtiendra pas une pérennisation, et ce n'est pas à travers les fonds luxembourgeois que l'on va pouvoir financer cette performance.

Déjà nous, on s'est recentrés sur le financement des résultats en matière de gouvernance, donc on ne finance pas les résultats en matière de prestation, on finance uniquement les résultats en matière de gouvernance, et le coordinateur national souhaite aujourd'hui détacher ce FBR du programme National. Et donc il nous propose lui de piloter lui-même cet exercice spécifique qui pourrait à terme rejoindre une dynamique globale du ministère, mais qui évoluera peut-être dans le programme national à autre chose. De toute façon à terme cela ne pourra pas rester un programme national, ce n'est pas comme cela que cela doit évoluer, mais pour le moment l'USAID et la BM, qui travaillent sur ces questions, travaillent avec le Directeur national et nous même notre partenaire souhaite se mettre à côté. On est dans une négociation avec le Dr Ba [le DPRS] sur ces questions, mais comprenez bien que l'on est d'abord dans une négociation avec le Dr BA, parce que c'est lui notre porte d'entrée, notre représentant, mais aujourd'hui on se rend compte qu'il est opportun d'avoir une discussion à plus haut niveau, pour savoir si cette approche un peu à part est soutenue par le MSAS.». (entretien d'enquête, février 2015).

Cette position nous a d'ailleurs été confirmée directement par le DPRS, (Dr Ba) qui établit une nette distinction entre un FBR ciblant les prestations de services et un FBR ciblant les prestations managériales des Equipes Cadres de Santé dans les régions et districts :

« Il y a eu une première expérimentation de FBR, un projet pilote sur 3 régions avec l'USAID à travers Abt, et au moment d'intégrer d'autres régions la BM est venue, et là il y a une coalition entre l'USAID et la BM par rapport au FBR. Mais là, cela ne couvre pas toutes les régions, cela couvre un certain nombre de régions, et là aussi c'est par rapport à des activités de prestations de services curatives et préventives. Nous, au niveau de la coopération luxembourgeoise, on veut expérimenter un autre modèle basé sur des prestations managériales. On veut intervenir au niveau des équipes cadres de région et de district. Le programme s'oriente vers les soins, centres de santé, postes de santé, mais nous ce qu'on vise ce sont les prestations managériales. Est-ce que les gens font des PTA (Plans de Travaux Annuels) ? Est-ce que les gens supervisent ? Est-ce que les gens font des revues ? Est-ce que les gens font leur bilan ? On a pas encore commencé mais c'est cela que l'on envisage de faire. Au stade actuel ce sont les deux stratégies qui sont en cours. L'une a démarré, l'autre est en phase de cogitation. Il y a eu une coopération au début entre ce que l'on voulait faire dans le cadre de la coopération luxembourgeoise et l'autre FBR, puis eux ils voulaient que l'on élargisse l'assiette et que l'on prenne en charge les régions où l'on intervient. On a dit non, on n'intervient pas pour cela, nous c'est dans le cadre de la gouvernance sanitaire. (entretien d'enquête, décembre, 2014).

Cette distinction peut toutefois apparaitre fragile, car le PNFBR intègre également un dispositif d'incitation des Equipes Cadres de régions et de districts.

L'Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS dispose d'une stratégie d'intervention sur le développement des systèmes de santé, le renforcement de la lutte contre la maladie, l'accélération de la mise en œuvre des stratégies en faveur de la Santé de la Reproduction, et le renforcement de la prise en compte des menaces ou problèmes sanitaires liés à l'environnement.

Son périmètre est très large avec des moyens limités, ses activités semblent plus orientées vers la conduite de formations, de séminaires, d'études et de recherches.

Son positionnement comme acteur de référence technique du secteur, mais aussi d'agence de régulation du champ institutionnel de la santé globale, lui donne un rôle particulier dans le conseil au gouvernement dans le cadre de la mise en œuvre des réformes. C'est donc un partenaire clé qui assure la direction du groupe de coordination des PTF, et participe aux discussions sur les nouvelles orientations stratégiques.

Lors de nos missions, les sujets de réformes des systèmes de santé sont principalement suivis par un économiste de la santé sénégalais qui a fait toute sa carrière au sein du MSAS, où il a notamment exercé la fonction de directeur de cabinet avant de rejoindre l'OMS.

2. La recherche de performance et la fragmentation de l'aide

L'observation de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) du PNDS confirme l'intégration de l'ensemble des acteurs dans une logique institutionnelle de recherche de performance. Elle constitue principalement une revue des performances annuelles de chaque service du MSAS par rapport aux cibles définies par les Plans de Travail Annuels (PTA), présentées sous forme d'histogrammes que les responsables sont amenés à commenter.

Il en résulte des débats très orientés vers les blocages sur la performance à court terme de chaque service ou programme. Les enjeux associés à la coordination des différents services au niveau opérationnel, comme la dimension qualitative des indicateurs sont peu soulevés. Par exemple, suite à une question sur le choix des indicateurs par un cadre du ministère assistant à la RAC, il lui a été répondu que les différents indicateurs avaient été sélectionnés parmi les nombreux qui avaient été identifiés dans un processus formel quelques années plus tôt auquel lui-même avait participé, sans autre précision.

L'observation du Comité Interne de Suivi montre qu'il est plus encore centré sur les performances dans la mise en œuvre des PTA, car il porte sur une thématique précise et la Ministre peut intervenir plus directement. Lors de notre observation en décembre 2015, elle a par exemple rappelé que le secteur de la santé était extrêmement sensible, chaque « écart » étant susceptible de sortir dans la presse, ce qui fragilise alors son positionnement au sein du gouvernement pour augmenter les ressources du MSAS. Cet extrait montre que le processus de budgétisation basé sur la performance est en cours d'internalisation, les Ministères étant en concurrence les uns avec les autres pour l'obtention de ressources.

Cette approche témoigne d'une idéologie de la recherche d'efficacité. Elle illustre également une logique de mise en œuvre matricielle, dans laquelle les programmes et directions techniques mettent en œuvre des stratégies nationales autonomes sur un mode projet. Comme le souligne un partenaire technique et financier :

« Au niveau du Ministère de la Santé on a la RAC, les CIS, la mission conjointe de supervision, on a le pilotage du Compact, on a la plate-forme RSS avec Gavi et le Fonds Mondial, on a tous les comités de pilotage des programmes et projets, on a les revues de coopération, on a toutes les stratégies nationales qui ont leurs propres comités de pilotage, etc..., on est dans un imbroglio, et on est convoqué chaque trois jours à une réunion du MSAS. (entretien d'enquête avec un PTF, décembre 2014)

Cette fragmentation de la mise en œuvre limite les capacités de coordination à plusieurs niveaux. Un processus de rationalisation et de simplification a été entrepris en 2014 par la DPRS. L'objectif était l'intégration de certains comités et revues techniques, mais le processus a principalement abouti à la suppression d'un des deux CIS qui souvent n'était pas tenu, sans réelle intégration des autres structures.

Au niveau interministériel, l'un des objectifs de cette réforme du dispositif de suivi du PNDS était également d'ouvrir un espace de coordination avec les autres Ministères sur les questions de multisectorialité :

« Le Ministère de la Santé a des interactions importantes à avoir avec le MEF, avec le Ministère de la décentralisation, avec le Ministère de la fonction publique, avec le Ministère du travail, avec le Ministère de la famille, etc. il y a des interactions mais il n'y a pas de cohérence interministérielle claire » (entretien d'enquête, Lux Dev, décembre 2014)

Malgré cette lacune, la proposition de créer un comité multisectoriel de pilotage n'a pas été retenue, car ce dernier ne s'inscrit pas dans la logique de recherche d'une performance à court terme pour des projets fragmentés. D'après l'assistant technique en charge du projet, cela doit répondre à une décision politique à haut niveau car : « cela nécessite une vision

stratégique des enjeux qui n'est pas donnée à tout le monde », puisque les acteurs opérationnels n'en voient pas l'intérêt, étant focalisés sur leur propre performance.

Au niveau du MSAS cette fragmentation se traduit par une concurrence entre les structures pour l'accès aux ressources extérieures, qui correspondait dans le cadre du premier PNDS au montant du budget d'investissement.

De plus, la DPRS ne semble pas avoir le rôle de coordination et d'orientation stratégique qu'attendaient certains partenaires. L'assistant technique en charge de la proposition de réforme du dispositif de suivi du PNDS souligne le manque de « leadership de la DPRS » qui « doit être soutenue par le Ministre ». Un autre partenaire souligne également que la DPRS ne joue pas véritablement son rôle d'orientation stratégique :

« La DPRS n'est pas véritablement une éminence grise au sein du Ministère, c'est une direction parmi d'autres ; or, elle devrait, en tant que responsable de la planification et des études, être celle qui fixe les orientations. Mais ils marchent souvent sur des œufs comme le dit souvent le directeur, car les décisions ne sont pas prises en tenant compte des enseignements de la DPRS. » (entretien d'enquête, attaché de coopération, Ambassade de Belgique, décembre 2014)

De fait la DSRP n'est pas l'interface exclusive des PTF dans l'élaboration des projets de coopération, ce qui faciliterait pourtant leur alignement et leur harmonisation sur la stratégie gouvernementale. Un partenaire souligne ainsi que la porte d'entrée pour la formulation des projets se situe au niveau du Cabinet, au sein duquel une concurrence existe :

« Le contact pour la formulation est le SG ou le Dir Cab selon les cas, puis l'instruction est suivie avec la Direction en charge du projet. Sur notre projet il y a également une petite concurrence entre le DC, qui préside le comité de pilotage, et le SG qui a créé un comité de suivi. » (entretien d'enquête, chargé de projet AFD, février 2014)

Cette concurrence pour la recherche de financements limite la coordination de l'action des partenaires extérieurs. Un autre précise que la question de la coordination entre les PTF doit être réalisée par le Ministère, mais qu'elle se heurte à une logique de recherche de financements, qui a même conduit à une structuration de l'organigramme en fonction des besoins ressentis des bailleurs afin d'optimiser le positionnement du MSAS sur le marché de l'aide :

« Le principal problème [pour la coordination de l'aide] est que le Ministère de la santé ne joue pas le jeu, car il préfère avoir un contact direct avec les bailleurs pour optimiser la ressource, quitte à avoir certains projets contradictoires. Le Ministère de la Santé est fragmenté, son organigramme est structuré en fonction des besoins ressentis des bailleurs. » (entretien d'enquête, expert senior santé BM, février 2014).

De fait, certaines entités travaillent presque exclusivement avec certains partenaires, comme la Direction de la lutte contre la maladie avec le Fonds Mondial, la Direction de la prévention avec le programme GAVI (financement de la vaccination), ou la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant avec les programmes ciblant les OMD 4 et 5, comme ceux de l'AFD.

Au lieu d'avoir une position commune, les directions ou programmes peuvent ainsi se placer en situation de concurrence, ce que semble démontrer la volonté pour le DPRS de ne pas

collaborer sur le projet Lux Dev avec le PNFBR, qui est rattaché à la DG Santé. Comme le souligne un autre partenaire, « il agit aussi par rapport à son rôle de chef projet », au détriment de la coordination qui peut générer des inefficiences sur les résultats du projet.

Cette fragmentation des cadres d'intervention au sein du Ministère limite sa capacité d'appropriation et de mise en œuvre d'une politique coordonnée :

« On le sent très fort, les agences d'exécution sont le nez dans le guidon de leur truc à eux, ils n'ont pas le recul nécessaire pour avoir cette vision globale, pour savoir si ce que vous faites est vraiment cohérent ou pas » (entretien d'enquête, attaché de coopération, Ambassade de Belgique, décembre 2014).

En termes d'appropriation, le Ministère se retrouve ainsi dans la situation décrite par Kanbur dans le cadre des approches sectorielles :

« les flux d'aide et les mécanismes que les donateurs acceptent pour les suivre et les surveiller sont très intensifs en termes de capacité du bénéficiaire. Chaque agence de donneur a son propre système de rapport. Dans un pays africain typique, il peut y avoir plus de 20 agences d'aide de différents pays et les agences multilatérales. Les fonctionnaires fortement mis sous pression passent le plus clair de leur temps à gérer le flux de papier. Au niveau politique, les ministres doivent passer un temps considérable à se réunir avec les délégations des donateurs. Mais sans doute plus important que le temps effectif est le fait que ces technocrates et ces politiciens seniors fassent des efforts pour convaincre les agences d'aide de maintenir le flux d'aide, plutôt que d'écouter la population locale et l'agenda de développement local. » (Kanbur, 2006, p.17)

Certains partenaires soulignent également la mise en concurrence des PTF dans la phase de réalisation des activités. Le premier exemple évoqué est l'incapacité d'organiser un barème commun pour les frais de déplacement (per diem), malgré des tentatives de coordination entre PTF ou à travers une directive du MSAS ou du MEF.

« il manque une directive d'Etat qui permette d'avoir des taux de per diem qui soit harmonisés pour tout le monde. Cela ça n'existe pas et c'est dommage car on a passé une énergie incroyable et on est en concurrence. Et la concurrence elle vient en premier lieu avec les per diem. [par rapport à quoi ?]. Par rapport aux activités, à n'importe quel niveau de la pyramide. C'est-à-dire qu'aujourd'hui par exemple au niveau périphérique c'est l'USAID qui donne le per diem le plus important, et bien toutes leurs activités sont exécutées par les miennes. J'ai fait beaucoup de formations sur les fonds de l'OMS ou de l'UNICEF, car il y a beaucoup plus de participants. Etant en appui au système cela ne pose pas de problème psychologique, mais quand même un peu car à chaque évaluation je suis en grande partie évalué sur mon taux de décaissement, et je n'arrive pas à décaisser. Les agences des Nations Unies ont harmonisé leur per diem et donnent 49 000 CFA quoi que tu fasses. Tu peux partir à Thiès en atelier, tu as 49 000 FCFA et les gens font l'aller-retour. Nous on a l'argent du contribuable et on considère que donner 80€ pour assister à une réunion ce n'est pas normal. » (entretien d'enquête, assistant technique CTB, décembre 2014).

D'après certains PTF ces frais correspondent effectivement à une part non négligeable des ressources dont dépendent les agents du MSAS.

« Tu ne sens pas de volonté du national de jouer l'harmonisation. Il préfère négocier séparément. Il faut voir les intérêts officiels car il y a bien sûr la CMU et puis il y a les intérêts personnels qui jouent. Cela veut dire que si je peux financer un truc avec tel partenaire cela permet au service de bénéficier de recettes complémentaires, et de participer à des missions, des choses comme cela. C'est une part non négligeable des revenus, les missions, les per diem etc, pour certains c'est quelque chose qui chaque mois est important.» (entretien d'enquête, décembre 2014)

Cette concurrence se retrouve également dans le recrutement par les partenaires de cadres de Ministère, qui sont indemnisés pour des fonctions de coordination et d'administration, ou se mettent en disponibilité pendant qu'ils sont sous contrat avec un partenaire :

« Il y a même de la concurrence entre agences. Beaucoup de cadres qui ont été recrutés par la CTB sont partis après quelques mois pour l'USAID qui offrait des conditions un peu meilleures. (entretien d'enquête, décembre 2014)

Malgré la signature d'engagements réciproques en matière de coordination, comme le COMPACT signé en 2013 dans le cadre du partenariat mondial IHP+, ou l'organisation de réunions d'échange bi-mensuelles, dans les faits, la coordination apparaît limitée par les effets de cette concurrence. L'incapacité de fixer un barème commun pour les frais de déplacement, soit par une coordination entre bailleurs, soit par une procédure formelle fixée par le MSAS ou le MEF, illustre la difficulté de coordination sur des sujets simples, qui questionne la capacité d'harmonisation sur des sujets plus complexes :

« On se jette un petit peu la balle pour quelque chose qui est en fait très basique [un barème commun des frais de déplacement]. Si déjà on ne parvient pas à s'organiser et à s'harmoniser là-dessus, c'est encore plus difficile de le faire sur des approches stratégiques, ou encore plus sur des procédures d'exécution et de mise en œuvre des programmes. Alors l'intention est là, mais la réalisation pose problème » (entretien d'enquête, attaché de coopération, Ambassade Belgique, décembre 2014)

De plus, les difficultés de coordination au niveau central sont renforcées par la répartition des régions entre les partenaires suite à la décentralisation, qui facilite pour les partenaires la présentation de résultats visibles dans des zones géographiques données.

La présence de Lux Dev dans les régions Nord, de la CTB dans les régions Centre, de la JICA dans les régions Est, résulte d'une répartition géographique qui s'est opérée entre les partenaires suite aux lois de 1996 sur la décentralisation, qui leur permettait d'opérer directement auprès des collectivités locales.

L'harmonisation au niveau national est ainsi d'autant plus difficile que chaque partenaire a la liberté d'intervenir et d'expérimenter ses propres approches directement au niveau régional.

Les difficultés de coordination associées au manque d'unité de préférence des donateurs, (Martens, 2005), les inefficacités générées par le manque de coordination dans le cadre des approches sectorielles (Bigsten, 2006), ou encore les enjeux de la coordination sur l'appropriation (Raffinot, 2011), ont été éludés.

Dans le cadre de notre étude de cas, cette situation de concurrence constitue le contexte d'intervention des acteurs. Comme le souligne Kandur, ces situations ont donc (i) contribué au

renforcement du point de vue des donateurs dans les programmes et projets des ministères, et (ii) conduit à la constitution de cartel autour de la doctrine des IBW qui limite l'innovation.

« A key problem that the above fragmentation of the aid flows between myriad donors is that of lack of coordination, which interacts badly with tied aid. Thus there can be equipment of incompatible specifications supplied by different donors for a water supply project. Or there can be “experts” from different aid agencies giving different advice—and this can cause real difficulty if it crystallizes into inconsistent conditionality. The lead given to the IMF on macroeconomic conditionality, and to the World Bank on sectoral and microeconomic conditionality, was a response by the donor community to such potential inconsistency. But this leads to another problem—a donor cartel behind a particular aid doctrine which suppresses innovation. The design question is how to balance the twin extremes of fragmentation and a donors’ cartel. Relatedly, there is the question of the enormous burden on domestic capacity of managing the aid relationship, and the fact that as a result of this relationship the projects and programs tend to reflect donor views more than recipient priorities”.(Kanbur, 2006, p.18).

Dans le cas du secteur de la santé au Sénégal, cette fragmentation témoigne tout d'abord d'une vulnérabilité du MSAS, comme le souligne un ancien cadre du MSAS, Directeur de Cabinet dans les années 2000 ayant participé à l'élaboration du projet pilote FBR et travaillant pour un PTF lors de l'entretien :

« Cela [le FBR] a été un peu considéré comme quelque chose qui se faisait ailleurs, qui produisait des résultats ailleurs, qu'est-ce que cela coûte de l'expérimenter?. On a un grand problème dans les pays pauvres par rapport à la coopération. C'est-à-dire, on est trop vulnérable. Dans quelques rares pays tu vas avoir une affirmation de leadership réel, quelque soit la situation économique, mais il y en a pas beaucoup. La majorité des pays sont très vulnérables, très vulnérables, et c'est cette vulnérabilité qui fait qu'on prend tout en se disant « t'as qu'à faire, cela va peut-être profiter ». Quand on est dans cette logique là on ne distingue pas trop le mal du bien, pourvu qu'il y ait des sous. Et en plus c'est quand même bien vendu, c'est vendu comme vraiment un moyen révolutionnaire d'accroître les performances du secteur. Et dans des pays où le taux de mortalité est élevé, si tu dis qu'il y a un moyen quelque part pour baisser le taux de mortalité, les gens signent. » (entretien d'enquête, économiste de la santé, OMS, avril 2015)

Elle traduit également la dynamique de concurrence des partenaires, qui peuvent essayer de construire des coalitions dominantes sur des doctrines, ou au contraire essayer d'ouvrir des espaces d'innovation.

3. Les stratégies d'influence et d' enrôlement

Le lieu de rattachement institutionnel des partenaires au sein du MSAS constitue dès lors pour les partenaires un enjeu stratégique, conduisant les mieux dotés à favoriser un ancrage au plus près des centres de décision.

L'USAID dispose d'un ancrage institutionnel au niveau du cabinet, ce qui favorise l'influence de ses interventions, le secrétaire général du MSAS étant président du comité de pilotage de son programme.

De plus, lors du programme 2006-2011, qui intègre la première composante dirigée par Abt Associates et intitulée « Financement et politiques de santé », le programme va appuyer la création de cadres de réflexion et d'expérimentation portant sur la réforme des systèmes de santé au niveau du Cabinet.

Le programme va tout d'abord encourager la création d'un groupe chargé de réfléchir aux enjeux stratégiques des réformes de santé :

« Il y a ici au niveau du Ministère de la Santé, une équipe qui s'appelle Equipe d'Initiatives et de Politiques. C'est une équipe, qui en début d'année regarde les questions de réglementation, ou les politiques à changer, ou les politiques à promouvoir, et réfléchit sur cela, pour le conceptualiser et le remettre au Ministre qui en fait ce qu'il veut (...). Cette équipe a été encouragée par un ancien programme de l'USAID qui avait remarqué qu'il y a avait à l'époque beaucoup de questions sur les politiques de Santé. Il a été initié par l'USAID puis élargi aux autres acteurs. » (responsable du programme santé USAID, entretien décembre 2014)

Abt Associates va également assister le Cabinet pour répondre à un appel à projets destiné à renforcer ses capacités. Ce projet sera financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, que le responsable sénégalais de l'USAID voit comme proche puisqu'il s'agit d'une initiative américaine.

« Ministerial Leadership Initiative » (MLI). C'est une initiative de..., en tout cas c'est une initiative américaine, pour renforcer le leadership des départements ministériels en Afrique. Et à l'occasion d'une assemblée mondiale de la santé à Genève, cette initiative a été présentée et le Ministre de la santé d'alors était intéressé par cela, pour renforcer les capacités au niveau des directions et du Cabinet. (responsable de programmes santé USAID, entretien décembre 2014)

« C'est un projet que Bill et Melinda Gates étaient en train de mettre en place dans les pays à faible revenu. Qui était l'Initiative pour le Leadership Ministériel (ILM), et ce projet avait pour objectif principal d'appuyer les cabinets à renforcer leur leadership. Il y avait un appel à candidature, et le Ministère avec l'appui de Abt dans son ancien programme, a proposé un document. Parmi les 13 pays, ils en avaient sélectionné 5. Je pense que c'était le Sénégal, le Mali, la Sierra Leone, le Népal et l'Ethiopie. Et ils devaient dérouler sur 3 ans des activités en rapport avec le renforcement du leadership ministériel. Et ce projet il ne fallait pas le délocaliser au niveau du Ministère, ils avaient choisi pour terme de référence une personne, qui est un fonctionnaire relativement jeune, et qui est au niveau du ministère pour lui confier ce projet, mais sous la responsabilité du Cabinet » (ancien responsable du suivi du programme ILM au cabinet du MSAS).

L'USAID a ainsi accompagné le Cabinet du ministère dans la création d'un espace de réflexion sur la réforme des politiques de santé et dans la formulation d'un projet destiné à réfléchir sur le renforcement de ses capacités. Ce projet est financé par la FBMG, qui est elle-même un acteur philanthropique associé à la promotion des intérêts et des instruments de gestion issu du secteur privé dans le cadre de la « Global Health », comme l'illustre sa

collaboration avec la Fondation Merck pour le financement d'anti-rétroviraux au Botswana (Chapitre 6)

Par ailleurs, au niveau des acteurs individuels, l'USAID recrute principalement des cadres ou des anciens cadres centraux du MSAS bénéficiant d'une connaissance intime des acteurs et du système de décision au sein du Ministère. Ce système conduit à un brouillage des frontières entre le MSAS et les agences d'exécution des programmes de l'USAID. Lors de nos entretiens avec des anciens cadres centraux du Ministère devenus experts dans le programme de Abt Associates, ces derniers présentent souvent les activités du MSAS sous la formule « nous avons fait », comme s'ils étaient toujours agents du Ministère et oubliant qu'ils sont en réalité en disponibilité ou à la retraite.

Pour leurs anciens collègues, leur influence est renforcée par le fait d'avoir été recrutés par le principal partenaire financier du MSAS, ce qui augmente considérablement leur salaire et leur donne un accès aux budgets d'investissement. Notons que cette pratique a fait partie des nombreuses critiques adressées à l'aide projet, car elle limite la capacité d'appropriation des Ministères bénéficiaires et s'oppose donc aux objectifs de la Déclaration de Paris. Elle est d'ailleurs interdite par nombre de partenaires, comme la CE ou l'AFD.

L'assistant technique d'un partenaire placé en situation de concurrence avec l'USAID au sein du MSAS dénoncera ainsi :

« L'approche des anglo-axons est de reprendre les anciens du Ministère, les doyens qui ont de l'influence, pour les recruter dans les agences d'exécution afin qu'ils puissent orienter le Ministère sur leurs intérêts » (entretien d'enquête, PTF, avril 2015).

La Banque Mondiale

Le dispositif d'influence de la Banque Mondiale s'inscrit dans une logique plus large qui a été présenté à travers les dispositifs du DSRP et du Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme.

Après une phase d'intervention directe dans la formulation des politiques pendant les différents programmes d'ajustement structurels, son influence se traduit aujourd'hui principalement à travers la « validation » du DSRP et le suivi de sa mise en oeuvre à travers le Cadre de Dépense à Moyen terme, qui se décline dans le MSAS par le Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD). Le DPPD est par ailleurs l'instrument de pilotage de la mise en oeuvre des Plans de Travail Annuel (PTA) du PNDS.

L'exemple de la mise en oeuvre des contrats de performance à travers l'appui budgétaire, présenté au chapitre 7, éclaire un dispositif d'influence à plusieurs niveaux :

- Au niveau de la formulation des politiques nationales, à travers la validation des DSRP mais aussi à travers le principe de sélectivité, qui constitue pour les gouvernements une incitation à intégrer les politiques promues par la BM ;
- Au niveau du conseil des Ministres, en conditionnant l'octroi d'importants programmes d'aide budgétaire à l'adoption de projets de décrets préparés ou validés par la BM ;

- Au niveau du Ministère des finances, à travers la mise en œuvre de programmes de gestion des finances publiques, qui conduisent notamment à la mise en concurrence des ministères pour la négociation budgétaire, plaçant le principe d'efficacité financière au cœur du processus d'arbitrage ;
- Au niveau des secteurs ciblés, par le financement direct de programmes de réforme.

Cette approche est coordonnée puisque le PNDS est établi pour décliner les objectifs du DRSP, dont le DPPD (CSDMT – Figure 24) constitue le cadre de mise en œuvre au niveau sectoriel.

Le programme d'aide budgétaire globale (ABG) a ainsi été utilisé pour appuyer les réformes du secteur de la santé à plusieurs niveaux :

« L'élaboration du programme prend en compte les analyses comme la revue de la dépense des finances publiques, et cible cette année les secteurs des finances publiques (notamment la mise en œuvre des directives de l'UEMOA), de l'Education et de la Santé (...). L'ABG a également la fonction de placer au niveau central les réformes voulues par les départements sectoriels (...). Cette année, les mesures sont axées sur le principe d'efficacité et porteront notamment sur (...) L'efficacité du secteur de la santé qui connaît d'importants problèmes suite au recrutement pléthorique de personnel non soignant, et à la décision d'accueillir gratuitement toute personne de plus de 60 ans sur présentation de la CNI, alors que l'Etat n'en a pas assuré le financement auprès des hôpitaux. Un décret de réorganisation du Ministère sera demandé, et des actions seront prévues concernant la mise en place de contrat de performance avec les deux hôpitaux les plus problématiques et le renforcement de la direction qui supervise les hôpitaux. » (entretien d'enquête, responsable du programme aide budgétaire, BM, janvier 2013).

L'aide budgétaire exerce ainsi une influence (i) sur le mode d'organisation du MSAS, même si le décret associé à la réorganisation créant la DGS et de la DRPS n'est toujours pas sorti, et (ii) sur la mise en place des contrats de performance dans les hôpitaux.

La mise en place de ces contrats a été réalisée avec l'appui du MEF, qui selon le conseiller du cabinet du MEF en charge de l'aide budgétaire a également conduit au renforcement du MEF dans la gestion des hôpitaux :

« A partir de début 2016 il y aura un nouveau texte, précisant que les recrutements doivent être validés par le Conseil d'administration, et approuvés par le MSAS et le MEF » (...) Nous aussi, on va renforcer notre contrôle au sein de conseil d'administration ». (entretien d'enquête responsable aide budgétaire, cabinet du MEF, février 2014).

Par ailleurs, le secteur de la santé reste un axe de la stratégie de la BM pour la période 2013-2017, comme le montre le démarrage d'un nouveau programme dans le secteur de la santé début 2015. Cette orientation stratégique, définie dans le document de stratégie pays, avait été présentée par le responsable de l'appui budgétaire lors de sa préparation :

« La BM est en cours de validation de la stratégie 2013-2017 qui devra appuyer la SNDS [le DSRP], qui devra être validé par le CA en février. Elle a deux axes : (i) La

croissance et la création d'espace fiscal, notamment par la création de PPP dans le domaine de l'énergie, des infrastructures, de l'enseignement sup (ex l'autoroute à péage), et (ii) Le développement humain : santé, éducation, etc. » (entretien d'enquête responsable appui budgétaire de la BM, janvier 2013)

Malgré l'absence de projet sectoriel depuis 2005, la BM a donc conservé une forte capacité d'influence sur le système de santé. Cette activité a été réalisée avec l'appui d'une équipe sectorielle basée à Dakar, composée d'un expert senior spécialiste de la gestion des structures de santé, ancien directeur d'hôpital français ayant par la suite réalisé un MBA à Harvard avant de rejoindre la BM, et d'un économiste français de la santé dont il s'agit de la première longue expérience. Ils ont participé à l'élaboration du projet FBR et ont formulé le Projet sectoriel. Leur volonté de faire carrière au sein de la BM semble les conduire à agir en entrepreneur institutionnel en faveur de la promotion du FBR en Afrique de l'Ouest.

La Coopération Française et l'AFD

La coopération française a abandonné son positionnement stratégique sur le secteur de la santé dans de nombreux pays africains à l'issue de la réforme du Ministère de la Coopération en 2000, au moment où le sujet devenait une priorité du département d'Etat américain.

Aujourd'hui, malgré un regain d'intérêt ces dernières années dans le cadre des OMD, la majeure partie de l'aide de la France au secteur de la Santé est distribuée à travers des financements multilatéraux ou des initiatives spécifiques comme le Fonds mondial. Elle ne semble donc pas défendre une capacité d'influence spécifique sur le secteur.

La coopération française est présente dans le MSAS à travers un conseiller technique. Son positionnement auprès du Ministre lui donne une capacité d'influence sur certaines décisions stratégiques. Toutefois son influence sur le MSAS est limitée par le fait qu'il ne dispose pas directement d'un programme doté de financements spécifiques lui permettant de se positionner « sur le marché des bailleurs de fonds » au sein du ministère.

Il est cependant impliqué dans l'élaboration et le suivi des projets de l'AFD qui est très présente à travers les projets dans les régions de Louga, Kolda et Sedhiou, ou le financement de l'institut Pasteur de Dakar. Toutefois ayant une approche ciblée sur la santé maternelle et infantile, elle ne participe pas directement aux débats sur la réforme du système de santé.

La Coopération Technique Belge

La coopération technique belge intervient depuis plusieurs années dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine et Thiès. Elle a une stratégie d'intervention ciblée sur cette zone, où elle intervient également dans le domaine connexe de l'Eau.

Dans les services centraux du MSAS, elle dispose d'un assistant technique international placé auprès du DPRS, qui appuie également le processus rationalisation du suivi du PNDS.

Le positionnement au sein de la DPRS permet théoriquement de mieux s'intégrer et d'influencer les grandes orientations et la planification du MSAS. Toutefois cette stratégie est limitée par la faiblesse de la DPRS et la fragmentation des politiques du MSAS.

Lux Dev

Lux Dev intervient principalement au Sénégal dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Dans les services centraux du MSAS, LuxDex dispose d'un assistant technique international placé auprès du DPRS, qui appuie également le processus de rationalisation du suivi du PNDS et de coordination des PTF.

Le positionnement au sein de la DPRS permet théoriquement de mieux s'intégrer et éventuellement d'influencer les grandes orientations et la planification du MSAS, toutefois cette stratégie est limitée par la faiblesse de la DPRS et la fragmentation des politiques du MSAS.

JICA

La coopération japonaise dispose d'un conseiller technique placé auprès du Cabinet. D'après les observations et entretiens réalisés, les difficultés de maîtrise de la langue française limite son influence au niveau central.

La coopération est mise en œuvre principalement à travers la fourniture d'expertise (assistance technique). Elle s'appuie au niveau opérationnel sur des expertises japonaises reconnues comme la maîtrise des processus qualité.

L'OMS

En tant qu'institution multilatérale de référence du secteur ayant un rôle privilégié de conseil, elle bénéficie d'une capacité d'influence auprès du MSAS. Lors de la préparation du PNFB, sa participation à travers un ancien DC du MSAS devenu économiste de la santé pour l'OMS, a certainement renforcé cette capacité d'influence.

Conclusion Section 1 :

L'USAID a créé un dispositif performant doté d'environ 50 millions de dollars par an entre 2006 et 2021. Ce dispositif s'appuie sur plusieurs anciens fonctionnaires du MSAS disposant d'une forte capacité d'influence. Il est coordonné par une composante en charge de la réforme des systèmes de santé mise en œuvre par Abt Associates, qui est pilotée depuis 2006 par un ancien fonctionnaire du MEF qui a été l'un des principaux acteurs de l'expérimentation du dispositif de couverture assurantielle à travers les mutuelles communautaires et la mise en place du FBR au Rwanda.

Ce programme intervient dans le cadre d'une coalition avec les autres partenaires extérieurs néolibéraux en faveur de la promotion du NPM dans les systèmes de santé, la Fondation Bill et Melinda Gates et la BM.

Le programme a d'abord encouragé la création d'un espace de réflexion au niveau du Cabinet chargé de la réforme des politiques et systèmes de santé.

Malgré une absence de projet dans le secteur, l'équipe régionale de la BM s'est appuyée sur le dispositif de l'USAID et sur son programme d'aide budgétaire globale pour conserver une influence au sein du MSAS et préparer le Projet de financement du programme FBR lancé en 2015.

La CTB et Lux Dev interviennent en appui au système de santé de certaines régions. L'approche de la CTB s'oppose au modèle de l'USAID, alors que Lux Dev essaie d'intégrer les approches nationales et donc le FBR dans ses propres activités.

La France est présente à travers un coopérant français au sein du cabinet, mais celui-ci ne dispose pas d'instruments de financement spécifiques, ses fonctions de représentant du Fonds Mondial ou de l'AFD étant éloignées de la réforme des systèmes de santé.

L'OMS garde un rôle de conseil qualitatif privilégié auprès de la Ministre sur les grandes réformes.

Section 2 : La construction du programme national FBR

1. Le lancement de projet pilote FBR

a) L'Initiative pour le Leadership Ministériel et la mission du Cabinet au Rwanda

Le projet a été initié dans le cadre de l'Initiative pour le Leadership Ministériel (ILM), qui a financé la réalisation de deux voyages d'études afin d'identifier des bonnes pratiques permettant de renforcer le cabinet du Ministre, ou d'identifier des réformes stratégiques susceptibles d'améliorer les politiques de santé.

Deux enjeux étaient alors mis en avant par le MSAS dans le cadre de cette initiative : (i) le renforcement de l'appropriation nationale dans le cadre de la Déclaration de Paris, et (ii) le besoin de trouver un moyen permettant d'allouer les ressources vers les zones rurales. L'évaluation du premier PNDS avait en effet mis en avant le fait que seules 6% des ressources avaient été allouées aux postes de santé en zones rurales, qui concentrent pourtant les principaux enjeux liés à l'atteinte des OMD.

« Notre priorité c'était essentiellement sur deux choses : comment par rapport à la déclaration de Paris, rendre l'approche plus effective, Comment vraiment avoir la coordination des Partenaires ? Le deuxième point, c'est avec les réformes du secteur de la santé, surtout les réformes dans le financement de la santé. Comment donner au Ministère un outil assez intéressant, qui lui permet de faire la répartition de ses ressources de façon équitable ? Parce que en fait, des études ont montré que les ressources, surtout [pour celles] que le Ministère recevait de l'Etat, la répartition se faisait de façon holistique. C'est toujours les mêmes rubriques et on ne voit pas le rapport aux performances et aux besoins de la région, et on a dit par rapport à ces deux points on va faire deux recherches. (...). Et quand on a discuté, en plus des rapports que le consultant que l'on a choisi devait produire, il fallait visiter un pays où ces sujets sont en train d'être traités et sont en train de progresser. Pour l'approche sectorielle et l'harmonisation, le Ministère avait choisi le Mali. Pour les réformes dans le financement de la santé, le Ministère avait choisi le Rwanda. ». (entretien d'enquête, ancien responsable de projet ILM au cabinet du MSAS)

La mission au Rwanda, qui était composée du Secrétaire Général et de cinq agents du MSAS, accompagné du consultat ILM et d'un expert d'Abt Associates, correspond ainsi à la découverte de l'instrument :

« Et il y avait une équipe composée de 7 personnes. Il y en avait 5 du MSAS et il y avait 1 de Abt, et le consultant qui devait travailler sur ce sujet. Quand on est parti, on a rencontré le Ministère de la santé, on a discuté et on voulait voir, comment ils font la répartition de leur budget ? Comment ils font en sorte que le budget soit réparti en fonction des besoins et des priorités ? Mais on s'est rendu compte que, par rapport au budget de l'Etat, on fait à peu près la même chose. Que c'était des répartitions sur des rubriques que l'on reconduisait presque chaque année. Mais dans la présentation, le financement basé sur les résultats revenait toujours. Et nous avons dit que l'on avait envie de comprendre ce mécanisme que vous êtes en train de mettre en place. Et dans la planification des services que l'on devait visiter, ils ont consacré une matinée pour aller voir la cellule chargée de mettre en oeuvre le financement basé sur les résultats. Et les personnes qui composaient la délégation étaient tellement enchantées par cet outil. Comment il fixait les objectifs. Comment se fait la vérification, et à l'atteinte des résultats les motivations qu'on donne. Et ce que les bénéficiaires font des motivations, et cela a permis de relever le niveau des indicateurs du Rwanda. On a fait une réunion de debriefing avant de rentrer et on s'est dit qu'il faut faire un bon rapport, et une fois que l'on rentre au Sénégal, on présente cela au cabinet et on va vraiment les inciter à réfléchir sur comment avoir un mécanisme à peu près comme cela au Sénégal ». » (entretien d'enquête, ancien responsable de projet ILM au cabinet du MSAS)

Pour ce cadre du MSAS, la découverte du RBF était donc fortuite, ce qui apparaît étonnant puisque le pays avait été sélectionné par ses bonnes pratiques en matière de réforme du financement de la santé, qui sont précisément le FBR et les mutuelles de santé communautaires.

Pour le responsable de la composante du programme de l'USAID mise en oeuvre par Abt Associates, qui a lui-même participé à la mise en place des réformes au Rwanda, le choix était ciblé dès l'origine vers le FBR et les mutuelles de santé, qui constituaient précisément des approches innovantes en matière d'allocation des ressources :

« Quand vous lisez les rapports sur le Rwanda, le FBR ou les mutuelles de santé sont des nouveaux mécanismes d'allocation des ressources, ils [la délégation ministérielle] pensaient voir une formule bien écrite avec des critères, mais on les a mis en face de la réalité, (...) », (entretien d'enquête, responsable projet d'appui Abt Associates).

De plus, selon lui l'objectif de monter un projet FBR, avec ensuite l'appui de la BM pouvant bénéficier du trust fund (FRITH), était identifié par la BM et l'USAID très en amont :

« (...) l'USAID c'est une source de financement, mais une source de financement peut toujours essayer d'utiliser ses ressources comme des leviers, pour soulever des ressources plus importantes, ce que la BM lui a offert. Parce que la BM a un trust fund qui porte le FBR uniquement, et la façon dont le trust fund fonctionne, c'est le partenaire met par exemple 1 million de \$, l'IDA [International Development Association – Groupe BM] va mettre 4 millions. Alors l'USAID ne peut pas avoir une opportunité comme cela, être juste à côté à Washington, et ne pas l'exploiter pour le Sénégal. Et c'est cela que l'USAID a fait en réalité. Il y avait la BM qui était intéressée à financer le FBR ici. On a dit ; « on va se mettre ensemble pour essayer de monter un mécanisme de financement

qui va tirer partie de toutes les opportunités qui sont là dans le domaine de la santé ». Même avant qu'il ait eu le projet pilote. Mais ce qui a retardé le projet de la BM c'est qu'en 2011 il y a eu toutes ces difficultés politiques ici au Sénégal. Ce n'était pas la période la plus indiquée pour monter un grand projet, mais dès que l'on a commencé à avoir un nouveau régime qui s'est installé, rapidement le projet de la BM a été monté ». (entretien d'enquête, responsable projet d'appui Abt Associates).

L'effet incitatif du trust fund assurant la promotion du FBR (HRITF), associé à la capacité d'influence de l'USAID, a donc entraîné la réalisation d'une coalition entre les responsables locaux de l'USAID et de la BM pour mettre en œuvre un programme de réforme basé sur le modèle rwandais et intégrant un projet FBR.

Par ailleurs, cet extrait montre bien la volonté de l'USAID d'utiliser tous les leviers proposés par les acteurs de la santé globale qui partagent sa vision néolibérale : la FBMG et la BM dans le cas.

Pour la mise en place du modèle de la « short route of accountability » au Sénégal, cela permettait de maximiser les ressources de la BM en faveur de la mise en place du FBR, et de concentrer les ressources de l'USAID sur l'appui aux mutuelles communautaires.

En revanche, l'utilisation du projet de la FBMG par l'USAID pose question, puisque les résultats n'ont pas abouti à un renforcement du « leadership » du MSAS sur les partenaires. Le volet sur le renforcement de la coordination des PTF par le MSAS a été abandonné, et le volet sur la réallocation des ressources par le niveau central a été remplacé par la promotion du modèle de la « short route of accountability ». Ce modèle, comme la volonté de la BM de recréer une structure de planification au MSAS, semble démontrer une volonté de renforcer le rôle du gouvernement central dans la mise en place de nouveaux systèmes de régulation transnationaux.

Le projet « Initiative pour le Leadership Ministériel » va ainsi adopter le FBR comme une solution permettant au niveau central d'allouer des ressources dans les zones rurales, ce qui constitue de fait une nouvelle régulation centrale pour répondre aux déséquilibres générés par la décentralisation imposée lors des PAS. Cette vision du FBR répond à la réalité de l'expérimentation rwandaise qui a pu être observée par l'équipe du MSAS, à savoir un instrument d'allocation de ressources, donc de re-régulation au service du niveau central.

En revanche, cette utilisation est opposée au modèle de la « short route of accountability », ainsi qu'à la valorisation de l'expérience rwandaise telle qu'elle a été présentée dans les packages rationnels qui l'accréditent (Meesen et al, 2011). En effet, comme nous l'avons montré au chapitre 5, cette valorisation a éliminé des éléments de contextes essentiels, comme l'encastrement de l'instrument dans des dispositifs de contrôle centralisé, ainsi que l'acceptation d'un régime autoritaire par la population dans un contexte post-atrocité. Cette manipulation avait pour objet de mettre en avant les principes néolibéraux de contractualisation et d'efficacité de marché, ainsi que les qualités de reproductibilité, de durabilité et de communicabilité du modèle de régulation par le marché promu.

b) L'Equipe d'Initiative et de Politique et le Projet Pilote

Après le retour du Rwanda, l'équipe de l'Initiative pour le Leadership Ministériel (ILM) a présenté ses travaux à l'Equipe d'Initiative et de Politique de Santé, présidée par le SG et chargée de réfléchir aux initiatives et réformes, ce qui a conduit à la création d'un comité chargé de réfléchir à l'expérimentation au Sénégal :

« Quand on est rentré, au nom de l'ILM on a travaillé et on a fait un rapport. Et depuis 2008 il y avait ici au Ministère ce que l'on appelle l'Equipe d'Initiative et de Politique de Santé, qui est un peu un Comité composé des chefs de service et des directions du MSAS, mais aussi de tous les partenaires qui appuient le MSAS, les PTF, les collectivités locales, les partenaires sociaux, la société civile. Donc on a demandé au président de l'EIPS qui est le SG, de présenter la restitution de notre voyage d'étude. On a restitué les résultats, l'assistance a posé quelques questions, et tout le monde a pensé que par rapport à la réforme de la santé avec la gestion axée sur les résultats, il est bon vraiment de voir si c'est faisable et que l'on puisse expérimenter cela. Le président de l'EIP a dit qu'il allait discuter avec la Ministre et mettre en place un comité, et ce comité va réfléchir sur comment essayer de mettre le FBR au niveau du Ministère de la santé. Et c'est parti comme cela. » (entretien d'enquête, responsable ILM).

L'Equipe d'Initiative et de Politique qui a avait été créé avec l'appui de l'USAID sera ainsi à l'origine de trois groupes de travail portant sur (i) le FBR, (ii) les mutuelles communautaires et (iii) le renforcement des urgences. Le rôle de l'EIP dans le lancement de l'initiative FBR est d'ailleurs mis en avant par les différents acteurs :

« Il y avait ici l'équipe d'initiative de la santé qui était animé par le SG, et qui avait beaucoup poussé, je pense que c'est un élément important » (entretien, expert senior santé de la BM, avril 2015) »

Les entretiens présentent également la responsable du projet au sein du cabinet comme un entrepreneur institutionnel ayant favorisé l'adoption du FBR par le MEF en suivant les objectifs du programme de l'USAID, ce qui lui a donné une forte visibilité au sein du cabinet, puis lui a permis d'être recrutée comme expert sur le sujet par Abt Associates :

« C'est eux-mêmes qui nous ont plus ou moins poussés, donc ça n'a pas été très compliqué d'avoir l'appui de l'USAID. Ensuite dans la démarche, nous avons eu Dr Ndack qui était un agent du ministère de la santé qui a porté ça ; très mobilisée, très convaincue, acharnée au travail. Et ensemble, on a mis en forme le projet avec l'appui de Apt et de l'USAID. C'est après seulement qu'elle est partie et qu'on a mis en place l'unité qui est rattachée à la direction générale de la santé ». (entretien, ancien SG MSAS et Président de l'EIP, mai 2015)

L'USAID a ensuite financé un cabinet spécialisé dans l'aide aux pays pour la mise en place du FBR, ce qui a abouti à la réalisation d'un document de projet présenté au Ministre en aout 2011, conduisant à la phase d'expérimentation de 2012.

« On a eu un président du groupe [de travail sur le FBR] qui était le chef de la division des soins de santé primaire, qui coordonnait l'équipe, et dans le groupe il y avait les PTF, dont l'USAID, Abt, l'OMS, la BM, beaucoup de partenaires, et de façon périodique

on faisait des réunions. Il nous fallait un document de projet, on a conçu un document de projet et à un certain moment on a été bloqué. Et l'USAID a dit qu'il est prêt à apporter une assistance technique. C'est comme cela qu'ils ont contractualisé avec un cabinet qui se trouve à Washington, qui était dans les pays pour les appuyer à mettre en place le FBR. Et on a eu un document de projet que l'on a présenté au Ministre de la Santé en aout 2011 ». (entretien d'enquête, responsable projet FBR Abt).

2. Le projet pilote FBR

a) Objectif du projet

Suivant le document de présentation du Projet pilote, le financement basé sur les résultats constitue un dispositif incitatif destiné à aligner, au niveau local, les intérêts des agents du MSAS sur les objectifs du Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme (CDSM - ensuite rebaptisé Document de Plannification Pluriannuel des Dépenses) :

« sa mise en œuvre [le CSMT] nécessite la réorganisation du système de management du district sanitaire, la culture de la performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité...

« L'ancrage de la culture de la performance comme principe de gestion suppose l'élaboration d'instruments appropriés qui permettent d'assurer la cohérence entre le budget et les priorités du secteur, de suivre les performances afin de les améliorer progressivement et de façon durable »

« Par ailleurs, le personnel de santé insuffisant en quantité et qualité, semble peu motivé. En plus, le système d'information souffre d'une insuffisance de promptitude, de complétude et d'exhaustivité qui hypothèque le processus de prise de décisions destinées à corriger les déficiences de performance »

Ces conditions ne sont pas en faveur de l'amélioration des performances des districts d'autant plus que, les programmes de santé restent cloisonnés ». (Annexe 3, page 7).

Ces éléments de justification du projet présentent donc le FBR comme un instrument de renforcement de la gouvernance sanitaire locale, considéré comme un levier d'efficacité pour pallier les manques de ressources financières et humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs.

b) Zone géographique

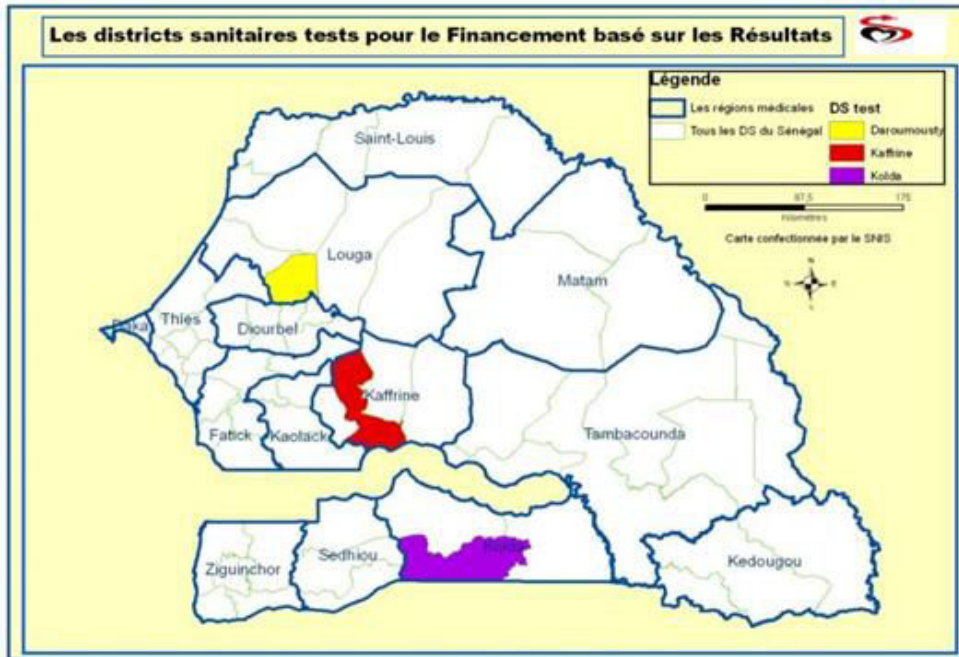
Le programme concerne des zones rurales dont les indicateurs de santé liés aux OMD ont connu un fort décrochage dans les années 2000, constat d'ailleurs commun à la plupart des pays du continent. Les programmes FBR ont dès l'origine été conçus comme un instrument au service d'un renforcement des systèmes de santé dans les zones rurales. En 2004, au Sénégal, la totalité des programmes financés par des partenaires extérieurs ciblaient exclusivement les zones rurales.

Le lancement du projet pilote au Sénégal a été effectif à partir d'avril 2012 dans deux districts sanitaires. La carte ci-dessous permet d'identifier ces deux zones (Kaffrine en rouge et Kolda

en violet), la troisième identifiée (en jaune sur la carte) ayant été exclue de l'expérimentation juste avant son lancement, d'après nos entretiens d'enquête, suite à une poursuite de la grève de l'information sanitaire par les agents locaux.

Le choix initial des trois régions a été fait sur la base de leurs niveaux de développement respectifs différenciés : élevé à Kaffrine, intermédiaire à Daroumousty, faible à Kolda.

Figure 25, **Carte des districts du projet pilote FBR**



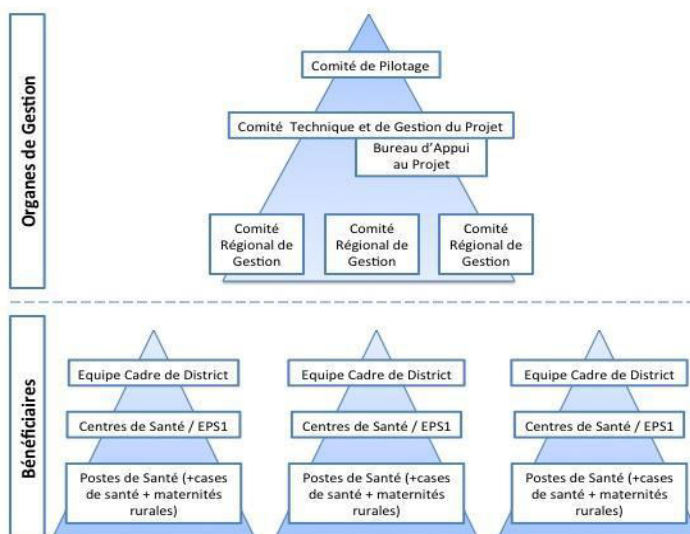
Source : document de projet du FBR (Annexe 3, p.10)

En 2013, l'expérimentation sera étendue aux cinq autres districts des régions médicales de Kolda et Kaffrine.

c) Organisation et dispositif institutionnel

Le dispositif institutionnel du projet est présenté dans le schéma ci-dessous :

Figure 25, **Dispositif institutionnel du projet pilote FBR**



Source - Manuel de procédure du projet pilote FBR (Annexe 4)

Les bénéficiaires sont les Equipes Cadres de District (ECD) chargées de piloter la mise en œuvre des politiques de santé publique, les Centres de Santé (1 par District sanitaire) et les Postes de Santé, puis doivent être intégrées les Equipes Cadres de Région qui assurent la coordination des politiques au niveau régional.

Un contrat annuel de performance est signé entre le Médecin chef de région (MCR) d'une part, et les médecins chefs de district (MCD), les représentants des ECD, les médecins chefs de centre de santé et les infirmiers chefs de poste pour la mise en œuvre. Dans le cas des hopitaux, le contrat est signé directement entre son directeur et le Ministre.

Les MCD ont un rôle d'animation dans la mise en œuvre du projet et l'ensemble des responsables doivent alimenter mensuellement le système d'information permettant d'évaluer leur performance.

Le système d'incitation est fondé sur une enquête de base qui permet de déterminer un niveau de référence à partir duquel les cibles du contrat sont définies.

Tableau 21, **Règle pour le calcul des cibles à atteindre**

Indicateurs	Références de Base	Augmentation attendue
Taux de promptitude de rapports SIS* périodiques Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques	Cible = 100% quelque soit la référence de base	
Taux de couverture vaccinale des enfants 0-11 mois	Moins de 50%	30 points par an
Taux de couverture SNP** des enfants 0-24 mois	Entre 50% et 70%	20 points par an
Taux d'accouchements réalisés par un personnel qualifié	70% ou plus	10 points par an
Taux d'utilisation en consultation post natale		
Proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A	Moins de 50%	20 points par an
	Entre 50% et 70%	15 points par an
	70% ou plus	10 points par an
Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale	quelque soit la références de base	5 points par an
Proportion de femmes enceintes séropositives sous antirétroviraux	Cible = 100% quelque soit la référence de base	
Taux de couverture des femmes enceintes en Traitement Préventif Interminant (x2) Taux de dépistage de la tuberculose (Centres de Santé) ; Taux de succès au traitement de la tuberculose (Postes de Santé)	Moins de 60%	30 points par an
	Entre 60% et 70%	20 points par an
	70% ou plus	10 points par an
* SIS = Système d'information Sanitaire		
** SNP Stratégie Nationale de Prévention (principalement vaccination)		

(Source : Document de présentation du projet pilote FBR - Annexe 3)

Le non respect de « la check list qualité » entraîne une diminution de la prime. La performance est évaluée et récompensée par trimestre.

d) Les évolutions entre le modèle rwandais et le modèle sénégalais

Le dispositif incitatif défini dans le projet pilote connaît deux principales évolutions par rapport au modèle rwandais défini dans les packages rationnels diffusés par la BM, évolutions qui seront au cœur des négociations entre les différentes partie-prenantes.

1. Du financement basé sur les résultats au financement basé sur la performance.

Le modèle du FBR au Rwanda se concrétise par le versement d'une prime prédéfinie pour chaque acte de soin réalisé, ce qui constitue en soit un mécanisme d'allocation fondé sur l'activité. Même s'il peut coexister avec une dotation budgétaire plus classique, il constitue un premier pas vers le paiement à l'acte, et donc vers la mise en place d'un nouveau système d'accountability à travers une logique de marché entre des structures de santé dotées d'une gestion autonome et des mutuelles de santé.

A l'inverse, le modèle du projet pilote sénégalais se concrétise par le versement d'une prime en fonction de l'évolution des indicateurs clés. Alors que le premier est un financement basé sur les résultats, le second est un financement basé sur l'amélioration de la performance de la structure par rapport à une situation de référence. Pour l'équipe du projet cette évolution se justifie notamment par le fait de ne pas payer de prime pour des prestations qui ne correspondent pas à une meilleure performance.

Cette approche incitative intègre au Sénégal les équipes cadre des structures de coordination locales que sont les Districts Médicaux et les Régions Médicales. Elle constitue donc un dispositif de reprise de contrôle des systèmes de santé existant par le MSAS, ce qui limite la perspective d'un basculement vers le modèle de régulation par le marché que constitue la « *short route of accountability* ».

2. Un montant limité basé sur les salaires

Le montant des primes est établi sur la base des salaires, ce qui élimine l'incitation à se rendre dans des centres de santé ayant moins de personnel dans le but d'accroître ses revenus. Ce n'est donc pas un instrument incitant à la réallocation des RH en fonction de l'activité.

De plus les montants versés sont principalement destinés à verser une prime de motivation au personnel (75%), seul 25% devant être consacrés à des petits investissements pour la structure.

Enfin le montant de la prime est assez faible, car la prime maximale est fixée à 20% de la somme des salaires de la structure, alors que la BM demandera une augmentation à 30 ou 40% du salaire lors de la négociation de l'extension. Ce seuil de 20% sera fixé par les agents du MSAS comme étant un « minimum incitatif » dans une perspective d'extension et de pérennisation du dispositif sur financement national.

En conclusion, la négociation du projet pilote a abouti à l'élaboration d'un dispositif incitatif destiné à renforcer le contrôle du niveau central sur les systèmes de santé existants au niveau local (région, district sanitaire, centre et poste de santé). Il constitue ainsi un renforcement de la régulation sanitaire nationale qui avait été limitée par la décentralisation. Cette logique s'oppose à un renforcement de la décentralisation vers les structures de santé à travers le paiement à l'acte, et donc à un basculement vers un modèle de régulation par le marché.

L'élaboration de ce projet a duré plus d'un an et demi, période pendant laquelle des rencontres régulières ont fait l'objet d'intenses discussions entre les parties-prenantes. Il convient dès lors de présenter en détail cette négociation, qui a abouti au « compromis performatif » que constitue ce modèle.

3. Le processus de négociation du projet pilote

a) Les principales parties-prenantes de la négociation du projet pilote

Le groupe de travail du MSAS, que le consultant assiste pour la réalisation des travaux qui sont présentés au Comité, est constitué de représentants des différentes directions ou services du MSAS. En particulier la Direction de la Santé, la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, en charge de la réforme du processus d'allocation budgétaire, la Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire qui sera transformé en DPRS, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Lors de l'élaboration du document de projet, le MSAS est confronté à des nombreuses contraintes :

- Un problème d'allocation des ressources qui défavorise les structures de santé en zone rurale et doit être réformé.
- Un problème de mauvaise gestion locale des structures de santé suite au processus de décentralisation
- Un problème de fidélisation du personnel de santé dans les zones rurales, qui a donné lieu à des expériences pilotes de contractualisation spécifique. Un travail plus global sur les indemnités associées aux zones difficiles est alors en cours de réalisation par la DRH du Ministère, mais les négociations ont bloqué sur la définition des zones difficiles, certains syndicats estimant que les zones pauvres urbaines constituent également des zones difficiles. La stratégie n'a ensuite jamais été finalisée.
- Une grève de l'information sanitaire était en cours depuis plus d'un an. Cette grève était principalement survenue dans le cadre de négociations salariales, qui ont conduit à l'octroi d'une prime fixe trimestrielle pour tous les personnels du MSAS, d'un montant de 150 000 FCA par trimestre (228€). Cette grève a notamment entraîné la sortie du Sénégal des dispositifs d'analyses internationales sur la santé de l'OMS, et a également bloqué les possibilités d'analyse de la performance du MSAS au niveau national.

Pour le gouvernement, le RBF répond donc en premier lieu au besoin de procéder à une allocation en faveur des zones défavorisées, sans entreprendre de réforme du système budgétaire central qui entraînerait une réallocation de ressources des zones urbaines vers des zones rurales, transfert qui s'avérerait politiquement et socialement très sensible pour le MSAS alors au milieu d'un conflit social. Le projet est ainsi d'abord présenté comme une

solution de réallocation par la mission de l'ILM intitulée : « Analyse de la situation et la réforme de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé ».

La méthode d'allocation définie permet de garantir que les fonds du programme soient effectivement transférés aux structures de santé, et ainsi d'éviter les détournements dont sont parfois victimes les fonds de dotation.

« Je ne sais pas si vous êtes au courant de toutes les difficultés que l'on a, des distractions de ressources, des conflits, des détournements. Bon maintenant on a un mécanisme plus transparent et qui implique davantage d'acteurs et cela permet de verrouiller, en quelque sorte, le système et d'éviter les fuites de ressources, les détournements de ressources. » (entretien d'enquête, SG du MSAS, mai 2015)

Elle permet aussi de garantir un financement aux personnels communautaires, car comme dans le cas des hôpitaux avant la réforme de 1998 (chapitre 7), les structures de santé fonctionnent principalement avec du personnel communautaire qui intervient en partie sur la base du volontariat, ce qui limite la professionnalisation et accroît le « *turn over* » :

« je voyais aussi derrière que c'était une manière de régler la question de la motivation des agents de santé communautaires et des bénévoles. Parce que vous venez dans un centre de santé, vous trouvez un agent qui est rémunéré par l'Etat, vous trouvez 3 ou 4 matrones ou agents de santé communautaires qui ne sont absolument pas rémunérés ou qui le sont de façon dérisoire par le comité de santé. Et comme au Rwanda moi j'avais vu qu'avec ce système de paiement à l'acte on parvenait quand même à les motiver et à les maintenir dans le système, alors qu'ici les gens n'étaient pas motivés et à chaque fois qu'ils avaient atteint un certain niveau de compétence technique, ils cherchaient à partir ailleurs. Alors j'avais considéré qu'en consacrant autant de ressource à la motivation du personnel, on pourrait en avoir une partie qui irait pour justement motiver les agents de santé communautaire qui n'avaient pas de rémunération de l'Etat, de rémunération officielle ». (entretien d'enquête, SG du MSAS, mai 2015)

Il permet également de conditionner le versement de primes à la remontée d'information et ainsi de limiter les grèves de l'information sanitaire, ce qui était un enjeu important d'après notre entretien avec représentant du Système National d'Information Sanitaire dans le groupe de travail.

Parallèlement à cette reprise de contrôle, l'idée du SG est également d'utiliser les incitations pour obtenir les dynamiques qui avaient été escomptées de la réforme de la décentralisation dans le PNDS I, mais ne s'étaient pas concrétisées en matière d'appropriation locale et de participation financière des collectivités locales :

« Ici on peut dire maintenant que le Maire, le président du comité de santé, est suffisamment impliqué, et donc je crois a plus d'enthousiasme à pouvoir s'investir dans le fonctionnement de la structure, et peut-être même à disons aller chercher des moyens supplémentaires à travers les budgets des communes pour abonder celui de la structure. Je crois que c'est un moyen pour les populations de prendre en main leurs propres structures, et cela va dans la philosophie du mouvement de décentralisation qui est très fort au Sénégal. (entretien d'enquête, SG du MSAS, mai 2015)

Pour le MSAS, il y a donc à la fois la volonté de reprendre un certain niveau de contrôle sur le fonctionnement des structures de santé, en particulier au niveau des finances et du système d'information, mais également l'espoir de dynamiser les structures pour qu'elles améliorent leur performance sur les indicateurs et qu'elles amènent pour cela les collectivités locales à les cofinancer.

L'USAID a un rôle central dans le processus puisqu'elle participe aux négociations au nom de Abt Associates comme au nom de l'USAID. Elle finance également le cabinet de consultants qui appuie le groupe de travail du MSAS pour réaliser le projet pilote.

Le cabinet « Broadbranch » a été contractualisé par Abt Associates pour accompagner le MSAS sur une longue période :

« ils sont spécialisés dans le financement de la santé, ce sont des économistes de la santé, ils aident les pays à travailler, à appliquer. C'est ce cabinet qui nous a appuyé et il continue même à distance. Actuellement il y a quelqu'un qui est là 15 jours pour travailler avec le Ministère, dans la mise en place du site web FBR pour la MSAS. » (entretien d'enquête, responsable projet FBR Abt, décembre 2014).

Le cabinet Brodbranch est présidé par Rena Eichler, qui a été responsable des travaux de promotion du FBR par le think tank CDG présenté au chapitre 5. Elle est ainsi co-autrice de nombreux travaux du CDG sur le FBR, notamment l'article "Performance-Based Incentives for Health: Six Years of Results from Supply-Side Programs in Haiti" (Eichler et al, 2007), et le livre « Performance Incentives for Health- Potential and Pitfalls (Eichler et Levine, 2009).

Pendant ces publications, elle est par ailleurs déjà Présidente du cabinet Broadbranch spécialisé dans l'appui à la mise en place de modèle PBF, quelle a fondé en 2006 d'après sa page personnelle LinkedIn. Il est ainsi intéressant de noter que pendant la publication des travaux du CDG sur la promotion des résultats du PBF à Haiti, la première responsable de ces travaux a initié une démarche de commercialisation de l'instrument. Cette situation constitue de fait un conflit d'intérêt qui n'est pas mentionné dans ses publications.

Les missions d'accompagnement constituent en effet une forte opportunité commerciale pour les « chercheurs consultants », qui d'après le site internet de Brodbranch se traduit dans le cas sénégalais par « un partenariat de 5 ans avec l'USAID en faveur du renforcement du système de santé au Sénégal ». A titre d'exemple, dans le volet offre du projet BM, le montant de l'accompagnement est de 7,9 millions USD, pour un programme d'activité de 14,4 millions USD, soit 35,4% du montant total.

Comme les responsables de l'expérimentation rwandaise au sein du gouvernement de la BM et de Abt Associates étaient intéressés à sa valorisation suivant le modèle promu par le financeur (chapitre 5), les thinks tanks comme le CDG et les cabinets de consultants comme Broadbranch sont directement intéressés par sa valorisation suivant le modèle du financeur. La diffusion du FBR génère en effet pour eux de fortes opportunités commerciales, ce qui entraîne une démarche spéculative en faveur des acteurs impliqués dans la diffusion de l'instrument.

La Banque Mondiale a suivi le processus, mais n'aurait pas été invitée à participer à la finalisation n'ayant pas ressources disponibles à ce moment là pour le FBR. Le responsable du projet santé de la BM précise toutefois avoir suivi la finalisation du projet dans le cadre de rencontres informelles avec le consultant de Broadbranch, sans toutefois pouvoir infléchir l'évolution à l'œuvre en faveur du financement à la performance.

La Coopération française a été présente au début du processus à travers le Conseiller Technique qui s'est fortement opposé au projet dans son principe, d'après le SG de l'époque :

« On avait un conseiller technique à l'époque qui était là, Monsieur Cluzeau, qui était en quelque sorte le porte étendard de cette opposition qui voulait qu'on n'utilise pas autant de ressources n'est-ce pas, pour disons l'achat de résultats qui devaient être produits par des agents qui étaient déjà payés pour cela. Il y en avait beaucoup qui le comprenaient... » (entretien, SG MSAS, mai 2015)

La Coopération Technique Belge a été présente à travers le Conseiller de coopération qui était également très opposé au principe du FBR.

« Ce sont des approches qui sont proposées par les partenaires. Ce n'est pas le gouvernement sénégalais ou le ministère de la santé qui a dit que nous allons développer un programme basé sur la performance, ou un financement basé sur la performance. Si vous lisez le PNDS, on en parle pas à ce moment là. C'est la BM et aussi d'autres partenaires par exemple l'USAID etc., qui sont venus avec cette approche là, et comme il y a de l'argent qui l'accompagne et bien on dit oui. C'est sûr que si je viens avec une nouvelle approche et de l'argent, on va dire oui. (...) Ce n'est pas une approche que je soutiens car elle ne pousse pas à la responsabilisation. C'est plutôt un incitant qu'on présente pour faire avancer les gens, pour les faire travailler. Personnellement je ne suis pas payé à la performance cela ne m'empêche pas de faire mon travail consciencieusement. Ce qui m'étonne c'est que ceux qui encouragent ces approches là généralement ne sont pas payés à la performance. Si les experts de la BM étaient payés en fonction de leurs résultats en terme de développement des pays, ils seraient beaucoup moins riches qu'ils ne le sont.» (entretien, conseiller de coopération, ambassade de Belgique, décembre 2014)

L'OMS a été présente à travers son économiste principal, qui s'est également opposé au principe du FBR :

« il y a des craintes par rapport à cette approche là, et en plus je suis toujours très gêné quand la performance doit être payée, alors que normalement on est là pour faire des performances. (...) Moi je sais que je n'étais pas le seul. Il y a un collègue français, qui lui était totalement contre, le représentant de l'ambassade belge aussi n'est pas le plus fervent partisan. »

« Cela a été fortement soutenu, par des gens fortement influencés par ce qui se fait au Rwanda. D'ailleurs c'est cette même mauvaise orientation qui nous rattrape par la CMU essentiellement basée sur des mutuelles communautaires. (...). Moi je suis contre l'importation de schémas, mais si tu l'importes alors fais le avec ce qui rend la chose faisable [la nature officieusement obligatoire de l'assurance maladie au Rwanda, et l'absence de programmes de gratuité concurrent].

« Pour cette histoire de FBR, j'aimerais connaître des pays où il n'y avait plus de partenaires et où cela a continué de fonctionner. J'aurais bien aimé voir ça, parce qu'il ne faut pas que les gens abordent un problème en n'osant pas l'aborder frontalement. La question fondamentale des personnels de santé, en Afrique, c'est que les gens sont mal payés. Il ne faut pas chercher midi à quatorze heures. Il faut que les gens soient bien payés et que les gens aient toute l'autorité requise pour faire travailler les gens. Alors les gens sont mal payés, personne ne parle de ça, c'est la fuite en avant par rapport à l'autorité et on fait miroiter de petits bonbons aux gens pour leur dire : voilà si vous faites ça... » (entretien d'enquête, économiste OMS, 27/04/2015).

Les syndicats ont également participé à la négociation et constituaient une force importante, car le MSAS connaissait alors une grève de l'information sanitaire depuis plus d'un an.

- Le processus de négociation

Pour comprendre l'évolution de la négociation vers le modèle défini par le projet pilote, le SG, qui animait le processus en tant que président du comité, met en avant différents éléments.

Tout d'abord il souligne que la démarche s'inscrivait à l'origine dans la modèle de l'expérience rwandaise (une prime à l'acte), mais précise ensuite les limites rencontrées lors de la phase de négociation :

« la limite c'était qu'on avait juste l'USAID qui nous accompagnait et il n'avait pas de ressources domestiques pour cette opération, et on n'avait pas non plus d'autres partenaires qui nous accompagnaient. Mais c'est vrai que cela n'a pas été aussi évident parce que quand nous sommes revenus au Rwanda et que nous avons conclu que la démarche était bonne et que nous pouvions l'utiliser, nous avons été confrontés à d'autres positions qui étaient moins enthousiastes. La première question qui était posée c'était : « Mais pourquoi donner encore de l'argent à des agents qui sont payés pour produire des résultats ? ». Voilà ces agents ont été recrutés dans la fonction publique, ont des salaires, sont rémunérés régulièrement pour produire des résultats sur la base des objectifs qui ont été assignés au système et qui sont donc équilibrés. Donc pourquoi leur donner des sous supplémentaires ? C'est l'un des éléments du débat, les autres c'était : est-ce qu'il n'y avait pas de risque, dans la mesure où il fallait nécessairement faire des choix par rapport aux objectifs et indicateurs, de voir d'autres points qui n'avaient pas été retenus être délaissés par les acteurs ? Nous avons envie de mettre l'accent sur la santé maternelle, les visites prénatales, la planification familiale, la vaccination etc. Est-ce que vous ne courez pas le risque de voir que les agents délaissent d'autres problématiques non ciblées ?

Evidemment, nous notre position à l'époque, c'était qu'il était vrai que des ressources étaient mobilisées à travers les agents qui sont déjà sur le terrain pour atteindre des objectifs déjà bien précisés, mais au bout du compte, on se rendait compte que les résultats étaient lents à être atteints et que nous étions preneurs de toutes les expériences qui évidemment pouvaient accélérer ce processus.

Et c'est parce qu'on avait justement pas tout à fait tranché par rapport à ces différentes positions qu'on y est allé de façon prudente. Et il y avait en plus la question des ressources, en disant on prend d'abord 3 régions dont une a été ensuite laissée parce

qu'on rencontrait trop de difficultés. On fait une phase puis l'autre dans chaque région et on va ensuite évaluer pour voir si on voulait aller jusqu'à l'extension.

Les deux principales limites rencontrées dans la phase de mise en œuvre sont ainsi la mise en cause par certains acteurs (i) du principe même d'une incitation dans la fonction publique, le principe de la « responsabilisation » s'opposant à la logique des incitations, et (ii) le risques d'orientation des pratiques vers les indicateurs au détriment des autres pratiques.(le risque de « gaming »).

La question des financements semble également un élément important, l'absence de ressources nationales et d'implication d'autres bailleurs limitant la capacité financière de l'initiative. Cette limite a conduit à la sélection de trois zones pilotes restreintes représentatives. Elle a également contribué à la décision de limiter les primes à hauteur de 20% des salaires.

Pour le SG en exercice lors de ce processus, c'est donc cette opposition et la faiblesse des ressources disponibles qui sont à l'origine d'une démarche « prudente » du MSAS en faveur du FBR.

Par ailleurs, la réponse à une question sur les principales oppositions précise également cette analyse, en mettant en avant la question de la transposition d'une initiative réalisée par le système politique autoritaire rwandais dans un pays démocratique, où le secteur de la santé est marqué par une forte présence des syndicats :

« Il y en avait aussi qui étaient réticents puisque l'approche avait été déroulée au Rwanda, et beaucoup avaient des réserves par rapport au contexte socio-politique du Rwanda, et leur argument était que ce qui a marché au Rwanda ne peut pas marcher au Sénégal, parce que là-bas c'est un pouvoir qui n'est pas très très démocratique. Les syndicats n'existent pas. Et ici on est dans un système très syndicalisé, ou vous ne pouvez pas faire sans les syndicats, et à tout moment les syndicats peuvent mettre en cause les différents programmes et mécanismes qui avaient été mis en place. Et donc l'un des défis c'était de les faire adhérer à l'approche. Et cela n'a pas été facile, car pour eux le FBR est une motivation basée sur la production, alors qu'ici vous avez des indemnités qui ne reposent sur rien. Qui ne sont articulées à aucune sorte de résultats ou de notion de performance. Ce sont des motivations qui ont été octroyées à la suite de batailles syndicales extrêmement dures, et cela ne repose sur aucun critère. Que vous soyez sage-femme, médecin, en congé, malade, à la fin du mois vous avez votre indemnité, et il y avait surtout l'indemnité de motivation de 150 000 FCFA qui était versée tous les 3 mois, à tous les agents, quelque soit leur performance. Ils avaient la crainte que l'on ne prenne toutes ces indemnités pour les mettre dans le panier du FBR, pour ne les attribuer que sur la base de la performance. Dans un premier temps ils n'ont pas adhéré à l'approche. Il a fallu les persuader, discuter avec eux.

Il y avait des objections d'ordre philosophique, systémique, et des objections qui était basées sur le décalage entre les réalités du Rwanda et le contexte sénégalais ». (entretien, ancien SG du MSAS, mai 2015)

Les entretiens réalisés auprès des membres de l'équipe du MSAS impliqués dans l'élaboration du projet mettent également en avant les oppositions initiales et les débats

nombreux et longs qui ont eu lieu pendant l'année et demie de négociation, qui ont conduit à la mise en place d'un système basé sur la recherche d'une meilleure performance. Ils soulignent également unanimement le sentiment d'appropriation et de satisfaction qui résulte de la définition de ce compromis.

« La Sénégal a voulu capitaliser ce qui se passe dans les autres pays, dans les autres régions, capitaliser mais pas copier. (...) Il fallait capitaliser, mais pas copier car nous avons nos spécificités. Le Cameroun n'est pas le Sénégal, le Rwanda n'est pas le Sénégal. Il fallait que l'on adapte à notre contexte et voir ce que nous voulons nous dans ce FBR. Lorsque nous avons vu que c'était des paquets de service qui étaient payés, nous avons dit non, nous on veut [un FBR] sur la base vraiment des performances. Il y avait aussi un consultant de l'USAID qui connaissait aussi d'autres expériences et qui parfois nous expliquait en fonction de ses connaissances. Cela n'a pas été facile certainement pour lui, parce que on disait « non nous c'est le Sénégal donc on ne copie pas etc. ». Parfois il était là, il retournait, deux mois après il pouvait revenir pour continuer à appuyer l'équipe. Et puis on travaillait aussi à distance. Cela a pris un an et demi, un an et demi de réflexions, de discussions, de rencontres, parfois jusque très tard. (...). Il y avait beaucoup de partenaires et de beaucoup de discussion, et le Ministère disait « non nous on ne veut pas que cela se passe comme cela ». En tout cas le Ministère a porté le lead. (...) Le Sénégal nous avons un modèle, et nous voulons que tout appui se passe dans le cadre de notre modèle. Maintenant nous on est aussi ouvert dans le cadre de l'amélioration de ce modèle. Il y a l'ossature, mais qu'il y ait un bras qui soit comme cela, que la chemise soit verte ou jaune. Bon ce n'est pas cela qui est important. » (ancienne représentante de la DGS puis coordonnatrice du PNFBR, avril 2015)

La présentation détaillée de la responsable de l'ILM souligne également les fortes oppositions initiales de principe rencontrées au sein du groupe, mais également les dimensions qui ressortent du compromis, comme la performance effective par rapport à une situation de référence, ou encore la notion de performance collective incluant les agents de santé communautaires et les équipes cadres de district :

« Il y a eu beaucoup de débats, et au départ il faut reconnaître que la moitié n'était pas très d'accord, parce ils voyaient le FBR comme un sursalaire. Parce il y a des gens qui disaient que non, ces prestataires sont payés pour traiter la population, pour prendre en charge la population, et ils sont payés pour cela. Pourquoi encore leur donner des ressources, s'ils font le travail qu'ils devaient faire. Il y a l'autre groupe qui montre que depuis 10 ans, chaque année il y a des grèves, il y a des revendications, le personnel estime qu'il n'est pas bien pris en charge, et nous au niveau du Ministère on doit faire en sorte qu'il y ait moins de grève et que le personnel travaille.

Ce que l'on a remarqué [ces dernières années], c'est que les ressources qui ont été injectées dans le MSAS ont été multipliées par presque deux, et pourtant si tu vois la progression des indicateurs c'est faible, pourquoi ? Est-ce que l'on peut par exemple vraiment obliger les gens à se surpasser ? Alors on a dit qu'il y a une condition c'est que vous êtes là, si vous arrivez à progresser on vous donne une motivation.

Et le premier document que l'on avait fait c'était à peu près comme le document du Rwanda, où il y avait un budget que l'on mettait, et les structures que l'on a identifiées et on va par exemple compter à la fin du trimestre combien d'accouchement de qualité ils

ont fait, et pour chaque accouchement de qualité on lui paye par exemple 500F, et on a même été plus loin jusqu'à vouloir finaliser.

Et il y a d'autres courant qui sont venus, qui ont dit non, non, non, nous dans nos structures on a toujours traité les enfants, on a toujours traité les femmes, on a toujours, on a toujours. Pourquoi payer cela, non, non, non. Et c'est là où on a réfléchi sur les références de base, en disant que si le FBR doit commencer en 2015, la structure de référence était en 2014 a une performance x, par exemple le poste de santé a vacciné 50 % de sa cible. On va dire au poste : on va faire du FBR, on va te fixer 50 plus 15 à 20%. Par exemple, l'année prochaine, si tu vaccines 70% de ta zone de responsabilité, tu aspiras à avoir tant de bonus. Et cela au moins c'est sûr que la structure va progresser et va faire des efforts mais si tu les payes suivant les actes, par exemple suivant le nombre d'enfants vaccinés, et si à la fin de l'année on se rend compte que pour 2014 où il n'y avait pas le FBR, que pour 2015 où il y avait le FBR, on a vacciné le même nombre d'enfants, alors on a payé sans pour autant que la structure n'ait fait d'effort que l'on puisse vraiment voir. Et on a changé. » (entretien, responsable ILM puis FBR au sein du cabinet du MSAS, avril 2015).

Selon les différents entretiens avec les membres du groupe du MSAS, le montant de la prime a également été fixé à la suite de longues discussions, sur la base du montant minimal jugé incitatif établin après étude, à 20% du salaire de base, mais sans aller au-delà pour favoriser la possibilité d'un passage à l'échelle au niveau national et donc la perennisation du dispositif à travers un financement national :

« Et par rapport aussi à l'enveloppe, comment fixer l'enveloppe, on a discuté, et on a sorti des documents où on a dit qu'il faut des motivations à hauteur de tant pour que la personne soit motivée pour faire des efforts et prendre des initiatives. Et ce que l'on a fait et que l'on continue de faire, c'est que l'on cible des références de base au moment de signer les contrats. On fait des cibles trimestrielles, et chaque trimestre on vérifie et on paye. Et dans l'enveloppe, une partie va aller aux prestataires et l'autre au fonctionnement de la structure. » (entretien, responsable ILM puis FBR au sein du cabinet du MSAS, avril 2015).

Les échanges ont également porté sur l'intégration de la dimension collective en intégrant les équipes cadres de districts et les personnels communautaires dans la recherche de performance :

« Et puis ce que l'on a fait, les équipes cadres de districts (ECD) on leur a donné des indicateurs qui permettent d'encadrer les formations sanitaires. Par exemple si pour un poste de santé x ils n'ont pas atteint 2 ou 3 indicateurs, à la fin du trimestre la structure va s'assoier avec l'ECD pour définir quels ont été les goulots d'étranglement qui font qu'ils n'ont pas atteint ces indicateurs, et quelles sont les activités que l'on peut planifier pour qu'ils puissent les atteindre au prochain trimestre. Et c'est la partie allouée au fonctionnement que l'on utilise la plupart du temps pour dérouler ces activités. Ce qui a été un plus c'est que quand c'est la performance [et non des résultats] c'est toute une équipe qui travaille. Actuellement ce que l'on est en train de nous demander, c'est une plus grande responsabilisation, une plus grande valorisation des agents de santé communautaire, et ces agents de santé contribuent beaucoup à la performance des structures mais ils sont un peu laissés en rade. Et toute l'importance du FBR c'est que

c'est une équipe qui travaille ensemble pour avoir des performances et bénéficier ensemble d'une enveloppe. (entretien, responsable ILM puis FBR au sein du cabinet du MSAS, avril 2015).

Ces éléments permettent ainsi de répondre aux oppositions dans le cadre d'un compromis :

« Les gens peuvent le voir comme un sursalaire, mais moi je vois que c'est beaucoup de choses. Dans les visites, on voit beaucoup de prestataires qui trouvent des solutions innovantes ». (entretien, responsable ILM puis FBR au sein du cabinet du MSAS, avril 2015).

Les réactions de certains partenaires comme l'OMS témoignent également d'une démarche d'appropriation de l'approche suite à la négociation, malgré une opposition de principe à l'instrument :

« Moi je crois que le ministère a bien fait dans le choix d'indicateurs clés qui *boostaient*, auraient une répercussion sur l'ensemble. On est un peu dans un secteur où le ministère se dit : « il y a plein de choses que j'aurais dû faire pour contrôler la performance, que je ne fais pas, notamment la supervision. Et donc là j'ai l'occasion, une incitation qui est là et elle va me permettre de booster l'ensemble vers le haut. C'est comme cela qu'il faut lire la démarche du ministère ». (entretien d'enquête, économiste de l'OMS, ancien directeur de cabinet du MSAS, avril 2015).

Les principaux partenaires opposés à l'approche, comme la coopération française et la CTB, n'ont pas suivi la négociation jusqu'au bout, restant fermement opposés à l'approche.

Au niveau des syndicats, d'après un échange avec deux secrétaires généraux d'organisations qui étaient présents dans le groupe de travail en tant que membres d'une union syndicale des travailleurs de la santé, le FBR a également constitué une arme de négociation dans le conflit social. Cette logique de négociation a orienté le dispositif vers une répartition des primes plus favorable au personnel (75% primes – 25% investissement dans la structure):

« Pour nous l'option c'était de tout mettre sur les structures sanitaires. Et on a choisi d'aller vers les systèmes de motivation. Nous notre souci c'était quoi : le fait de prendre des travailleurs d'une certaine région et de les motiver beaucoup plus que d'autres crée déjà un déséquilibre. En tout cas moi, en tant que Union syndicale, j'ai dit au SG [du MSAS] qu'il fallait faire très attention sur cette question. L'outil de travail est à préserver, en réalité l'outil de travail est plus important que les bonus, parce que lorsqu'il n'y aura plus d'outils de travail le travail n'aura plus d'ébauche, les bonus sont générés par le fonctionnement de la structure. A l'époque ce qui les intéressait le plus [le MSAS], c'était les informations. Et les informations du moment qu'il y avait des blocages, il fallait booster par rapport au personnel pour avoir les informations. Il y a eu d'autres raisons circonstancielles, mais maintenant il faut réévaluer cette répartition.» (entretien avec deux représentant syndicaux, revue national du PNFBR, mai 2015).

Par ailleurs, ce compromis entraîne une opposition de la BM qui y voit une limitation du pouvoir performatif de l'instrument. Pour l'équipe de la BM, cela est principalement lié à un jeu de concurrence entre la BM et le cabinet de conseil (BroadBranch) qui a accompagné l'équipe dans la formulation du projet :

« l'USAID a rapidement pris le contrôle des affaires, et il n'y avait pas côté sénégalais de gens très au fait du PBF et tout ce que disait USAID c'était super. Et pourquoi on est parti sur un modèle aussi bizarre, tout simplement parce que le design a été fait par un sous-contractant qui s'appelle Brodbranch Associates. (...). Bon Broadbranch Associates c'est Rena Eichler, qui était un peu la grande prêtresse du PBF il y a 7/8 ans puisqu'elle a beaucoup travaillé en Haïti sur cela, puis elle s'est fait un peu rapidement cornérisée, un peu par nous, par l'équipe de la Banque, ce que je crois elle n'a pas trop apprécié. Et donc dès qu'elle peut taper sur la BM elle le fait, je simplifie mais c'est cela, et donc ils sont partis sur un modèle qui était presque exclusivement contre celui que fait la BM dans les autres pays.» (entretien, expert senior BM, mai 2015).

Cette lecture, également mise en avant par l'autre membre de l'équipe de la BM, n'apparaît dans aucun autre entretien. Elle contredit en partie le sentiment d'appropriation des débats qui résulte des 6 entretiens avec les cadres du MSAS qui ont participé au processus de négociation (SG, Responsable FBR au cabinet, Responsable du SNIS, représentante de la santé et actuellement coordinatrice du PNFBR, le responsable administration et financier du PNFBR, le représentant de la DAGE)

Toutefois, la logique du dispositif final peut correspondre à une logique de mesure de la performance plus proche de l'exemple initial d'Haïti, qui était destiné à accroître les performances de certaines ONG contractualisées par l'USAID, afin de diminuer les écarts entre structures opérant dans des situations jugées similaires.

Il semble également probable que la pratique d'accompagnement des acteurs ait conduit le cabinet Brodbranch vers une démarche plus centrée sur l'appropriation par le Ministère et moins sur un modèle théorique qui fait de l'autonomie des centres de gestion un pilier central de l'approche. C'est ce que semble confirmer le directeur de l'agence d'exécution d'Abt Associates, qui souligne que l'approche de l'USAID est en train d'évoluer vers un concept de « Performance based on Incentives », qui vise à prendre également en compte les incitations non financières.

Ce dernier souligne également l'importance de l'appropriation dans le processus de mise en œuvre des réformes :

« Tant que cette approche n'est pas expérimentée ou que ces acteurs ne sont pas confrontés au modèle, à l'approche, et qu'ils changent leur comportement dans le cadre pour justement traduire sa réalité, il est très difficile d'anticiper. De telle sorte, qu'il est important d'avoir ces phases incrémentielles. L'appropriation ne consiste pas uniquement à la pratique de l'instrument mais ça implique non seulement de pratiquer mais aussi d'avoir l'opportunité, dans le cadre du processus d'adaptation sur la bonne expérience, d'y contribuer. On apprend de l'expérience d'utilisation de l'instrument. (...) . Cette approche permet non seulement d'expérimenter les instruments mis en œuvre par les acteurs gouvernementaux mais aussi d'impliquer les acteurs dans l'adaptation du mécanisme à travers le processus d'appropriation. Cela c'est une démarche totalement différente des approches où on rencontre quelques responsables du ministère de la santé pour proposer un modèle » (entretien, directeur projet Abt Associats, 23/04/2015).

La volonté de reprise de contrôle du pouvoir central semble par ailleurs inhérente à la mise en place de l'approche dans un environnement national déstabilisé par le processus de décentralisation imposé dans le cadre des PAS. Elle est ainsi plus proche de la réalité du système rwandais effectivement mis en place.

Elle semble également prévaloir dans l'exemple béninois qui a constitué le premier exemple ouest africain mis en avant par la BM, comme le souligne un membre de l'équipe de la BM lors d'un entretien :

« au Bénin, même si c'est vrai que j'ai beaucoup poussé pour le PBF au Bénin, il y avait une énorme préoccupation du côté du gouvernement sur la gouvernance dans les centres de santé. Donc tout instrument qui leur permettait de remettre un peu d'ordre dans le système était le bien venu et ça c'est clair que pour eux c'était l'enjeu majeur et ça le reste encore, malheureusement mais bon, parce que c'est presque plus un outil de contrôle qu'un outil pour créer de la performance » (entretien, senior health specialist, BM, avril 2015).

En conclusion, le gouvernement sénégalais s'est approprié l'approche proposée en la réorientant vers un processus de régulation nationale conforme à ses intérêts. Il pu pour cela s'appuyer : (i) sur l'opposition des partenaires européens et de l'OMS à l'approche FBR initialement promue par la BM, et (ii) sur les divergences de vues existantes entre l'USAID et la BM, ainsi que (iii) sur la capacité d'appropriation et de négociation des représentants du ministère au sein du groupe de travail

4. Le Programme National FBR : un nouveau réceptacle d'aide

a) La création du Programme National FBR

Le projet pilote a été transformé en Programme National sur décision du Ministre à l'issue de la première revue annuelle.

Pourtant la volonté d'extension du projet à l'échelle nationale ne semble pas prioritaire pour le gouvernement, puisque le SG souligne que les arbitrages budgétaires du gouvernement n'ont pas été réalisés en faveur du RBF, qui ne reçoit presque aucune allocation nationale en dehors des frais de fonctionnement du bureau :

« Les arbitrages [financiers du MSAS] n'ont pas été favorables au FBR (...). Je n'ai pas l'impression qu'au ministère de la santé et qu'au ministère de l'économie et des finances on ait pris les dispositions pour mettre davantage de ressources. Ce qu'on a mis comme fonds pour le FBR, c'est essentiellement pour le fonctionnement. L'USAID a toujours demandé à ce que le gouvernement mette plus de ressources. » (entretien, ancien SG du MSAS, mai 2015).

Les entretiens précisent également que le financement des pré-requis, qui avait été initialement prévus au départ sur financement du gouvernement, n'a pas été systématiquement mis en œuvre :

« quand on a pris au départ les trois districts, il y avait un district où vraiment les indicateurs étaient très bas, le plateau technique il y a avait des problèmes. Il était prévu d'accompagner ces structures, parceque l'on a dit qu'il y a un minimum. On ne peut pas demander à un poste de santé de vacciner s'il n'y a pas de chaîne de froid. On ne peut pas demander à une sage-femme de faire des accouchements s'il n'y a pas un minimum

dans la salle d'accouchement. Donc on avait dit de mettre en place ces mesures d'accompagnement qui vont au fur et à mesure aider les structures à faire ce qu'elles devaient faire normalement. Mais c'est vrai que le ministère a pu mettre en œuvre quelques mesures d'accompagnement, mais qui ne sont pas vraiment complètes » (entretien, ancien responsable ILM puis FBR au Cabinet du MSAS, puis conseiller FBR Abt, avril 2015)

De plus, d'après l'ancien SG, l'extension nationale et la pérennisation du PNFBR nécessitent également l'intégration des primes qui ont été octroyées lors de batailles syndicales sous forme de prime d'incitation basée sur les résultats, ce qui apparaît politiquement très sensible :

« Je crois que c'est un bon projet et dans tous les cas il risque de ne pas être viable, si à moyen terme l'Etat ne prend pas la décision de donner davantage de ressources au programme et de faire en sorte que les motivations puissent être distribuées sur la base de cette approche basée sur les résultats A un moment ou à un autre, il va falloir arrêter d'octroyer des indemnités et de motivations financières qui ne donnent rien du tout pour ne plus les affecter que sur la base d'évaluations préétablies. D'avantage de ressources et des réformes du système d'évaluation et là, cela va être un grand combat. (...) . Il y a tellement de ressources qui sont aujourd'hui affectées à la motivation supplémentaire, trimestrielle, indemnités de réussite, de ceci et cela. Si on ne mobilisait que ces ressources là, qu'on mettrait dans un paquet : motivations basées sur les résultats, on aurait réussi » (entretien, ancien SG du MSAS, mai 2015).

En l'absence d'investissement national, le PNFBR constitue un cadre de négociation avec les autres partenaires, pour lesquels le gouvernement anticipe une adoption de l'instrument qui est alors en phase d'institutionnalisation dans le champ de la santé globale.

Tout d'abord, comme nous l'avons souligné, la volonté de financement d'un projet FBR par la BM était présente dès l'origine dans la stratégie de financement du projet pilote de l'USAID. La transformation du projet pilote en programme national apparaît donc avant tout motivée par la volonté de préparer l'extension de l'approche à travers le financement de la BM, dont le projet est alors en cours de formulation. Il s'agit donc d'un dispositif d'intéressement destiné aux partenaires en cours d'adoption de l'instrument.

Ensuite l'intérêt de nouveaux partenaires pour le soutien au FBR est régulièrement évoqué par les responsables du programme

a) La recherche de nouveaux financeurs

Le cas de la formulation du nouveau programme de la coopération japonaise (JICA), illustre le processus d'institutionnalisation du FBR au niveau global, car il montre la tentative de diffusion au sein de la JICA par un ancien responsable de la BM devenu membre du comité de direction de JICA au Japon.

En effet, les trois entretiens que nous avons eus avec le représentant de la JICA au Sénégal illustrent ce processus :

- En février 2014, le représentant s'intéressait au modèle de développement de l'assurance maladie promue par la CTB (entretien d'enquête, février 2014).

Quelques mois plus tard, ce modèle sera écarté par l'adoption de la stratégie nationale entérinant le développement de l'assurance maladie universelle (CMU) à travers le modèle des mutuelles communautaires (une commune = une mutuelle), le DECAM.

- Au mois de décembre 2014, le nouveau représentant devait accueillir dans les prochains jours une mission d'identification qui devait étudier l'opportunité de s'intégrer dans le programme RBF. Pour sa part il souhaitait travailler sur le programme CMU et mettait en cause l'approche du FBR :

« le FBR a mon avis ce n'est pas une bonne idée, (..) même si les acteurs atteignent les indicateurs, les coûts de gestion c'est 50%. C'est ce que l'on a vérifié. J'ai déjà dit au responsable des ressources humaines qu'il faut utiliser ce montant pour des indemnités d'éloignement. C'est mieux. »

Toutefois, malgré cette position, le représentant souligne que quelqu'un au siège de JICA insiste pour collaborer avec la BM dans le cadre du programme FBR :

« Je crois quelqu'un au comité de direction insiste pour travailler avec [la] Banque Mondiale ». [Est-ce que la JICA souhaite faire évoluer ces instruments ?] « Non (...) j'ai entendu que quelqu'un au comité de direction a travaillé beaucoup d'années avec la BM, et il a beaucoup d'intérêt pour travailler avec la BM. ». (entretien d'enquête, février 2014)

- Au mois de février 2015, la mission d'identification a étudié le programme FBR à la demande du siège, et les membres ont estimé, sur la base des premières expériences, que le coût du contrôle était trop élevé. Toutefois la décision de participer au FBR est toujours en suspens lors de l'entretien car quelqu'un insiste au siège d'après le représentant.

« Probablement il y des opinions opposées, mais quelqu'un veut encore insister de financer, appuyer le FBR. D'ailleurs l'opinion côté sénégalais est qu'il y a déjà BM, USAID, donc on en a pas besoin » (...);

[Au départ quand vous avez préparé le projet est-ce que le siège vous avait demandé d'étudier le FBR, (...), ou est-ce vous qui vous étiez dit pourquoi pas ?]

« A non ! avant quelqu'un du siège a déjà étudié les documentations de la BM ».

Quel est votre avis sur l'instrument ?

« Je pense que en utilisant quelques outils de gestion développés par JICA c'est mieux. (...). Actuellement la direction des ressources humaines étudie comment on peut améliorer l'affectation dans les districts éloignés dans les zones difficiles ? Quelle condition est nécessaire » (entretien d'enquête, février 2015)

Les oppositions du représentant de la JICA au FBR semblent ainsi à la fois financières, stratégiques et idéologiques. La principale raison mise en avant est le coût des frais de vérification et d'administration, qui a parfois été supérieur au montant des primes lors de la phase de lancement du projet pilote, et représente dans le projet de la BM 34,5% du budget total.

De plus, la stratégie d'intervention basée sur l'expérimentation d'un modèle économique théorisé par la BM s'oppose à la stratégie de la JICA, qui fonde la légitimité de ses interventions sur un transfert d'expertise s'appuyant sur des expériences réussies au Japon, comme l'assurance santé ou la gestion de la qualité dans les centres de santé.

Lors de l'entretien, le représentant semble ne pas comprendre l'intérêt des logiques qui sous-tendent le FBR, puisqu'il estime préférable de travailler sur une prime d'éloignement géographique et sur la fourniture de tableau de bord de gestion plus classique. Il apparaît ainsi opposé à la logique incitative, comme à la dimension idéologique d'une tarification à l'acte permettant d'introduire une logique de marché entre les centres de santé et les mutuelles.

A l'inverse, le membre du Comité de direction basé au siège, qui a collaboré plusieurs années au sein de la BM, semble s'opposer aux conclusions de la mission de formulation établies par le représentant local et plusieurs représentants du siège suite à une mission sur le terrain. Le représentant souligne en effet que malgré les recommandations négatives de la mission, il y a toujours des débats sur l'intérêt de financer le FBR. Il souligne « espérer » que les recommandations de la mission seront suivies.

Le cas du programme de la coopération luxembourgeoise (LuxDev) illustre également les difficultés de coordination au sein du MSAS et l'absence de volonté du gouvernement pour financer directement le PNFBR, ce qui montre les limites de son appropriation.

La formulation du programme LuxDev prévoit en effet de s'inscrire dans la mise en œuvre du PNFBR, à travers le financement de primes d'incitation basées sur les résultats et la formation des équipes cadre de régions et de districts. Toutefois sa mise en œuvre se heurte à deux problèmes : (i) le gouvernement n'envisage pas de financer les primes d'incitation pour le personnel médical et (ii) la DPRS, qui assure la coordination de ce projet au sein du MSAS, ne souhaite pas inscrire cette composante dans une programme national rattaché à une autre direction.

En effet, l'argument de la DPRS soulignant la distinction entre une prime basée sur l'activité et une autre sur la gouvernance sanitaire apparaît fragile, puisque le PNFBR intègre une incitation au niveau des équipes cadres, mais aussi car le projet Lux Dev a été formulé pour s'inscrire dans l'extension du PNFBR dans ses régions d'intervention.

Conclusion section 2 :

Cette section met en perspective les stratégies d'influence à l'œuvre dans le cadre de la création du PNFBR du MSAS du Sénégal.

La coalition composée de l'USAID et de la BM s'est appuyée sur l'expérimentation rwandaise pour promouvoir le modèle de la « short route of accountability » au Sénégal. La répartition des tâches reste la même, l'USAID a en charge de la promotion d'un dispositif assurantiel fondé sur les mutuelles privées à base communautaire, alors que la BM assure la mise en œuvre du FBR.

La coalition s'appuie sur le dispositif d'influence de l'USAID, premier partenaire technique et financier du MSAS. L'équipe de l'USAID est coordonnée par l'un des principaux acteurs de l'expérimentation rwandaise. Elle est en place pour une durée de 15 ans et dispose d'un budget annuel en don de 50 millions USD. Le coordonnateur au sein du MSAS est le SG du MSAS, qui est un gestionnaire public.

L'émergence de la promotion des approches FBR et MPBC au sein du Ministère est issue d'une mission au Rwanda préparée par l'USAID et financée par la Fondation Bill et Melinda Gates. La contradiction entre la réalité de l'expérimentation rwandaise qui s'inscrit dans une approche centralisée, et le « package rationnel » promu par les acteurs néolibéraux, se retrouve donc au cœur du processus de négociation du projet pilote.

Le gouvernement s'appuie sur l'opposition des autres partenaires (France, Belgique, OMS) pour négocier un dispositif d'incitation répondant à ces besoins de contrôle pour améliorer les indicateurs.

Conscient de l'institutionnalisation de l'approche au sein de la communauté des financeurs, le MSAS transforme rapidement le projet pilote en programme national, qui constitue dès lors un réceptacle d'aide ouvert à l'ensemble des bailleurs.

Le représentant de la coopération japonaise lutte pour résister aux pressions du siège en faveur du FBR, et le coordonateur national du projet de la coopération Luxembourgeoise résiste à l'intégration du volet incitatif dans le PNFBR pour en garder le contrôle.

Ces pressions montrent que le PNFBR constitue désormais un dispositif d'intéressement dans lequel les partenaires techniques et financiers doivent intégrer leur approche en matière de réforme du système de santé, comme l'illustrent les pressions institutionnelles exercées sur le programme de la coopération japonaise suite au transfert d'un acteur de la BM vers son conseil de direction.

Section 3 : Les conflits d'acteurs sur le nouveau modèle de régulation du système de santé

Au niveau national le PNFBR constitue une stratégie de cadrage des interventions des partenaires. Ce dispositif ouvre la voie à deux types de conflits.

- Les acteurs opposés aux principes néolibéraux qui fondent le modèle de la « short route of accountability » vont tenter de proposer une alternative. La Coopération Technique Belge va ainsi promouvoir un modèle de régulation fondé sur (i) un appui direct en équipements et formations pour placer les agents de santé dans des conditions propices à l'exercice de leur mission, et (ii) un dispositif assurantiel géré par des structures professionnelles organisant la mutualisation, qui doit par ailleurs être encadré et subventionné par le niveau central. L'application d'une tarification unique quelque soit l'acte doit ensuite favoriser la gestion des structures de santé, tout en limitant les dérives liées à la marchandisation des soins dans un contexte d'asymétrie d'information entre les patients et le personnel soignant.
- Le démarrage du projet de la BM va ensuite entraîner un conflit sur le leadership du programme entre la BM, l'USAID et le MSAS. La BM va ainsi bloquer les décaissements afin d'imposer le retour à son modèle normatif vers le paiement à l'acte.

Pourtant, malgré cette volonté d'imposer son modèle au niveau national, l'échec du modèle de la « short route of accountability » dans de nombreux pays, qui est parallèlement souligné par le responsable du projet de la BM, entraîne son abandon au niveau global. Le nouveau dispositif incitatif de la BM, destiné à promouvoir de nouvelles réformes des systèmes de

santé au niveau global, vise ainsi le renforcement de l'appropriation et des financements gouvernementaux.

Une fois que les cadres de régulation locaux ont été abandonnés au profit de micromarchés centrés sur les soins curatifs, il peut ainsi paraître plus efficace de s'appuyer à nouveau sur le gouvernement central dans le cadre d'une relation contractuelle au sein de laquelle le pouvoir des financeurs est renforcé.

1. La mise en échec du projet concurrent promu par la Coopération Technique Belge

Pendant la phase de transformation du projet pilote en programme national, la Coopération Technique Belge (CTB) a proposé l'expérimentation d'un autre modèle pour la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle, fondé sur l'organisation d'un marché régulé entre des structures de santé d'une part, et des assurances maladies professionnelles organisées au niveau des districts d'autre part. Ce modèle concurrent devait être mis en œuvre à travers le programme d'appui à l'offre et à la demande de soins (PAODES) dans les 5 régions d'intervention de la CTB.

Dans une première étape, le « volet offre » doit permettre un renforcement des plateaux techniques et des personnels de santé, ainsi que l'établissement d'une tarification unique pour les principaux services de soins. Le principe de la tarification unique se fonde sur une logique de solidarité entre les patients. Il doit permettre une prévisibilité favorisant les consultations précoces, tout en limitant l'asymétrie d'information avec le personnel soignant. Il doit ainsi permettre de limiter les dérives associées à la marchandisation des services de santé : sur-prestation d'actes plus rentables, réorientation de patients vers les cabinets privés, paiement de certains services non déclarés, etc.. Il facilite aussi la gestion de trésorerie des structures et doit ainsi améliorer la disponibilité des intrants et des médicaments.

Dans une seconde étape, le « volet demande » vise la création d'un système d'assurance santé à travers des structures professionnelles placées au niveau des districts. Le risque est alors mutualisé au niveau des districts. Il s'agit donc d'un modèle d'accountability fondé sur un marché encadré, qui s'inspire des modèles développés en Europe.

Ce modèle propose une approche de la mise en œuvre de la CMU différente du modèle défendu par l'USAID et la BM. Il est ainsi présenté par l'assistant technique de la CTB placé en appui à la DPRS comme un recours au modèle rwandais :

« La vision belge de la CMU c'est la suivante : il n'y a aucun pays qui ne se soit développé sur des mutuelles de santé non professionnelles volontaires. Qu'on arrête de parler de l'exemple du Rwanda qui n'est pas très identique au Sénégal, par son fonctionnement.., institutionnel j'ai envie de dire. Donc que l'on arrête de prendre l'exemple du Rwanda car c'est le seul pays où l'on a fait cela, et le Ghana on sait maintenant que les résultats sont extrêmement mitigés. Donc aujourd'hui, sur tous les pays qui ont développé la CMU, il n'y en a qu'un seul qui est sur cette base là. Nous on doute de la répliquabilité du modèle rwandais. Là-dessus on explique qu'aujourd'hui on a du mal à voir, avec ce que l'on injecte dans les mutuelles communautaires, quel est l'avantage en matière d'indicateur de santé. Cela on arrive pas à le mettre en parallèle. Aujourd'hui on injecte plein d'argent dans les mutuelles, qu'est-ce que cela a eu comme

bénéfices au niveau du terrain ? En tout cas nous, on a pas les chiffres, et tant que l'on ne nous donne pas les chiffres on a des interrogations.

Deuxièmement nous on considère que si on additionne les cotisations dans une commune, par exemple 1000 F/mois, ce qui est très sous-évalué, multiplié par 100 000 personnes, est-ce que des gens non professionnels peuvent gérer cette somme d'argent ? Nous on considère que non, qu'il faut que ce soit des gestionnaires, faut qu'il y ait un médecin conseil, etc. Donc, nous aujourd'hui, cette approche mutualiste on y croit pas. Attention, l'approche mutualiste telle qu'on la décline ici, qui n'a rien avoir avec ce que cela veut dire en France. Nous on a des doutes sur sa capacité à amener 75% de la population à l'horizon 2017. Et puis nous on dit « tu ne vas pas t'enrôler sur l'offre de soin si elle n'est pas de qualité », sinon tu va avoir que de la sélection adverse, que des gens qui sont très malades. Donc la priorité numéro un c'est d'avoir une offre de qualité. Ensuite il faut que tu aies des dépenses que tu puisses anticiper.

Troisièmement il faut que l'assurance maladie soit obligatoire, la cotisation. Et pour cela l'Etat doit jouer son rôle de solidarité, et doit trouver des manières de mettre de la fiscalité qui soit capable de prendre en charge, ou les bailleurs de fonds peu importe, mais il faut que l'Etat joue son rôle. Et il faut effectivement que les populations puissent cotiser, mais à la mesure de ce qu'elles peuvent cotiser.

Donc on est en train de mettre cela en place dans certaines régions. Avec la tarification forfaitaire. Il faut aussi qu'il y ait de la chirurgie décentralisée sinon tu n'as pas une offre de qualité. Au moins des soins obstétricaux d'urgence de très bonne qualité, de la chirurgie de base de bonne qualité, mais il n'y a pas de chirurgien au Sénégal, et il n'y a pas de médecins compétents, donc c'est compliqué. » (entretien, Assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Il s'agit donc d'une stratégie basée sur le renforcement technique de l'offre de soin, sur une prévisibilité de la dépense à travers une tarification unique, et sur une mutualisation des risques à travers un système obligatoire géré par des structures professionnelles.

a) Le renforcement de l'offre de soins

A l'opposé du postulat soutenu par le FBR, pour lequel le principal problème de la qualité de l'offre de soins est le déficit d'implication du personnel soignant qui peut être corrigé par la mise en place d'une « véritable culture de la motivation », la mise à niveau de l'offre s'appuie sur un renforcement direct des plateaux techniques et des ressources humaines.

Dans ce cadre, le programme de la CTB cible en particulier le district médical et le Centre de santé qui en constitue la structure de référence.

« La Belgique a un programme d'appui à l'offre et à la demande de santé, qui se concentre plus particulièrement actuellement dans deux districts sanitaires, à Kougheul dans la région de Kafrine, et à Sokone dans la région de Fatick. Où donc il y a eu un effort pour rationaliser l'offre de soins, de mettre en place une tarification forfaitaire, d'améliorer le plateau technique de façon à ce que les services soient en mesure de répondre aux besoins de santé. Et notamment d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments puisque vous payez un forfait pour un épisode maladie, si on vous dit il n'y a pas de médicaments et que vous devez les acheter en plus cela ne va pas. Donc il

Il y a vraiment un effort qui a été fait pour améliorer la gestion, la gouvernance même du district. (...). Il y a pour moi ici au Sénégal une contrainte qui est d'ordre institutionnel au niveau du district de santé, c'est que le district de santé ne répond pas à la définition du district de santé tel que l'on peut l'entendre normalement. C'est-à-dire, d'avoir un réseau de premier niveau que l'on nomme le poste de santé cela il existe. Mais d'avoir un niveau de référence qui est capable de prendre en charge les problèmes qui ne peuvent pas l'être au premier niveau. Or le Centre de santé n'est pas véritablement un hôpital de référence. D'abord bien souvent il n'en a pas la capacité en nombre de lits, pour assurer les hospitalisations. Il y a très peu de lits généralement dans les centres de santé. Et ils ne sont souvent pas en mesure de prendre en charge les urgences chirurgicales, obstétricales, médicales et pédiatriques. Il y a un minimum de plateau technique qui est nécessaire. Il faut un bloc chirurgical, il faut une banque de sang, il faut de l'oxygène, il faut une petite unité de soins intensifs pour assurer cela. Et bien ces centres de santé ne sont pas en mesure de pouvoir le faire. (entretien, attaché de coopération, ambassade de Belgique, décembre 2017).

Cette volonté de s'attaquer au renforcement des plateaux techniques et à la formation des personnels de santé s'est ainsi avéré extrêmement coûteuse et peu réaliste à l'échelle de temps du projet (5 ans), car le niveau technique des structures de santé s'est avéré plus bas que ce qui avait été anticipé :

« Premier problème sur 5 régions médicales, donc on va dire 40% du pays. Un truc de fou avec un scope hyper important. Nous on était traditionnellement sur le bassin arachidien mais on a ajouté Thies. Une équipe d'assistance technique relativement limitée, on était trois, un par volet. Beaucoup, beaucoup d'activités à mettre en œuvre. Une mise à l'échelle de l'offre, dont on s'est rendu compte a posteriori qu'elle avait été surévaluée par rapport à l'état dans laquelle les assistants techniques l'ont trouvée. On part de bas, donc beaucoup d'équipement à acheter, beaucoup de travail sur la qualité, beaucoup de formation à organiser, et là des gens qui se sont retrouvés en disant on y arrivera pas et on va y laisser notre réputation. Et l'on est passé de 7 districts pilotes, à 5 puis à 2 districts pilotes ». (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Ensuite, cette mise aux normes entraîne des résistances de la part de certaines corporations au sein des prestataires de santé, comme les chirurgiens ou les pharmaciens, qui sont à même d'exercer une pression sur le niveau politique pour protéger leurs intérêts :

« (...) il y a un problème constitutif des districts sanitaires (...). Dans beaucoup d'autres pays il y a un service qui est assuré par des médecins généralistes à compétence chirurgicale, parce qu'il n'y a pas suffisamment de chirurgien pour pouvoir en mettre dans chaque centre de santé. Or il y a une réaction corporatiste ici de la chaire de chirurgie, qui dit « non, nous ne voulons pas de la chirurgie au rabais. Donc s'il faut opérer, il faut des chirurgiens reconnus. Sinon pas de chirurgie ». Donc il n'y pas de solution, et peu de sénégalais se spécialisent en chirurgie donc les perspectives sont très sombres. Alors le MSAS est confronté à une chaire de chirurgie qui en plus dépend du Ministère de l'enseignement supérieur, et qui sont des médecins aussi, donc pour ne pas créer de conflit, on laisse le status quo. ». (entretien, attaché de coopération, ambassade de Belgique, décembre 2014).

« On se retrouve avec des pharmacies [de centres de santé] qui ne sont plus en rupture, on est passé de 50 ou 60% de médicaments en rupture à 3% de rupture, parce que du

coup l'argent rentre, il y a moins de problème de trésorerie. Petit problème ce sont les pharmaciens privés qui ont marché contre eux en faisant des manifestations dans la rue. C'est compliqué, on travaille pour le bien commun par pour l'enrichissement des pharmaciens privés, mais en même temps, ils ont l'oreille des plus hautes instances ici [le MSAS]. Tu fais un travail d'utilité publique, tu assainis des choses et tu as des gens qui marchent contre toi, c'est difficile ». (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Cette analyse des besoins de financement des plateaux techniques et des systèmes de gestion des structures de santé met en lumière l'importance des besoins d'investissement, en particulier en termes de plateaux techniques. Le besoin de création des services minimaux d'urgence dans les Centres de santé est par ailleurs renforcé par la faiblesse des services d'urgences au sein des hôpitaux régionaux, que souligne également le chargé de coopération :

« Les hôpitaux régionaux sont eux-même bien souvent confrontés à des problèmes de fonctionnement et d'organisation. Certains hôpitaux peuvent assurer cette prise en charge [des urgences] mais ils sont parfois éloignés ». (entretien, attaché de coopération, ambassade de Belgique, décembre 2014).

Ce constat est par ailleurs accrédité par notre entretien avec un ancien responsable d'hôpitaux régionaux :

« Moi à Kaolack, j'avais fait le budget [du contrat d'objectifs et de moyens], je pense que cela devait tourner autour de cent milliards pour 3 ans. Pour l'hôpital de Kaolack c'est insignifiant. A mon avis. Parce que c'est un hôpital presque sous-régional, qui est à un niveau trois, qui est à la croisée de chemins avec la Gambie, sur un axe accidentogène, dans une ville religieuse. Vraiment il faut voir les catastrophes que moi j'ai vécu là-bas. J'avais demandé que l'on puisse mettre un service d'accueil d'urgence digne de ce nom. Un plateau technique pour prendre en charge au moins les urgences. Un service de réanimation. Le service de pédiatrie fait 80 lits et il y a un seul pédiatre. Vous imaginez. Donc du point de vue des ressources humaines il y avait des choses à faire. Il y a pas de services des urgences, il y avait 3 ou 4 boxes. Souvent je recevais des catastrophes, avec une cinquantaine d'accidentés de la circulation. Nuitamment on amenait 50 polytraumatisés que l'on mettait à même le sol. » (entretien, ancien directeur d'hôpitaux régionaux, décembre 2014).

Dans le cas du programme de la CTB, l'importance du besoin d'investissement a été largement sous-évaluée, que ce soit en termes de montant, ou en termes de délai de mise en œuvre sous la pression d'une intervention rapide sur le volet demande, ce qui a fragilisé sa viabilité :

« C'est là où tu te rends compte que c'est compliqué, car déjà avant il faut que tu aies une très bonne offre. Faut que tu achètes des équipements, que tu réhabilites. Aujourd'hui on va réhabiliter des Centres de santé, on se rend compte que pour le faire correctement il faut qu'on les ferme. Ce qu'avait prévu le programme c'était la première année on travaille sur l'offre, et on travaille sur la demande à l'année deux. Déjà il y avait une pression pour travailler sur la demande très vite qui était là. Il faut que l'on ait des gens qui soient formés, il faut qu'on ait une offre de qualité, dans des infrastructures qui se tiennent pour que les

gens aient envie de venir, que les gens aient envie de cotiser. » (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

De plus ce besoin de mise à niveau des infrastructures, des équipements et des ressources humaines qui résulte d'une augmentation de la demande, est renforcée par la faiblesse des allocations dans les zones rurales. Or ce besoin d'investissement est largement ignoré dans l'approche de renforcement des soins à travers le FBR, dont le financement des pré-requis n'a pas été considéré comme une réelle condition préalable.

b) La tarification forfaitaire

Le modèle de la tarification forfaitaire s'oppose directement à celui du FBR. En s'appuyant sur un premier niveau de partage du risque, il vise à apporter une prévisibilité de la dépense et à limiter les possibilités d'exploitation de l'asymétrie d'information entre le personnel soignant et les patients :

« L'idée c'est : tu rentres dans le centre de santé, il faut que tu fasses des analyses, il faut que tu achètes des médicaments, etc. Donc les gens n'allaient pas au Centre de santé parce qu'ils ne savaient pas ce qu'ils allaient dépenser. Du coup le premier recours souvent c'est le tradipraticien, le deuxième c'est le privé, le troisième cela peut être la consultation mais tu ne la finissais pas car il y avait ça, ça, ça et tu n'avais pas assez d'argent, donc il y avait un problème de prévisibilité de la dépense à laquelle les gens ne pouvaient pas faire face. Donc on fait à l'épisode, la consultation pédiatrique est à tant, la consultation adulte est à tant. L'idée c'est d'avoir une consultation précoce car souvent le recours est trop tardif. Donc on se retrouve dans des situations catastrophiques justement parce que le recours est tardif. Donc [avec le recours à la tarification forfaitaire] on se retrouve avec des consultations qui sont plus précoces. On se retrouve avec des pharmacies qui ne sont plus en rupture. (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014)

Le principe s'appuie également sur un premier niveau de mutualisation du risque entre les patients, qui permet également d'assurer la répartition des consultations entre les centres de santé et les postes de santé :

« Pour nous le problème de la CMU est de faire face à une dépense catastrophique, qui te mette toi en danger en tant que ménage car tu ne peux pas les assumer. Donc ils ont mis un système de tarification forfaitaire à l'épisode, où tout est compris, tu payes par exemple 10 000 F et tu as les examens, tu as les médicaments, tu as tout. Ce qui veut dire que si la personne va au centre de santé pour se faire faire un pansement elle va payer 10 000 F, elle ne va pas être contente, elle n'a qu'à aller au poste [de santé] puisque le prix du poste est inférieur. Donc cela permet d'assurer la référence/contre référence naturellement. Cela fait payer plus cher à des gens qui ont des choses bénignes, mais aussi c'est le principe de la solidarité et c'est le principe de l'assurance, puisque tu lisses le risque en fonction du nombre de personnes qui cotisent » (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Il permet enfin de limiter les dérives liées à la marchandisation des services de santé, en limitant les possibilités d'exploitation de l'asymétrie d'information par les prestataires de santé :

« (...) cette tarification forfaitaire évidemment c'est un plus pour la population. Je suis hospitalisé, je suis sûr que je dois payer autant. La tarification à l'acte on ne sait jamais où cela va s'arrêter. Mais les prestataires de soins, eux ne sont pas du tout favorables à la tarification forfaitaire, parce que cela empêche justement de maximiser les recettes, et de multiplier les actes et les prescriptions, parce qu'il n'y a plus d'intérêt à le faire. Donc la résistance vous allez plus l'observer au niveau des prestataires de soins, parce qu'ils vont dire « mais on a rien à gagner là dedans », que par rapport à la communauté. Donc les intérêts ne sont pas toujours les mêmes. Tout ce qui est : les dessous de table, ou l'infirmier qui vient avec sa propre injection et vous la fait payer. Avec le forfait c'est fini, en principe. Cela donne un certain pouvoir aux patients et cela en fait perdre aux prestataires. Or on sait combien les prestataires de soins sont agrippés au pouvoir qu'ils ont vis-à-vis des patients. Il s'agit d'une véritable vision de santé publique, qui quelque part ignore trop les intérêts ». (entretien, attaché de coopération, ambassade de Belgique, décembre 2014).

La tarification forfaitaire a également rencontré plusieurs difficultés liées à la rapidité de mise en œuvre exigée par l'approche projet, mais aussi à l'opposition de certains prestataires de santé comme les pharmaciens, les médecins ou les chirurgiens :

« L'étude de coût a été difficile à mener. Les gens voulaient institutionnaliser une étude de coût ce qui n'est pas forcément une bonne idée. Donc ce qu'elle [l'assistant technique du projet] a fait c'est qu'elle est entrée en négociation avec les centres de santé pour leur demander d'évaluer approximativement le coût de la tarification forfaitaire. Ils ont fait cela sur la base d'une négociation j'ai envie de dire presque syndicale si tu veux. Avec tous les acteurs en disant ok, qu'est ce que vous pensez comme étant le bon prix, avec la consultation, les examens, un package. C'est cela qui est critiqué. Moi je trouve oui c'est critiquable mais cela lui a permis d'avancer et d'aller vite. Ce qui est critiquable aussi c'est de mettre le forfait alors qu'il n'est pas forcément complet. Si tu n'as pas tout le paquet et bien il y a des problèmes. Aujourd'hui il y a des paquets où ils ont retiré le médecin, où ils ont retiré le chirurgien. Et ce paquet avec de la chirurgie décentralisée, les chirurgiens n'en veulent pas, au niveau de la chaire de chirurgie. Donc elle a dû se battre avec des facteurs exogènes qui n'étaient pas simples et que l'on ne pouvait pas résoudre. C'est vrai que le cercle vertueux aurait été, on fait une étude de coûts, en même temps on négocie la décentralisation de la chirurgie, on met la chirurgie, on lance des appels d'offres, on équipe et une fois que l'on a tout cela et bien on met le forfait en place. Mais cela, ce n'est pas sur un projet de 5 ans que tu le fais, car quand tu mets en place ton forfait tu es à y+5. Le temps que tu fasses tout cela et c'est mort. Donc elle a voulu avancer et c'est toute à son honneur car c'est quelqu'un qui était très dynamique, du coup il y a deux forfaits différents suivant les deux centres de santé parce que les négociations n'ont pas été les mêmes. (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Le principe de la mutualisation du risque associé à la tarification unique a également été mis en cause par rapport à une logique dominante plaçant la liberté individuelle devant le principe d'une mutualisation du risque :

« la volonté de mettre en place la tarification forfaitaire, qui n'est pas forcément équitable dans l'esprit des gens dans un premier temps ». (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Le principe de concurrence entre le modèle de la tarification forfaitaire et le FBR est également perceptible à travers le recrutement d'un des principaux responsables de la mise en place de la tarification forfaitaire au niveau MSAS, pour devenir coordonnateur du PNFBR :

« Le Dr Codou Lakh (Coordonnateur du PNFBR] travaillait avec la CTB sur la tarification forfaitaire et a été débauchée par l'USAID pour travailler sur le FBR avec un salaire supérieur. (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

c) Les Unions Départementales d'Assurance Maladie (UDAM)

Le modèle de la couverture assurantielle promu par le projet de la CTB s'appuie sur une forte intervention de l'Etat pour la création des UDAM, une mutualisation du risque au niveau des districts, une subvention publique du dispositif et une évolution vers un système obligatoire.

Dans cette stratégie, les mutuelles devaient être enrôlées pour sensibiliser les populations à la nécessité d'adhérer aux UDAM :

L'idée c'est que les mutuelles devaient être, on ne pouvait pas les supprimer même si dans beaucoup d'endroits, c'est trois pauvres personnes, mais c'était de dire on les réoriente vers un rôle dans la sensibilisation pour l'assurance maladie. Puisque cela, elles peuvent le faire, c'est souvent des bonnes volontés etc. Moi quand j'ai été rencontré les mutuelles l'année dernière c'est très intéressant mais terriblement frustrant car c'est super amateur, super super amateur. Tu prends les comptes, il n'y a pas les instances qui se tiennent, les comptes ne sont pas à jour. Alors on te parle d'un taux de pénétration mais finalement il y a 15 bénéficiaires à jour, et on te parle qu'il y a un champ. Et où sont les ressources du champ. A oui mais on a eu une cérémonie, il y a eu un baptême et on a pris l'argent du champ. On retourne dans des travers communautaires et c'est normal, mais qui ne sont pas du tout adaptés à quelque chose qui est efficace et efficient. Moi cela m'a interpellé car la plupart des pays qui y sont arrivés ce n'est pas ce système là. C'est un système organisé par l'Etat et obligatoire en s'appuyant sur une assiette fiscale, en faisant participer les entreprises. On ne peut pas mettre en place un système privé partout, surtout dans un pays où le système privé n'est pas suffisamment fort. » (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Il est ainsi très différent du modèle privé subventionné des mutuelles communautaires promues par l'USAID à travers Abt Associates. Ce dernier s'inscrit dans une logique fondée sur une forte dérèglementation, une forte décentralisation et une mobilisation du capital social pour permettre son appropriation au niveau communautaire. Il peut ainsi être qualifié de « micro-assurantiel », en liaison avec les modèles de microcrédit ou de microfoncier présenté au chapitre 4.

Les deux modèles ont alors fait l'objet d'une concurrence, le modèle des mutuelles communautaires étant devenu le modèle national dans le cadre de l'adoption de la stratégie de Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie. (DECAM).

Parallèlement le modèle des mutuelles communautaires est devenu obligatoire au niveau sous-régional dans le cadre des réglementations de la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Cet élément souligne qu'un autre théâtre d'influence existe au niveau des

organisations sous-régionales, en particulier de la CEDEAO qui bénéficie de nombreux projets de coopération financés par la BM et l'USAID dans le cadre de la mise en place de normes destinées à favoriser l'intégration économique et la diffusion de bonnes pratiques.

Dans ce cadre, la structure en charge du secteur de la santé de la CEDEAO, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), présente dans un article publié sur son site internet le compte rendu d'une réunion organisée les 23 et 24 mai 2016 entre les représentants de l'OOAS et l'équipe du bureau régional santé de l'USAID en Afrique de l'Ouest : « L'OOAS fait le point de sa collaboration avec l'USAID à la réunion des acteurs et partenaires du Bureau Régional Santé de l'USAID Afrique de l'Ouest ». Celui-ci met en scène la proximité des équipes de l'OOAS et de l'USAID à travers une « photo de famille ». Il présente également l'USAID et la BM comme les principaux partenaires de l'OOAS, et souligne l'existence d'une stratégie d'intervention de l'USAID au niveau sous-régional dans le secteur de la santé :

« L'objectif de cette importante réunion pour le Bureau Régional Santé de l'USAID Afrique de l'Ouest était de soumettre à ses acteurs et partenaires pour discussion, son document de stratégie pour la programmation sur les 5 prochaines années pour le compte de la Stratégie de la Mission d'Afrique de l'Ouest »⁴³

Cette évolution réglementaire a de fait exercé une forte pression sur le programme de la CTB, dont le modèle n'était plus en phase avec les réglementations nationales et sous-régionales :

« Nous nous sommes trouvés dans une situation ambiguë, parce qu'il y a avait des engagements pris bilatéraux, pour mener une approche qui n'était pas sur une base communautaire mais plutôt un système professionnalisé avec les Unions Départementales des Assurances Maladies (UDAM), qui est un bureau professionnalisé qui assure la tâche d'organiser la mutualisation, et la politique est venue après. Nous ne voulons pas imposer mais cela veut dire que si on s'aligne il fallait réadapter le programme. C'est de nouveau des nouvelles négociations, or nous étions d'accord pour faire cela, mais je ne peux pas garantir que l'on sera toujours d'accord pour appuyer le système des mutuelles à base communautaire. C'est mon avis, mais ce n'est pas moi seul qui décide et de plus en plus de gens ne croient pas en l'efficacité des mutuelles à base communautaire, donc est-ce que l'on va être d'accord de mettre des moyens dans une politique dans laquelle on ne croit pas. Point d'interrogation, il fallait trancher cela. Maintenant politiquement, pour éviter le clash, la Ministre a dit « mener votre approche dans deux départements, cela va constituer une recherche action et l'on va voir à quels résultats on arrive et l'on pourra comparer C'est la décision qui a été prise. »

Toutefois sur le terrain, la zone de mise en œuvre de l'expérience de la CTB n'a pas donné lieu à une exclusion de l'approche communautaire, entraînant de fait une concurrence entre les approches sur le terrain :

« Maintenant, c'est la difficulté dans laquelle on se trouve aujourd'hui dans la mise en œuvre, c'est que dans un département il y a d'autres partenaires qui mettent en place l'approche à base communautaire. Donc on se retrouve dans un environnement dans lequel les deux approches se chevauchent, ce qui ne peut pas non plus aller. Ce que

⁴³ <http://www.wahooas.org/spip.php?article1255> (consulté le 14/09/2017)

nous demandons, si la partie sénégalaise est d'accord pour mener une expérience différente dans certains endroits, c'est qu'il y a une harmonisation là où cela se fait. Ils ne font rien. Il y a des décisions qui ont été prises pour ménager le partenaire belge manifestement, pour que l'on ne s'en aille pas. Mais l'opérationnel ne suit pas. On souhaiterait que la Cellule d'appui à la CMU puisse coordonner l'ensemble des interventions des partenaires plutôt que de négocier individuellement avec chacun. Mais on ne sent pas de volonté du national de jouer ce rôle d'harmonisation. » (entretien, attaché de coopération, ambassade de Belgique, décembre 2014).

« La concurrence elle est surtout sur les mutuelles de santé, car il était difficile de les orienter sur la sensibilisation alors qu'elles continuaient à être alimentées par les fonds de l'USAID. Du coup c'était très difficile pour nous de dire on monte des Unions Départementales de l'Assurance Maladie sachant que ces mutuelles existaient encore. Donc c'est compliqué, car c'est comme elles disent avec raison c'est un contre pouvoir. Les gens disaient non, comment on fait les tickets on a déjà cotisé à la mutuelle, pourquoi vous mettez le forfait ? comment on fait ? On ne s'en sortait pas, on arrivait pas à réorienter les mutuelles. (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Cette concurrence a ainsi fortement déstabilisé le programme de la CTB, déjà mis en difficulté par l'ampleur de la mise à niveau de l'offre de soins et la mise en place la tarification unique :

« On a eu un gros problème sur nos projets, on a plus aucun assistant technique à par moi qui est resté. Les autres ont démissionné, on a eu sept démissions en quatre mois, enfin cela a été un peu difficile » (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Par ailleurs, les programmes de gratuité déstabilisent la mise en place de la tarification unique et du système assurantiel :

« on est très embêté avec toutes ces histoires de gratuité, parce que du coup cela chamboule les modèles. Comment est-ce que l'on fait pour compenser ces initiatives de gratuité. Donc voilà c'est assez complexe. Pour le moment c'est le programme qui subsidie les soins. (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014).

Au niveau du MSAS, la faible appropriation semble limiter le sentiment d'engagement en faveur du modèle promu par le programme de coopération entre la Belgique et le Sénégal :

« A nouveau on est comme tous les autres partenaires, c'est le partenaire qui élabore son programme, qui le soumet, et comme on apporte quelque chose avec des moyens financiers, du renforcement de capacités et tout ce qui va avec, on signe une convention. Mais le degré d'appropriation par la partie nationale est très faible. A tel point que l'approche qui est définie dans le programme belge d'appui à la demande de santé, de la mise en œuvre de la CMU, diverge considérablement de l'approche du gouvernement qui a été finalisée peu après. Mais bon il y a un engagement car ce programme bilatéral ce n'est pas la Belgique qui vient imposer cela. Il y a une convention qui est signée par les deux. Donc ou bien on signe quelque chose dont on ignore le contenu et la portée. « Cela c'est le programme belge ». Non ce n'est pas le programme belge c'est le programme sénégalais-belge. Mais en réalité c'est vrai que c'est le programme belge !. (...) C'est l'habitude de l'aide au développement, chaque

partenaire vient avec sa vision, ses stratégies, ses priorités, ses procédures. Et dans des pays qui n'ont pas les moyens, tout ce qui vient de l'extérieur on dit oui, sans veiller à ce qu'il y a une cohérence et une cohésion de l'ensemble. ». (entretien, assistant technique CTB, MSAS, décembre 2014)

En l'absence d'appropriation réelle sur le contenu des politiques de santé, le réseau sociotechnique le plus puissant parvient à renrôler le MSAS et les organisations de régulation sous-régionales :

« D'un côté quand c'est l'USAID qui travaille on dit que c'est le DECAM [la stratégie nationale également alignée sur la réglementation de la CEDEAO], et d'un côté quand c'est nous [CTB] on dit que c'est le « modèle belge ». (entretien, assistant technique CTB, MSAS, avril 2015).

La coalition composée de la BM et de l'USAID s'appuie au niveau global sur des modèles théoriques validés par des expérimentations nationales en cours d'institutionnalisation. Au niveau national, elle s'appuie sur d'importantes capacités financières et sur un puissant dispositif d'influence au plus haut niveau, tant au niveau du MSAS que du MEF.

L'expérimentation de la CTB, qui au niveau global ne s'inscrit pas dans une stratégie coordonnée, et au niveau national dispose d'un faible budget et d'une capacité d'influence limitée, n'est pas en mesure de proposer une alternative au modèle de régulation néolibéral promu par les acteurs dominants.

2. La reprise de contrôle du PNFBR par la BM

Comme présenté dans la section précédente, le dispositif incitatif du PNFBR au Sénégal ne correspond pas au modèle promu par la BM car il ne finance pas l'activité. Ce désalignement par rapport au « package rationnel » et au modèle de la « short route of accountability » va fragiliser le programme suite à la reprise de son financement par la BM. Comme le souligne le principal responsable du projet santé au sein de la BM :

« c'est ça le reproche que je fais à ce système, c'est-à-dire qu'il y a un premier reproche qui est de dire que c'est très compliqué, donc c'est pas facile à implémenter. Mais le deuxième reproche c'est que c'est surtout un système qui à mon avis se condamne à être marginal, c'est-à-dire qu'on a un système plutôt comme dans les pays développés où il y a déjà un financement par je sais pas quoi, DRG des choses comme ça, et puis on rajoute quelque chose à la qualité comme on peut faire en France, en Angleterre ou ailleurs. Je pense que le PBF en Afrique ce n'est pas ça. Le PBF en Afrique c'est un nouveau système de financement des centres de santé à la fois sur la qualité mais aussi la quantité etc. Donc quand on part vers un modèle qui est celui retenu par le Sénégal on est coincé. Concrètement je veux dire par là si je prends un exemple là comme j'ai dit tout à l'heure où la PBF a un gros potentiel, c'est par exemple sur le financement de programmes de gratuité, c'est-à-dire qu'il y a aujourd'hui quand même beaucoup de problèmes de gratuité qu'on pourrait faire passer par le PBF. C'est-à-dire qu'au lieu que chaque centre de santé envoie sa facture et puis on les paie un jour ou pas, on peut facilement faire passer ça par un système de PBF qui a sa propre vérification, qui a son propre circuit, à la fois très court et à la fois très contrôlé, mais ça vous ne pouvez pas le faire dans un système qui ne finance que la performance et qui ne finance pas la

production. En tout cas c'est plus compliqué, il faut rajouter un flux. (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

Par ailleurs, l'équipe de la BM ne reconnaît pas le compromis comme une négociation entre acteurs ayant permis un processus d'appropriation, mais souligne unanimement que le modèle retenu a été fortement influencé par le cabinet Broadbranch, qui défend un modèle concurrent de la BM :

« Moi je n'ai jamais eu l'impression que le débat a changé. J'ai essayé avec des collègues qui étaient là, on a essayé, on a discuté, on a fait en sorte qu'il y ait des échanges avec d'autres pays de la sous-région sur le FBR. Je n'ai pas eu l'impression que la déviation vers le paiement à l'acte se soit vraiment posé. Cela a été très fortement influencé selon moi par le modèle développé par Broadbranch, etc. » (entretien, économiste de la santé, Banque Mondiale, avril 2015).

Pour l'équipe de la BM, leur propre légitimité à proposer un modèle optimal réside dans leur connaissance des meilleures pratiques, qu'ils sont à même d'observer dans les autres pays :

« Cela peut sembler attractif comme cela, après c'est quand même compliqué. Pour aucun pays sur lesquels je travaille et pour lesquels cela marche, les meilleures pratiques qui sont celles du Rwanda et du Burundi, ils ne font pas cela ». (entretien, économiste de la santé, Banque Mondiale, avril 2015).

Cette approche met donc en avant le rôle de la BM dans la diffusion de dispositif institutionnel comme le FBR, par sa capacité à s'appuyer sur des comparaisons internationales. L'un des membres soulignera ainsi le « retard » du Sénégal dans son adoption de l'instrument, qui semble éloigné de son image de bon élève, c'est à dire de bon compétiteur sur le marché de l'aide :

« le SG avait pas mal poussé sur le sujet parce que le Sénégal était honnêtement un peu en retard quand même, il faut quand même le reconnaître. Pourquoi ils se sont lancés, j'aurais du mal à dire qu'il y avait une prise de conscience particulière qu'il avait un problème, je pense que c'était plus un mouvement, « bon ba il faut qu'on le fasse nous aussi comme les autres ». (...). Le Sénégal (...) j'ai le sentiment que c'était « essayons de faire un petit mieux et prenons ce truc là puisque les autres pays sont en train de le faire ». (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

De plus, l'équipe souligne organiser des réunions d'échanges de pratiques inter-pays, qui semblent ici avoir eu pour objet d'exercer une pression institutionnelle sur le MSAS pour qu'il aligne ses pratiques sur celles des autres pays :

« je dois dire qu'on a eu l'occasion d'inviter quelques représentants sénégalais à des conférences sur le PBF et ils ont fini par se rendre compte qu'ils étaient un petit peu l'« outlier ». Je sais que j'avais invité l'équipe à un atelier à Buenos Aires, on était je crois 15 pays. Le Sénégal s'est retrouvé à dire « ben oui nous on fait comme ça », « bon on est les seuls » et tout le monde s'est un peu foutu de leurs gueules. Mais malgré tout il y a quelques gens têtus ». (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

L'équipe de la BM ne voit pas de bénéfice au processus d'appropriation mais souligne à l'inverse l'incohérence du MSAS, à travers une grille d'analyse comparative multipays qui n'intègre pas l'adaptation au contexte ou la dynamique d'appropriation comme des facteurs de

réussite, ce qu'illustre l'utilisation du terme « outier » (point aberrant). Il est même souligné une certaine irrationalité de vouloir avoir raison contre toute le monde, en précisant « qu'il y a quelques gens tétus ».

Un autre membre de l'équipe de la BM témoigne de la volonté des participants sénégalais de valoriser leur travail d'appropriation lors de cette conférence, qui semble interprété comme une forme d'orgueil national :

« Il y a cette idée aussi : « Nous on est meilleurs que tout le monde, on va faire un truc beaucoup plus avancé que tout le monde... » C'est ce qu'ils disent un peu partout, en réunion où il y a 15 pays où ils font du FBR et que ça marche et eux disent : « Non mais nous on est 5 ans en avance sur le reste de l'Afrique sur la performance. Il y a cette notion qu'ils veulent aller plus loin, [être] plus en avant que le reste des autres pays. » (entretien, économiste de la santé, BM, avril 2015)

Cette analyse conduit donc l'équipe de la BM à vouloir renégocier le compromis initial, en utilisant le FBR comme un instrument de gestion qui peut être utilisé pour contraindre peu à peu les acteurs à changer de pratiques.

Le premier élément imposé lors de la négociation du projet de la BM a été la mise en place d'un système de vérification indépendant, qui avait été abandonné dans le projet pilote :

« finalement le seul changement que nous, on a un peu imposé, enfin moi je peux le dire je l'ai imposé, c'était le mode de vérification donc avec le recrutement de consultants. Et bon très sincèrement le contrat n'est pas encore signé malheureusement, on espère que ce sera signé le mois prochain. Mais il y a encore une incompréhension, on va dire une réticence très forte à ça. Ce qui pour moi me pousse encore plus à penser qu'il y a une grosse arnaque. Ils font essentiellement aujourd'hui le contrôle par les pairs. Au Sénégal, il ne faut pas me prendre pour un con, je sais comment ça fonctionne. Abt Associate avait essayé à un moment de recruter, un peu sous ma pression, et puis c'est vrai qu'Alex Ergot [le consultant de Broadbranch] était de moins en moins à l'aise avec ce fonctionnement, donc ils avaient finalement été chercher une boîte. Finalement c'était une espèce d'auditeur un peu bizarre. Un ex de KPMG qui avait monté sa petite boîte. Cela a été dramatique, le mec a été très cher évidemment et en plus ne connaissait pas du tout le sujet. Il a donc fallu le former, former ses équipes. Cela nous a coûté une fortune. » (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

Le « nous a coûté une fortune » est ici intéressant, car il s'agit de fonds de l'USAID, ce qui atteste l'idée qu'au-delà des divergences il y a initialement une démarche de financement commune du PBF, qui avait déjà été soulevée par le responsable d'Abt Associates.

Ce système de vérification indépendant apparaît toujours en cours d'internalisation, car la coordinatrice du PNFBR souhaite conserver le système de vérification nationale et n'accorder à la vérification indépendante qu'un rôle consultatif (ou d'affichage cérémoniel), alors qu'il constitue pour l'équipe de la BM le système de référence pour l'octroi des primes :

« nous effectivement on a lancé une appel d'offres l'année dernière où ce qu'on a voulu c'était beaucoup plus des enquêteurs. Des gens qui ont de l'expérience pour faire simplement. Il n'y a pas besoin d'auditeurs, tout simplement des gens qui ont l'habitude de faire des enquêtes et donc c'est beaucoup moins cher. Mais je ne vous cache pas qu'il y en a encore beaucoup dans l'équipe FBR, il y en a qui n'ont pas encore compris

que c'est, comment dirais-je *binding*, c'est-à-dire que si les types, que si ces firmes là chargées de la vérification ne confirment pas les données, on ne paiera pas. Et ça j'ai eu, quand je suis venu en janvier ou en février, une ou deux heures de friture assez violentes avec la coordinatrice du programme qui elle me disait : « ah oui c'est sympa les gens viennent faire la vérification, on va prendre le rapport puis on décidera ensuite quelles conclusions on en tire ». Je lui ai dit non ce n'est pas ça du tout. On ne paie pas ce qui n'a pas été validé par le vérificateur, il n'est pas payé c'est tout. Et ça pour moi c'est hallucinant d'avoir cette discussion.» (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

Cette opposition illustre également le passage à l'œuvre en une régulation nationale et une régulation transnationale, car dans l'approche contractuelle du FBR imposée par le BM, la vérification des performances du système public national de santé est faite par un prestataire privé extérieur rémunéré par la BM

De plus, l'équipe de la BM souhaite revenir ensuite progressivement sur les autres points en utilisant son futur rôle de principal bailleur du PNFBR :

« Aujourd'hui j'ai repris la main sur ce truc là, donc ça a pris beaucoup de temps mais aujourd'hui on est le financeur principal du FBR, même d'ailleurs aujourd'hui on va être exclusif pour le gouvernement puisque l'USAID nous rétrocède leur financement et qu'on va reprendre leurs activités. Bon pour moi mon objectif c'est de ne pas trop foutre le bazar, de faire l'extension mais d'ici l'année prochaine de tout changer parce que c'est ridicule. (...). Mon idée c'est que, à la limite le système implose de lui-même, c'est-à-dire que les gens se rendent compte que ça ne marche pas, que ça ne va pas. Mais bon pour l'instant c'est un peu difficile pour moi, puisque j'ai toujours quand même Broad Branch et Abt Associates qui sont un peu dans le coin, qui ont un petit peu « *brain washed* » un peu tout le monde, donc la seule approche qui marche c'est celle là ». (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

Suivant un entretien, réalisé en novembre 2017 avec une doctorante en sciences politiques engagée dans une observation participante de 6 mois au sein du PNFBR du Sénégal, la BM a ensuite bloqué les paiements en exigeant une modification en faveur du paiement à l'acte

« Ma compréhension est que lors du transfert de bâton entre l'USAID et la BM, les primes d'un certain trimestre (je ne me souviens plus de quel trimestre) étaient prêtes à être versées. La BM s'y est opposée, justifiant qu'une vérification par une agence indépendante est un des principes fondamentaux du FBR. Il s'en est bien suivi un retard de plus d'un an dû aux négociations entre la BM et la partie sénégalaise, ainsi que le recrutement et la formation des agences de vérification indépendantes. Je ne sais même pas si au jour d'aujourd'hui les paiements ont été entamés. [Ensuite] il y a eu un problème technique au niveau du Ministère des finances (une histoire de plafonnement par rapport au montant que le Ministère peut décaisser en une fois) qui retarde les virements ».(...)

La BM a exigé une transformation en profondeur du manuel de procédures en faveur du paiement à l'acte, qui a été réalisé avec l'appui d'un consultant financé par la BM. Les réunions de travail ont entraîné une vive opposition des représentants du Ministère et de Abt Associate. Le consultant de la BM souligne à l'inverse qu'il ne s'agit pas du modèle de la BM, mais qu'il s'appuie sur les meilleures pratiques. Lors des entretiens, la

représentante de la BM se plaint beaucoup de la volonté du MSAS de conserver son propre modèle sans tenir compte des autres expériences.(...)

L'équipe du PNFBR a accepté les transformations demandées en faveur du paiement à l'acte, car il y a eu des instructions de la part du Ministre pour accélérer les décaissements puisque le projet clôture en Juin 2018.(...)

Malgré ces oppositions verbales, les acteurs du Ministère apparaissent résignés, soulignant qu'en tant qu'agents ils doivent s'approprier le principe afin de pouvoir le mettre en œuvre de façon satisfaisante dans les régions.(...) ». (Entretien, chercheur en observation participante depuis six mois au sein de l'équipe du PNFBR, novembre 2017).

En devenant le financeur exclusif du PNFBR, la BM a donc imposé un retour à son modèle, sans tenir compte du long processus de négociation réalisé dans le cadre du projet pilote.

3. La mise en cause du modèle de la « short route of accountability » par la BM

Lors de notre entretien en avril 2015 avec le responsable du projet de la BM en cours de lancement, ce dernier a mis en cause le modèle de la « short route of accountability » fondé sur les mutuelles communautaires et des structures de santé autonomes.

D'après lui, le développement du FBR apparaît victime de plusieurs attaques au niveau global :

1) Le système incitatif lié à l'instrument *Health Results Innovation Trust Fund* a conduit à une sur-utilisation de l'instrument sans tenir compte des pré-requis nécessaires à son succès :

« parfois on peut sur vendre le concept précisément parce qu'on sait que derrière ça va amener des financements, donc c'est vrai que je ne vais pas nier le fait que parfois on l'a un peu survendu. Mais c'est clair que ça a permis de financer à peu près une quinzaine de programmes plus pas mal de recherche à côté. Mais on a un peu moins d'argent, c'est justement le problème (...).La totalité du fonds est engagée, on ne peut donc plus rajouter de pays, ni de projets. Donc voilà le fonds est en train de se fermer progressivement » (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

2) Les évaluations liées à la diffusion de l'instrument sont moins positives que celle de l'expérimentation rwandaise :

« on se rend compte que même si moi je reste un grand partisan d'une PBF et je pense qu'il faudra en faire et continuer à en faire de plus en plus, je pense qu'on se rend compte aussi que ça suppose un certain nombre de conditions de mise en œuvre et qu'on y est pas partout. Et donc c'est ce qui explique que dans certains cas le PBF ne marche pas aussi bien qu'on le pensait. On a beaucoup investi dans des évaluations d'impact, on a la toute première qui a été très positive au Rwanda, mais on commence à voir arriver des nouvelles qui le sont beaucoup moins. » (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

3) La mise en place d'une réforme de l'offre de santé est politiquement risquée alors que le renforcement de la demande à travers des programmes de gratuité ou de mutualisation universelle est politiquement porteur.

« c'est la thématique de la couverture maladie universelle qui a le vent en poupe donc c'est plutôt le volet demande qui est mis en avant, ce que je trouve à titre personnel un peu débile dans la mesure où certains pays ne sont absolument pas prêts à se lancer là dedans. Mais bon, politiquement évidemment c'est beaucoup plus intéressant que de lancer des projets PBF pour lesquels on ne peut pas en faire la moindre exploitation politique (...). Après ils [les cadres des Ministères de la Santé ou des Finances] sont aussi sous contrainte politique et politiquement le PBF n'a aucun intérêt. Alors que par contre dire « je vais lancer un programme pour que les soins soient gratuits », là c'est bingo. Donc c'est vrai qu'on va forcément avoir un déficit d'attention politique et moi je le vois déjà arriver. Je le vois très clairement au Sénégal. (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015).

Au niveau global, ces attaques et déplacements d'intérêts conduisent au remplacement du FRITH par un nouvel instrument incitatif plus ouvert à la mise en oeuvre d'autres réformes financières intégrant également des acteurs philanthropiques :

« C'est vrai que le fonds disparaît, mais il va être remplacé par autre chose qui s'appelle le *Global Financing Facility*, qui est aussi financé par la Norvège mais quelque part qui est un peu plus large, qui est moins centré sur l'instrument PBF et qui est beaucoup plus ouvert à d'autres mécanismes, d'autres solutions. Mais clairement il y a l'idée que ce fonds prenne la suite du fonds norvégien, de toute façon c'est le même financeur la Norvège et le Canada. Donc je pense qu'on trouvera quand même le financement, mais je pense que cela devient plus difficile pour le PBF ». (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

La *Global Financing Facility* s'inscrit dans la dynamique de la santé globale, tout en remettant la thématique de l'appropriation nationale au cœur du processus de développement. Il s'agit d'une logique d'appropriation multi-acteurs qui facilite l'ouverture au secteur privé et la recherche de ressources domestiques, ce qui intègre notamment l'appui à la mise en oeuvre de dispositifs assurantiels :

"Smart, scaled and sustainable financing designed to achieve and measure results. The GFF is a new era in development—a breakthrough financing model that unites resources from countries themselves, international donors and the private sector to accelerate advancements in the health of women and children".(presentation, website GFF).

La présentation de la rubrique « Our Approach » du site web de la GFF met également en avant ces éléments, tout en soulignant le rôle clé du Ministère des Finances dans la mise en place du partenariat global pour la santé.

« *The GFF: Pioneering a new financing model*

The GFF is pioneering a financing model that shifts away from a sole focus on official development assistance. Instead, the GFF approach combines domestic financing, external support, and innovative sources for resource mobilization and delivery, including the private sector.

The GFF harnesses the power of its diverse set of partners. Under the leadership of national governments, GFF partners use a country platform that builds on existing structures while ensuring inclusiveness and transparency.

Key means to delivering results - Country platform

The GFF operates at the country level through a multiple-stakeholder process that builds on International Health Partnership (IHP+) approaches. National governments lead the processes with the involvement of the full set of RMNCAH stakeholders, each of whom brings a distinct comparative advantage to the process. Most countries are using existing coordinating structures as their country platforms, though some have decided to establish new mechanisms to improve coordination.

Within these constituencies, it is important that the right skills and institutions are represented in the process. For example, the ministry of finance is a critical stakeholder in the process and so should be involved in every country” (web site GFF)

La présentation du GFF met également en avant son intégration dans le dispositif du secrétaire générale des Nations-Unies : “GFF is a key financing platform of the United Nations Secretary-General’s updated Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016-2030)”. Ce qui témoigne d’un processus d’enrôlement des Nations Unies dans la promotion des nouveaux instruments de financement de la Global Health au travers de partenariats public- privé.

Le GFF est doté d’un financement initial de 1,305 milliards USD destiné à abonder les projets de la BM, provenant principalement de partenaires impliqués (ou enrôlés) dans la promotion d’une approche néolibérale de la santé globale : le NORAD (Norvège) pour 600 millions USD, l’USAID pour 200 millions USD, le « Global Affairs Canada » pour 200 millions USD, le DFID (UK) pour 40 millions USD, la JICA (Japon) pour 190 millions USD, la Fondation Bill et Melinda Gates pour 75 millions USD.

Par ailleurs, l’expert senior santé de la BM met en cause le soutien accordé au volet demande de la « short route of accountability » à travers les mutuelles communautaires, estimant que « les pays africains ne sont pas prêts » à sa mise en place.

Ces arguments mettent d’ailleurs directement en cause la viabilité d’un système d’assurance « communautaire » soutenu dans toute l’Afrique par l’USAID et la BM en suivant l’exemple rwandais, qui est imposé depuis 2015 à tous les pays membres de la Communauté des Etats d’Afrique de l’Ouest. Il remet ainsi en cause la stratégie nationale de promotion de la CMU soutenue par le projet qui a lui-même négocié et qui est en cours de lancement. Par extension il met en cause la création d’un nouveau modèle d’accountability entre les centres de santé et les mutuelles communautaires, qui est pourtant présenté comme un objectif supérieur dans le document de son projet.

Lors de l’entretien, il souligne notamment qu’il y a des débats au sein de la BM, mais qu’il pense à titre personnel qu’un système assurantiel ne peut pas fonctionner s’il n’est pas obligatoire, alors qu’il est impossible de rendre obligatoire un système fondé sur des mutuelles de santé à base communautaires puisqu’elles sont par nature informelles, sauf dans le cas d’une dictature comme le Rwanda :

“je ne suis pas sûr que les pays aujourd’hui peuvent se permettre ce luxe là donc sans passer trop de temps sur ça, moi mon sentiment encore une fois c’est plutôt à titre

personnel parce que là dessus nous entre collègues à la Banque on a pas mal de discussions. Le grand problème c'est la couverture de ce qu'on appelle l'informel non pauvre, parce que le formel c'est par définition relativement facile à couvrir, les pauvres si on dit 10 / 15% de la population, c'est aussi relativement facile puisque maintenant on a des outils d'identification et de subventionnement qui commencent à être bien rodés, qui viennent souvent justement pas de la santé mais qui viennent plutôt des secteurs sociaux. Donc ça c'est deux domaines de population assez faciles, mais finalement le cœur du sujet c'est l'informel non pauvre. Quelque part c'est 70-80% de la population. Au Sénégal si on dit qu'il y a 15% dans le formel, en ajoutant les dépendants donc ça fait 20% de formel, les pauvres on va dire 10%, voilà il reste 70% à couvrir. Et on peut difficilement contourner les lois d'airain de l'assurance maladie, c'est-à-dire que ça ne peut pas fonctionner si ce n'est pas obligatoire. Voilà soit on est dans le formel facultatif, soit on est dans l'informel et dans ce cas là il faut que ce soit obligatoire. Or c'est clair qu'en Afrique comme ailleurs, c'est impossible de faire de l'obligatoire sur l'informel, ou si peut être le Rwanda qui a réussi à faire ça mais tout le monde n'a pas une dictature en place. Donc on se retrouve dans une situation où les pays doivent subventionner assez fortement les cotisations, et j'ai peur que même avec un subventionnement élevé ça ne suffise pas à attirer des personnes. Donc là [au Sénégal] on est vraiment dans un cas d'école, c'est un *textbook*, on va avoir de la sélection adverse à fond la caisse et puis qu'est-ce qu'on fait ? Au fond les rares pays qui ont un peu trouvé une solution à ça, c'est en fait une solution qui a été de dire finalement on ne fait pas payer de cotisations, c'est le Ghana. Le Ghana aujourd'hui il n'y a pratiquement pas de cotisations, eux ils présentent ça comme un système d'assurance maladie(...). C'est un système entièrement subventionné par l'Etat, on croit au système de gratuité mais financièrement c'est un peu lourd. (...) c'est que le Ghana ils ont quand même de gros problèmes de finances publiques et je pense justement que l'histoire de l'assurance maladie a contribué assez fortement à ça. (entretien, expert senior santé BM, avril 2015).

L'expert encourage donc les gouvernements à s'orienter vers la mise en place de programmes de gratuité ciblés sur les publics vulnérables, qui sont pourtant concurrents du modèle de couverture assurantielle puisqu'ils génèrent des phénomènes d'anti-sélection. Si les personnes les plus exposées de la famille comme les enfants, les personnes âgées, et les femmes enceintes bénéficient de la gratuité des soins, l'incitation à l'adhésion aux mutuelles est plus faible.

Dès lors, le FBR redevient un nouvel instrument d'allocation qui s'appuie sur un dispositif de contrôle des résultats privés financés par la BM, ce qui permet de mettre en œuvre plus facilement les programmes de gratuité, tout en renforçant l'autonomie de gestion des centres de santé.

Cette approche revient à abandonner le modèle de la « short route of accountability » défendu par le projet. A l'inverse, la mise en place de systèmes de gratuité pour les plus pauvres et les populations vulnérables constitue un retour vers des dispositifs financés par l'Etat, ce qui limite la logique d'une appropriation des structures de financement par les communautés elles-mêmes.

Toutefois, pour le senior health expert de la BM, le FBR ne doit pas être mis en œuvre dans une logique de reprise de contrôle du niveau central, mais au contraire dans un modèle

favorisant l'autonomie de gestion des structures de santé. Il oppose ainsi l'existence d'une gouvernance sanitaire forte avec la réussite du FBR :

« Ce qui est peut-être pas très bien en termes de gouvernance mais qui est peut-être pas mal en terme de PBF, parce que quand le PBF est confronté à un système où l'autonomie gestion est faible, c'est le foirage total. Moi je le vois aujourd'hui quand je compare le Bénin et le Nigéria. Bon le Nigéria évidemment c'est cata mais il n'y a aucune contrainte, rien. Le PBF a eu des résultats absolument extraordinaires et le Bénin on est en train de se planter pour la raison exactement inverse, à savoir que les centres de santé ont très peu de marge de manœuvre, donc aujourd'hui se retrouvent avec beaucoup d'argent et n'arrivent pas à le dépenser. » (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015).

Cette approche revient donc à vouloir piloter des objectifs centraux à travers une approche contractuelle décentralisant la mise en œuvre d'objectifs quantitatifs au niveau des structures de santé dans les zones rurales, tout en affaiblissant les cadres de régulation existant au niveau des régions et des districts médicaux.

« J'ai plutôt le sentiment qu'au contraire le niveau central ça lui donne un outil finalement de contrôle qu'il n'avait pas avant. A la limite si on a des résistances c'est peut-être plus au niveau district où effectivement le PBF, il faut quand même le reconnaître, c'est quand même une machine anti-districts, ce qui explique d'ailleurs à mon avis en partie toute la résistance de tous les partenaires belges sur ça, puisque ça a quand même été eux toujours les grands promoteurs du système de districts. Mais je pense que c'est plutôt là qu'on a des résistances, puisque quelque part toute l'idée du PBF c'est quand même de dire les centres de santé on les rend autonomes, ils font ce qu'ils veulent et simplement tous les trois mois on regarde leurs performances et en fonction de ça on leur donne une récompense etc. Donc, quelque part, c'est quand même vraiment une machine à déconcentrer le pouvoir au niveau des centres de santé, qui fait qu'on a souvent des problèmes avec les équipes de districts qui se disent « mais je sers plus à rien moi en gros ». Alors que l'approche jusqu'ici, qui était justement l'approche promue par la Belgique et l'OMS, c'était l'approche du district. C'est-à-dire que les centres de santé c'est juste à la limite des, comment dirais-je, des petites filiales de l'équipe de districts et ils sont là pour des espèces de modèles planificateurs complètement délirants qui étaient peut-être supers dans les années 1960-1970, mais c'est bon depuis c'est fini l'Afrique des grands papas. » (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015)

Cette approche vise donc à éliminer les échelons opérationnels de la gouvernance sanitaire, en particulier le district qui pilote et coordonne la mise en place des stratégies nationales au niveau local, en prenant notamment en charge les questions de prévention et de multi-sectorialité. Elle postule donc que ces enjeux qualitatifs peuvent être pilotés par les structures de santé au travers d'indicateurs quantitatifs à court terme.

Cette vision propose également aux décideurs centraux une reprise de contrôle sur les structures de santé à travers une société privée financée par la BM et non plus au travers du dispositif de gouvernance sanitaire du MSAS. Face à l'échec de la mise en place d'une « short route of accountability », il s'agit alors d'enrôler les responsables politiques en faveur d'un dispositif contractuel facilitant la réalisation de programmes sociaux politiquement rentables et moins risqués que la mutualisation :

« ce que je disais sur la CMU (...) c'est un problème qu'on trouve partout, qu'on trouve au Sénégal, qu'on trouve en Côte d'Ivoire. Aujourd'hui c'est les deux pays qui sont les plus en pointe la dessus et puis c'est un peu pareil au Mali. Le Bénin s'est pris un méga râteau donc eux ils vont être un peu plus calmes, mais c'est assez dramatique. Et là c'est vrai que ce serait bien d'avoir un peu de plaidoyer au niveau politique, c'est-à-dire que peut être je pense que c'est quelque chose qu'on essaiera de faire, un petit peu alerter les politiciens pour leur dire bon essayez de réfléchir un petit peu à deux fois avant de vous lancer là dedans parce que c'est probablement pas trop faisable dans la situation économique actuelle. Et puis surtout ça peut se retourner méchamment contre vous. » (entretien, expert senior santé, BM, avril 2015).

Cette vision s'oppose à la logique d'appropriation du MSAS et abandonne la perspective idéologique qui avait été définie par Meessen et al sur la base de l'exemple Rwandais (2006), au profit d'une logique favorisant l'obtention de résultats à court terme dans le cadre d'une relation contractuelle entre le gouvernement central et une plate-forme d'acteur globaux publics et privés, dont la BM finance directement le dispositif de contrôle privé.

Conclusion de la Section 3 :

La section met en perspective le « champ de bataille » que constitue la mise en œuvre d'une nouvelle régulation transnationale (Djelic & al, 2006).

Alors qu'une coalition d'acteurs composée de la BM et l'USAID a mis en œuvre un dispositif d'enrôlement permettant de faire adopter par le MSAS un modèle de régulation par le marché fondé sur le FBR et les mutuelles communautaires, la coopération belge va proposer un modèle concurrent.

Ce modèle s'inspire plus directement des expériences européennes. Il propose (i) une mutualisation nationale du risque associée à une adhésion obligatoire et une gestion des mutuelles par des structures professionnelles au niveau des districts (volet demande), et (ii) un appui technique aux structures de santé et une limitation de la capacité de marchandisation des services à travers une tarification unique (volet offres de soins). Ce modèle suscite l'intérêt d'autres partenaires, en particulier des coopérations luxembourgeoise et japonaise concernant le dispositif assurantiel.

La coalition composée de l'USAID et de la BM va alors s'employer à mettre en échec le modèle alternatif promu par la CTB, comme le montre la mise en concurrence sur le terrain, suivi de l'adoption exclusive, par l'Etat sénégalais et la CEDEAO, du modèle assurantiel promu par la coalition sous l'influence de l'USAID.

La coalition s'emploie également à enrôler d'autres acteurs en faveur de son propre modèle. Ce processus est notamment illustré par le cas de la coopération japonaise, dont le représentant local, initialement intéressé par le modèle assurantiel belge mais opposé au FBR, sera finalement contraint de participer au FBR sous la pression d'un cadre du siège ayant passé plusieurs années à la BM.

Le démarrage du projet de la BM, qui devient alors le financeur exclusif du FBR, conduit ensuite à un conflit entre d'une part la BM qui veut imposer son modèle du paiement à l'acte issu de l'expérimentation rwandaise, et d'autre part l'USAID et le MSAS ayant négocié le dispositif existant pendant plus d'un an.

Les responsables français de la BM font l'objet de pressions internes présentées au chapitre 4, car leur carrière au sein de l'organisation dépend de la diffusion (ou performance) des packages rationnels de la BM dans les pays francophones dont ils ont la charge.

Ce conflit montre alors comment la BM fonde sa légitimité sur les modèles théoriques élaborés par son département de recherche, ainsi que sur la multiplicité des expériences mises en œuvre qui constitue sa capacité d'administration de la preuve.

Dans le cadre d'une relation de contrôle à distance, ils exercent alors des pressions en faveur de l'internalisation du modèle FBR tel qu'il est défini par la BM. Ces pressions s'exercent avec violence en plusieurs étapes.

Tout d'abord les responsables de la BM acceptent une certaine ré-appropriation de l'instrument par le MSAS avec l'appui de l'USAID. Toutefois, les entretiens montrent qu'ils dénie aux principaux responsables du ministère toute capacité d'analyse en faveur d'une mise en œuvre pertinente de l'instrument, jugeant qu'ils n'ont ni les connaissances théoriques ni la connaissance des expérimentations menées.

Pour eux, ces responsables ont été « brain washed » par un sous-traitant de l'USAID dans le cadre d'une stratégie de revanche de ce dernier par rapport à la BM. Cette opposition serait ainsi liée à la domination du package rationnel FBR issu de l'expérimentation rwandaise sur le champ de la santé globale, qui aurait « cornerisé » les travaux sur l'expérimentation haïtienne en cours de valorisation par cet acteur. À aucun moment les principaux cadres du système national de santé du Sénégal ne sont perçus comme vraiment responsables. Dans cette perspective, ils n'existent que dans le cadre d'une relation principal-agent dont le principal est un acteur global, l'USAID ou la BM.

Par la suite, ayant pu récupérer le financement intégral du PNFBR, ils exercent avec violence des pressions en faveur de l'internalisation de l'instrument :

- Un atelier est organisé hors du contexte national (à Buenos Aires), pour mettre en scène la capacité d'administration de la preuve de la BM à travers la présentation de nombreux autres pays s'étant conformés à son package rationnel (le paiement à l'activité). Cet exercice ne valorise pas seulement la puissance de la BM, mais oblige les responsables sénégalais à confronter leur modèle aux forces isomorphiques du champ face aux autres acteurs. Pour les responsables de la BM, cet exercice ne peut aboutir qu'à la mise en perspective d'une adoption cérémonielle. La défense de leur modèle par les responsables sénégalais, fondée sur leur expertise technique et leur connaissance du contexte, est alors présentée comme irrationnelle et poussée par une forme d'orgueil national.
- Le système de vérification par les pairs qui avait été mis en œuvre par l'équipe du projet dans une volonté d'appropriation nationale et de limitation des coûts, est abandonné au profit d'une vérification externe imposée par la BM, dont le délai de recrutement entraînera un blocage du projet de plus d'un an ;
- Le blocage lié à l'absence de vérificateur externe contractualisé sera alors utilisé pour re-négocier le manuel de procédure, en faveur d'un réalignement sur le modèle du paiement à l'acte promu par la BM.
- La résistance des acteurs sénégalais sera ensuite vaincue par une pression exercée par le Ministre, lui-même soumis à l'acceptation de cette condition pour le décaissement des fonds du projet.

Cette séquence illustre la matérialité du rapport de force, qui passe d'une réappropriation de l'instrument par le MSAS en faveur d'un renforcement de la régulation nationale pour améliorer les objectifs globaux dans des zones rurales, vers la mise en place d'une régulation transnationale matérialisée par un instrument de contrôle piloté par le BM.

Elle montre également la réalité de la performance voulue par la BM. Alors que le projet de la BM en cours de démarrage affiche comme objectif supérieur la mise en place d'un nouveau mode de régulation à travers le FBR et les mutuelles privées à base communautaire, le responsable du projet expose lors d'un entretien l'échec du modèle de la « short route of accountability » hors du contexte rwandais.

Le succès du schéma assurantiel fondé sur les mutuelles communautaires serait lié à la capacité du régime autoritaire rwandais à rendre obligatoire un système informel, c'est-à-dire à son encastrement dans des dispositifs de contrôle centralisé. Le succès du FBR à travers le paiement à l'acte serait également lié au contexte spécifique, en particulier à la faiblesse des systèmes nationaux de gouvernance sanitaire pré-existant, comme dans le cas du Nigeria en Afrique de l'Ouest.

Pour le responsable de la BM, l'objectif central du projet n'est dès lors plus la mise en place d'un système de régulation par le marché au niveau local, mais la mise en place d'un dispositif de contrôle des structures de santé en zone rurale par la BM, c'est-à-dire d'une régulation transnationale.

Mieux, la mise en place de cet instrument de contrôle que constitue alors le FBR devient un enjeu pour permettre l'enrôlement des décideurs politiques nationaux en faveur de cette nouvelle régulation transnationale. Le responsable de la BM souligne ainsi faire du plaidoyer pour convaincre les hommes politiques nationaux : (i) du risque politique élevé associé à la mise en place incertaine d'un système national privé d'assurance santé (ii) de l'intérêt politique associé à la mise en place d'un dispositif de paiement à l'acte à travers le FBR, qui facilite la création rapide de programme de gratuité pour certaines catégories de population.

Alors que la décentralisation a entraîné une dérégulation des systèmes de santé nationaux, limitant la capacité d'action du MSAS en faveur de l'amélioration des OMD/ODD dans les zones rurales pauvres, la BM s'oppose aux initiatives de renforcement du système national de gouvernance sanitaire que représente le projet de CTB ou de réappropriation du FBR par le gouvernement. A l'inverse, il impose la mise en place d'un instrument de contrôle de l'activité des structures de santé indépendant du gouvernement.

Ce dispositif de contrôle permet alors d'enrôler les acteurs politiques en faveur de résultats visibles à court terme, au détriment d'une régulation nationale s'appuyant sur son expertise technique et de sa connaissance du contexte pour la mise en place de politiques locales préventives et multi-sectorielles.

En favorisant les soins curatifs au détriment de soins préventifs moins coûteux et plus éthiques, et en bloquant toute initiative de création de dispositif de mutualisation nationale du risque, ce processus de dérégulation nationale /re-régulation transnationale des politiques de santé s'inscrit dans un renforcement du pouvoir des acteurs néolibéraux qui s'exerce au détriment des populations bénéficiaires.

La diffusion du modèle de régulation par le marché permettant d'améliorer la capacité de négociation des pauvres n'était ainsi qu'un affichage porté par les packages rationnels et

destiné à la diffusion de l'instrument, dont l'enjeu réel est le renforcement de la puissance des acteurs globaux néolibéraux à travers la mise en place de régulation transnationale.

Le remplacement du FRITH par la Global Financing Facility semble démontrer cette évolution de la stratégie des acteurs néolibéraux. Le modèle fondé sur la logique de marché évolue vers des approches qui replacent le gouvernement central, et en particulier le Ministère des Finances, au cœur du processus d'économisation des politiques de santé.

L'objectif devient la « solvabilisation » d'un marché curatif dans le cadre de la CSU, en renforçant également la capacité de mobilisation des financements publics au niveau central, pour subventionner la mise en place de système assurantiel ou de programmes de gratuité qui n'impliquent pas de mutualisation nationale du risque.

L'analyse du champ de bataille que constitue la réforme des systèmes de santé au Sénégal met également en perspective les tensions existantes entre les deux principaux acteurs globaux néolibéraux que sont l'USAID et la BM. Si leurs capacités d'influence sont complémentaires, leur répartition des activités témoigne de leurs priorités. L'USAID est avant tout mobilisé par la diffusion d'un système d'assurance privée inspiré du modèle des États-Unis, alors que la BM cible un renforcement de pouvoir de prescription dans le cadre de cette nouvelle régulation transnationale.

La logique performative des acteurs globaux est également divergente. La BM vise principalement une performance théorique qui s'appuie sur sa capacité d'administration de la preuve dans de nombreux pays et s'oppose à tout réel processus de réappropriation. L'USAID s'appuie principalement sur une foi dans les principes néolibéraux, qui doit permettre dans chaque contexte aux pauvres de s'approprier la gestion de leur propre système de santé avec l'appui de l'USAID.

Section 4 – Epilogue : les limites de la mise en œuvre du FBR au niveau local

L'analyse réalisée au niveau local met en perspective les limites du processus de mise en œuvre de l'instrument, et ce malgré un certain enthousiasme lié à l'arrivée de nouvelles ressources dans des structures en situation de sous-financement.

Ces limites sont renforcées dans notre enquête par le choix de la zone d'expérimentation étudiée. Nous avons en effet choisi la plus reculée, qui correspondait également à la situation initiale dans laquelle le système de santé était le plus faible. À l'inverse, de nombreuses évaluations présentées lors de nos observations semblent avoir été faites dans la zone pilote de Kaffrine, plus proche de Dakar et dont le Médecin de Chef de région est ensuite devenu le nouveau coordonnateur du PNFBR.

Plusieurs éléments contextuels mettent ainsi en évidence les limites du dispositif incitatif dans le cas d'une zone pauvre et enclavée comme la Casamance : la non prise en compte des « pré-requis », l'impossibilité de comptabiliser les patients frontaliers dans l'évaluation des résultats, la mise en œuvre parallèle d'autres programmes dans certains districts, ou encore l'arrêt du dispositif pendant plus d'un an suite au blocage de la BM.

1. La non prise en compte des « pré-requis techniques »

Les visites de centres et postes de santé dans les trois districts sanitaires de la région de Kolda mettent d'abord en évidence le manque d'équipements et de ressources. Comme le

souligne la responsable du projet pilote au sein du Cabinet puis de Abt Associates, le financement des pré-requis n'a pas été pleinement mis en œuvre, alors même que l'existence d'une chaîne de froid est un préalable à l'organisation de la vaccination, ou d'une salle de soins obstétrique à l'organisation de visites pré-natales.

Lors de notre mission, nous avons notamment constaté que la plupart des postes de santé visités ne possédaient ni électricité ni eau courante. De plus les conditions de salubrité des bâtiments et de chaleur conduisaient parfois les responsables à installer les patients dans la cour extérieure. Ces éléments sont illustrés par les Figures 27 à 31.

Figure 27, Photo de la cour intérieure et de l'unique point d'eau du poste de santé de Coumbacara



(Source : observation de la mission de supervision du PNFBR, le 17/12/2015)

Figure 28, Photo de la salle d'hospitalisation unique du poste de santé de Coumbacara



(Source : observation de la mission de supervision du PNFBR, le 17/12/2015)

Figure 29, Photo de la maternité du poste de santé de Coumbacara



Source : observation de la mission de supervision du PNFBR, le 17/12/2015)

Figure 30, Photo de patients installés dans la cour extérieure d'un poste de santé



Source : visite d'un poste de santé – district sanitaire de Velingara – le 14/12/2015

Figure 31, Ambulance devant le bloc d'ophtalmologie du centre de santé de Velingara



source : visite du Centre de Santé Velingara – le 14/12/2015

Le premier sujet qui met en perspective l'importance de cette difficulté est la conservation de la chaîne de froid, qui est un élément essentiel pour garantir l'efficacité des vaccins dont les programmes de distribution font l'objet d'une évaluation quantitative par le FBR. Lors de l'observation de la mission de supervision d'un poste de santé par une équipe de la région médicale, l'un des moments clés a ainsi été le contrôle de l'allumage régulier du système de batterie au gaz du réfrigérateur contenant les vaccins. Malgré le formulaire qui doit être rempli par l'infirmier, aucun double contrôle n'existe au sein du poste. De plus lors des déplacements de l'infirmier, ce sont les personnes communautaires (souvent bénévoles et analphabètes) qui ont la charge de ce suivi.

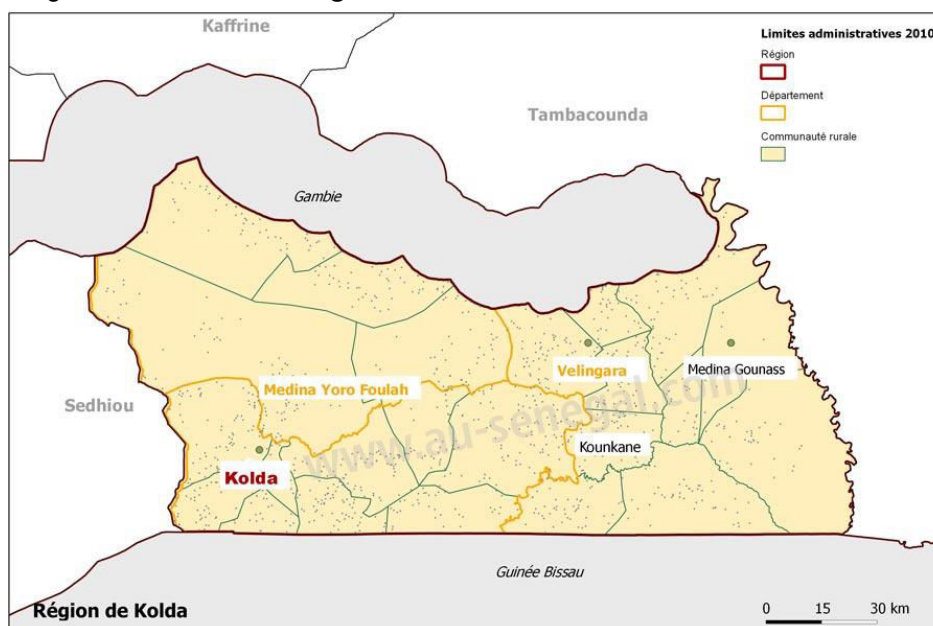
Lors de la réunion mensuelle de l'équipe des cadres de santé du district de Medina Yorofoulou, un avertissement particulier est ainsi adressé par le médecin de chef de district sur le respect de la chaîne de froid, évoquant de façon anonyme des cas de manquement constatés. Le médecin soulignera ainsi le risque d'une persistance des pathologies ciblées malgré la progression des indicateurs du programme de vaccination. Face aux sourires gênés de certains membres de l'équipe, il fera appel à la responsabilité de chacun en soulignant qu'ils devaient « soigner chaque patient comme leur propre parent » (notes d'observation de la réunion mensuelle de l'équipe cadre de santé du district de Medina Yourofoula).

Ce point met en perspective la tension existante entre la responsabilité des personnels soignants liée à leur motivation intrinsèque, et la mise en place d'un système d'incitation financière comme le PBF.

2. L'impossible prise en compte des patients frontaliers.

Une autre limite constatée sur le dispositif d'évaluation est l'absence de prise en compte des patients originaires de Gambie ou de Guinée Bissau dans les indicateurs du programme FBR, alors que la majorité des postes de santé sont situés à proximité d'une frontière, comme l'illustre la carte ci-dessous

. Figure 33, **Carte de la Région de Kolda**



Dans la majorité des postes de santé visités, les patients issus des pays limitrophes représentaient ainsi plus de 20% des personnes fréquentant la structure de santé.

Lors de l'observation de la mission de supervision, l'infirmier soulignera qu'étant à proximité d'une zone de Guinée Bissau où le système de santé est presque inexistant, les patients étrangers constituent certains mois presque 50% de la fréquentation du poste.

Cette absence de système d'évaluation fiable de l'activité réelle du poste de santé conduit dès lors l'équipe de la mission de supervision à agir comme une assistance, destinée à accompagner l'équipe pour remplir au mieux les données demandées par le projet FBR.

3. La difficulté de contrôle des patients et par les communautés

Deux entretiens, réalisés avec le responsable et un enquêteur de l'Organisation Communautaire de Base (OCB) en charge de la vérification du PNFBR dans la région de Kolda, démontrent également la limite du processus de contrôle des patients sénégalais.

Tout d'abord ils soulignent la difficulté de vérifier l'existence de patients déclarés dans les registres, puisque de nombreux sont déclarés avoir déménagé au moment des vérifications, ce qui n'est pas vérifiable.

De plus cette mission de vérification est confiée à des OCB qui sont contractualisées par la région médicale, qui a elle-même en charge la gestion du système de santé. D'après ces acteurs, leur mission n'intègre pas véritablement le recueil d'éléments qualitatifs de la part des personnes fréquentant les structures de santé. (entretien d'enquête, décembre 2015).

La vérification par les communautés elle-mêmes, qui suivant le modèle théorique du FBR doit permettre une redevabilité entre les communautés et les structures de santé, apparaît donc très limitée.

4. L'existence de programmes parallèles

Lors de l'observation de la Revue Nationale du PNFBR 2015, le district de Médina Yoroufoula était mis en avant pour sa forte progression dans l'atteinte des objectifs du PNFBR, en particulier du programme de vaccination.

Au niveau des entretiens avec les agents du PNFBR (niveau central), cette réussite est en partie attribuée à la mise en œuvre du projet. L'efficacité du système d'incitation est notamment mise en avant, à travers le cas d'un poste santé ayant décidé d'investir les primes individuelles octroyées pour l'acquisition d'une moto nécessaire à l'amélioration de ses démarches auprès des populations.

Toutefois l'entretien avec le médecin chef de district et l'observation de la réunion de gestion mensuelle de l'équipe cadre révèlent d'autres éléments.

Tout d'abord il s'agit d'un nouveau district qui vient d'être constitué en même temps que le projet pilote, dans une zone enclavée ne disposant d'aucune route macadamisée. La création d'un centre et de nouveaux postes de santé a donc généré une augmentation de l'offre de soins (personnel, infrastructure et équipement) qui a facilité l'amélioration des indicateurs au-delà des primes versées par le PNFBR.

L'observation de la réunion d'équipe montre également que plusieurs ONG accompagnent le district. Présents lors de la réunion, certaines ONG proposent de financer directement différents besoins soulevés à cette occasion.

Par ailleurs, la direction de l'équipe cadre de ce district a été confiée à un médecin originaire de ce district, qui réalise un travail d'animation de l'équipe très qualitatif d'après l'équipe cadre du district. Suivant les différents entretiens réalisés, il se montre très impliqué dans la mise en œuvre des différentes stratégies et activités, tout en faisant appel à la responsabilité individuelle de chacun comme nous l'avons souligné concernant le respect de la chaîne de froid. Les infirmiers chefs de postes et sages-femme rencontrés soulignent ainsi leur motivation à développer l'offre de soins du district, ce qui contraste avec les entretiens réalisés dans les deux autres districts de la région.

Alors que ce district constitue une vitrine du succès du PNFBR dans la région, l'évolution positive des indicateurs doit être replacée dans un contexte plus global et multifactoriel.

Toutefois, suivant les entretiens, le dispositif incitatif du PNFBR constitue un instrument positif au service du management de l'équipe cadre de district.

5. L'absence de financement du personnel communautaire

La répartition des primes d'incitations entre le personnel soignant et le personnel communautaire semble générer des conflits au sein du personnel des structures de santé.

Le représentant des usagers du comité de santé du district de Velingara est ainsi venu nous interpeler dans un couloir pour souligner l'injustice associée à la répartition des primes, ces dernières étant versées au prorata de la rémunération alors que le personnel communautaire ne perçoit qu'une faible indemnité de dédommagement qui ne correspond pas à leur participation dans le fonctionnement des structures, et donc à leur participation dans l'amélioration de leurs performances.

Le médecin chef du district de Kolda souligne également que le personnel médical réalloue une partie de la prime au personnel communautaire afin de leur offrir une rémunération minimale.

Dans une zone très enclavée et rurale, le représentant du comité de santé de Medina Yorofoula soulignera également la mise en cause du principe de bénévolat qui découle du versement des primes d'incitation. Suivant ce dernier, la participation aux travaux communautaires est compensée par les membres de la communauté, par exemple sous forme d'une prise en charge partielle des travaux agricoles du personnel engagé dans le fonctionnement de la structure de santé. Dès lors, la mise en place de primes de performance au-delà d'une indemnité de déplacement entraîne un débat sur la remise en cause des soutiens apportés par la communauté.

Comme dans le cas de l'autonomisation des hôpitaux (chapitre 5), le manque de ressources a conduit les structures de santé à un recours au bénévolat, que le processus d'économisation des structures n'est pas en mesure d'appréhender ni de compenser.

6. L'arrêt du versement des primes

Lors de notre entretien en novembre 2017 avec une doctorante en sciences politiques venant d'achever une observation participante de 6 mois au sein du PNFBR, celle-ci nous a indiqué que les résultats de ses missions dans les zones pilotes n'étaient pas exploitables à cause de l'arrêt du versement des primes du PNFBR depuis début 2015. Dans un contexte de forte mobilité du personnel soignant et communautaire dans ces zones, il avait notamment été très difficile d'identifier des personnes ayant participé au projet pilote.

Conclusion section 4

La performativité du programme apparaît donc très limitée dans la région étudiée, qui constitue une zone pauvre et enclavée sortant d'une longue période de guerre civile.

La capacité du dispositif à réellement mesurer la performance des différents centres apparaît limitée par l'absence de « pré-requis », par la non prise en compte des actes dispensés aux frontaliers, et par la faiblesse du système de contrôle de l'existence des patients par les OCB.

Le double contrôle par les communautés elles-mêmes, principe mis en avant dans le package rationnel comme le gage de création d'une redevabilité directe entre la structure et ses bénéficiaires, n'est pas effectif. Ce contrôle est réalisé par la région médicale en mobilisant des Organisations Communautaires de base dans le cadre d'un processus de sous-traitance. Il concerne principalement une mission de vérification hiérarchique et n'implique pas véritablement de remonté d'information qualitative.

Les succès du district de Médina Yorofoula, qui constitue l'une des vitrines du PNFBR, sont à replacés dans un contexte d'investissement plus global dans l'offre de soins, au sein duquel le PNFBR n'est qu'un instrument parmi d'autres.

Les ressources apportées par le système d'incitation du PNFBR permettent d'apporter un complément de revenu aux personnels soignants, en particulier aux personnels communautaires. Toutefois ce dispositif ne constitue pas une réponse pérenne à la nécessité de recrutement d'un personnel local stable et compétent.

Enfin l'arrêt du versement des primes, qui avait déjà connu d'importants retards lors de la première année du programme pilote, risque de limiter l'appropriation du dispositif par les acteurs locaux.

La faible importance accordée aux facteurs de succès au niveau local tend à démontrer que l'enjeu des acteurs néolibéraux n'était pas véritablement le succès de sa mise en œuvre au niveau local, mais bien le renforcement du pouvoir des acteurs globaux dans le cadre de la mise en œuvre de nouveaux dispositifs de régulation transnationale.

La présence indirecte d'acteurs globaux privés a également pu être observée lors de cette mission d'étude. Lors de l'observation du comité mensuel des cadres de santé du district de Médina Yorofoula, le représentant d'une association financée par une fondation privée proposait la fourniture gratuite de malettes électroniques connectées sur le réseau de téléphonie mobile. Cet instrument devait permettre la création d'un fichier électronique des patients du district, dont les données sont stockées par l'association. Toutefois, dans le contexte de pénurie d'investissement qui caractérise le district, cette démarche n'a pas été jugée prioritaire par le médecin chef de district.

Conclusion du chapitre 7

L'étude de cas réalisée montre tout d'abord la capacité d'influence des acteurs néolibéraux que sont l'USAID et la BM au niveau du MSAS du Sénégal, qui leur permet d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre de la réforme de système de santé.

Dans un contexte où une part importante des capacités du MSAS est mobilisée pour attirer les financements extérieurs en anticipant les attentes des bailleurs de fonds (chapitre 6), le dispositif de diffusion du modèle de la « short route of accountability » présenté au chapitre 5 apparaît très efficace.

Les stratégies d'autonomisation et de décentralisation, puis de contractualisation et de recours au secteur privé encouragées par les acteurs néolibéraux, ont par ailleurs déjà fixé le cadre réglementaire permettant le déploiement d'approches contractuelles comme les contrats de performance ou le FBR.

La capacité de financement de l'USAID lui permet d'intervenir directement au niveau du cabinet ministériel, alors que l'enrôlement des cadres influents du MSAS facilite la création d'un comité chargé de réfléchir aux réformes. Les deux principales réformes identifiées par le Cabinet sont dès lors les deux approches du modèle de régulation par le marché promu par l'USAID et la BM.

Les programmes d'assistance technique permettent ensuite de proposer une mission d'observation de l'expérience rwandaise aux principaux responsables du MSAS, puis de les accompagner dans la formulation de son propre modèle avec l'appui de consultants déjà impliqués dans la diffusion de ces approches au niveau global.

Toutefois la tension entre la réalité centralisatrice de l'expérience rwandaise et sa valorisation par le réseau néolibéral se reporte au niveau du processus de négociation du modèle pilote sénégalais. Les divergences entre les bailleurs de fonds, en particulier l'opposition de certains acteurs, permettent au MSAS de réorienter l'instrument en faveur d'un renforcement de son contrôle par le niveau central. Suite à l'échec de la décentralisation, ce renforcement du contrôle national répond au besoin de récupérer une capacité de pilotage sur les structures de santé en zone rurale pour mettre en œuvre des actions en faveur des OMD/ODD.

La mise en place du nouveau système de régulation associé à la réforme fait alors l'objet d'une opposition par certains acteurs européens, en particulier la CTB qui propose un modèle de régulation concurrent fondé sur une limitation du niveau de marchandisation des soins et une mutualisation nationale du risque. Cependant, leur capacité financière est beaucoup plus faible et leur intervention plus tardive, ce qui va faciliter leur mise en échec par les acteurs de la coalition néolibérale.

Le démarrage du projet de la BM entraîne alors un nouveau conflit, entre cette dernière qui souhaite imposer son modèle du FBR d'une part, et le modèle élaboré au Sénégal par le MSAS avec l'appui de l'USAID d'autre part. Ce conflit entraîne alors un blocage du projet qui contraint le MSAS à revenir au modèle initial proposé par la BM.

Le rapport de force exercé par les représentants de la BM sur les représentants du MSAS s'appuie sur la capacité théorique et la capacité d'expérimentation multi-pays de la BM, c'est-à-dire sur sa capacité d'administration de la preuve. Il dénie parallèlement aux responsables sénégalais du MSAS toute expertise ou connaissance du contexte susceptible de favoriser une appropriation pertinente de l'instrument FBR. Leur rôle est limité à celui d'agents qui doivent être pilotés à travers des dispositifs de contrôle pour mettre en œuvre des résultats.

Par ailleurs, le délai de mise en œuvre du projet conduit la BM à imposer une approche fondée sur son package rationnel initial au moment même où les premiers résultats de cette approche, évaluée en dehors du contexte rwandais, la mettent en cause. Suivant le responsable de BM, cette mise en cause est effective tant pour le FBR que pour le modèle des mutuelles à base communautaire.

Dès lors, il apparaît que l'objectif de la BM n'est pas la mise en œuvre d'un modèle de régulation par le marché, mais un renforcement de la logique contractuelle entre les financeurs de la « global health », le gouvernement et les structures de santé.

Le FBR est ainsi utilisé comme un instrument de limitation des structures de coordination au niveau national et local (région, district), et de mise en échec des systèmes de régulation concurrents promus par les autres acteurs globaux (la CTB dans notre cas), au profit d'une approche contractuelle dont l'efficacité est évaluée par des acteurs privés rémunérés par la BM.

La déstructuration des cadres de coordinations locaux accentue la fragmentation des systèmes nationaux de santé et limite les capacités de coordination nécessaires à la mise en place de politiques multi-sectorielles et préventives, qui sont pourtant plus éthiques et porteuses d'une meilleure efficacité sur le plus long terme suivant l'OMS.

Cette évolution conduit également le responsable de la BM à enrôler les acteurs politiques dans la mise en œuvre de ce dispositif de régulation transnationale, en leur proposant la mise en œuvre de programmes de gratuité qui ont pour eux un bénéfice politique rapidement exploitable.

Cet exemple démontre que le modèle idéologique fondé sur la logique de marché est ici avant tout destiné à faciliter la diffusion institutionnelle de dispositifs techniques (ou objets actants), dont l'objectif réel est de renforcer la puissance des acteurs du réseau néolibéral.

Le nouvel instrument incitatif destiné à la promotion de nouvelles approches par la BM au niveau global, la Global Financing Facility (initialement dotée d'un budget de 1,3 milliards d'euros), encourage ainsi la mise en œuvre d'approches pilotées par le gouvernement central en prenant le Ministère des finances comme partenaire privilégié. Au niveau central, cette volonté de la BM de renforcer la régulation suite aux plans d'ajustements structurels est également visible dans le cas : (i) à travers la demande de réorganisation du MSAS par l'intégration d'une direction de la planification, et (ii) avec le renforcement du rôle du MEF par la mise en œuvre de la budgétisation basée sur la performance.

Après avoir limité la capacité de coordination de l'Etat, la mise en place de dispositifs de contrôle fondé sur la théorie de l'agence vise à renforcer le pouvoir des financeurs globaux sur les systèmes de santé. L'allocation basée sur la performance, la budgétisation basée sur la performance, le financement basé sur les résultats, ou encore les contrats de performance, constituent ainsi de nouveaux dispositifs de régulation transnationale mis en œuvre par le réseau néolibéral pour contrôler le gouvernement et les acteurs du système de santé.

Au niveau local, l'étude montre que la faible prise en compte des spécificités de la zone étudiée limite considérablement la capacité incitative et donc la performativité de l'instrument.

Conclusion

Cette partie conclusive est présentée en deux parties. Dans un premier temps nous revenons dans une discussion sur les principales contributions empiriques et théoriques de ce travail de thèse. Dans un second temps nous proposons un résumé de cette recherche en concluant sur ses perspectives de développement.

A – DISCUSSION

L'analyse de la conception et de la diffusion du FBR au niveau global, puis au niveau national à travers le cas sénégalais, nous a conduit à mettre en avant différentes contributions théoriques, empiriques ainsi que pour le management de l'action et des politiques publiques en matière d'aide au développement et de santé des populations.

Au niveau théorique, elle permet de mieux comprendre l'imbrication des deux types de performativité, idéologique et théorique, qui sont réunis dans le modèle du compromis performatif (Gond et al, 2013). En associant les deux cadres conceptuels de la TNI et de l'ANT suivant les axes définis par Jones et al (2013), nous apportons une contribution à la connaissance des infrastructures sur lesquelles les logiques institutionnelles sont susceptibles de se déployer. Nous montrons également comment un réseau d'acteurs peut s'appuyer sur les forces isomorphiques d'un champ afin de favoriser un processus d'enrôlement.

Au-delà de potentielles contributions pour la recherche en organisation et management, notre recherche propose un modèle d'intégration de ces logiques performatives qui apparaît fécond dans le domaine du management public et de l'aide au développement en particulier.

Par ailleurs, nous espérons contribuer au corpus de recherche sur la santé globale en abordant ce domaine comme un champ de régulation transnationale, au sein duquel les politiques d'aide au développement et les approches gestionnaires qu'elles déploient structurent des dynamiques institutionnelles de régulation.

Au niveau empirique, cette étude met en perspective la façon dont l'aide au développement participe, à travers la mise en place d'approches gestionnaires et du financement basé sur la performance en particulier, au processus de re-régulation à l'œuvre dans le cadre de la structuration du champ de la santé globale. Or, ce processus affaiblit l'appropriation de l'aide par les gouvernements bénéficiaires et la redevabilité nationale envers les populations. L'enjeu de l'appropriation par les bénéficiaires était pourtant au cœur de l'engagement des acteurs de l'aide à travers la déclaration de Paris (2005) et a également été identifié comme un point central par les analyses critiques des pratiques en matière d'aide au développement (Deaton, 2010).

Contributions théoriques :

Une meilleure compréhension de la relation entre performativité idéologique et théorique.

D'un point de vue théorique, notre étude permet d'approfondir les liens proposés par le cadre du compromis performatif, entre une performativité théorique fondée sur la théorie de l'acteur réseau (ANT) d'une part, et une performativité idéologique fondée sur la théorie néo-institutionnelle (TNI) d'autre part.

Tout d'abord, l'intégration de l'ANT et de la TNI dans un cadre dynamique met en perspective des complémentarités qui étaient clairement énoncées dans les travaux de Lyotard (1979), pour lequel la production de connaissances à l'ère post-moderne répond à un objectif exclusif de puissance de certains acteurs.

Pour Lyotard, l'efficacité recherchée par la production de connaissance est celle du meilleur rapport input/output en faveur dans la réalisation de « coups performatifs » destinés à renforcer le pouvoir des acteurs dominants. Le processus de production scientifique devient alors centré sur l'administration de la preuve, ce qui renforce la capacité de production des acteurs dominants dotés d'une forte capacité d'expérimentation. La focalisation sur l'administration de la preuve permet donc à ces acteurs dominants de produire ce qui, dans la théorie de l'acteur réseau, serait qualifié d'objets actants. La mise en boîte noire de certains éléments agit au profit d'un renforcement de la puissance des acteurs à l'origine de ce processus.

L'étude de la diffusion du FBR met ainsi en perspective la façon dont la BM a « construit » la valorisation de l'expérimentation rwandaise sous forme de « packages » rationnels. Elle a cherché à mettre en avant l'efficacité du principe de décentralisation de la gestion au niveau des structures de santé, qui entraîne en réalité une dérégulation des systèmes de santé au niveau local (région et district). Parallèlement, cette valorisation masque la nature contractuelle et donc régulatrice de l'instrument, ce qui facilitera ensuite un processus de ré-régulation au profit de la BM. La capacité régulatrice du financement à l'activité se trouve ainsi mise en boîte noire au profit d'une vision dé-régulatrice.

Le cadre de l'ANT permet d'étudier comment ces objets actants permettent la création d'associations : la mise en boîte noire favorise l'enrôlement de nouveaux acteurs et l'extension du réseau. La performativité définie par Lyotard (1979) s'articule donc bien aux dynamiques d'enrôlement conceptualisées dans la théorie de l'acteur-réseau.

Les acteurs dominants maîtrisant la capacité d'administration de la preuve, il est difficile de faire obstacle à la diffusion institutionnelle de ces « objets actants / *packages* rationnels ». Dans la sphère publique, remettre en cause les objets actants produits par les acteurs dominants est d'autant plus malaisé que coexistent des objectifs multiples et contradictoires. Dans le cas de l'APD, la nature asymétrique de la relation entre les gouvernements bénéficiaires et les bailleurs de fonds facilite encore les processus de diffusion à l'œuvre

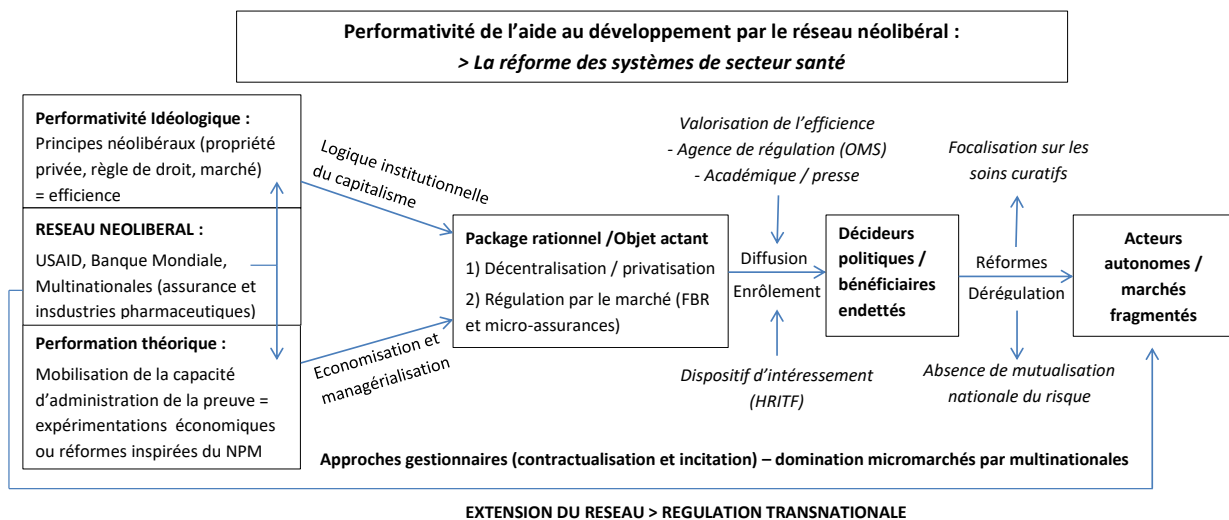
La maîtrise de la capacité d'administration de la preuve explique comment les forces institutionnelles peuvent constituer un dispositif d'enrôlement, ou démultiplier la capacité d'un dispositif d'enrôlement. Dans notre cas, la valorisation sous forme de « *packages* rationnels » des modèles de la « *short-route of accountability* » (WDR, 2004) et du financement à l'activité à travers le FBR (Meessen & al, 2011) met en avant des principes comme le « renforcement de l'*accountability* » et « l'augmentation de l'efficacité », qui stimulent les forces isomorphiques du champ. Ces forces sont ensuite exploitées par le fonds « *Health Results Innovation Trust Fund* » qui constitue un dispositif d'intéressement permettant l'enrôlement des acteurs politiques et financiers à même de diffuser les instruments de gestion étudiés.

Or, ces *packages* rationnels mettent en boîte noire certaines réalités sociales qui tendent à favoriser les acteurs dominants. Ils occultent ainsi les enjeux de prévention au profit d'une focalisation sur les soins curatifs, les enjeux de mutualisation nationale du risque dans la construction d'un marché dérégulé, et occultent également la capacité de régulation associée à un dispositif contractuel.

Dans le cas du financement basé sur l'activité tel qu'il est promu par la BM à travers le FBR, cette capacité de régulation est en réalité mise à profit par l'organisation, au service de la création d'une re-régulation transnationale incitative qui permet à la BM de renforcer sa propre puissance.

Cette intégration des logiques performatives idéologiques et théoriques, qui sont mobilisées par le réseau néolibéral au service d'une re-régulation transnationale des services de santé, est représentée dans le cas du PNBR du Sénégal à travers la Figure 32.

Figure 32, **Représentation de l'intégration des logiques performatives idéologiques et théoriques dans le cas du PNFB**



Une mise en évidence de différentes stratégies performatives parmi les acteurs néolibéraux

Dans notre cas, les acteurs qui forment une coalition en faveur de la diffusion du modèle de régulation par le marché ont des stratégies d'intervention très différentes, qui s'appuient sur des logiques performatives également divergentes.

Dans la répartition des rôles au sein cette coalition, au Rwanda comme au Sénégal, la BM soutient principalement la mise en place d'un instrument de financement basé sur l'activité contrôlée par des acteurs privés extérieurs au système national, alors que l'USAID se consacre plus spécifiquement à la création de mutuelles à base communautaire (ou micro-assurance).

Dans cette répartition, la BM intervient dans une logique financière qui mobilise principalement la théorie de l'agence : l'objectif est la construction d'un système transnational de contrôle de l'activité des structures de santé. Elle intervient en prêt, défend sa légitimité à assumer le contrôle exigé par sa capacité d'administration de la preuve (ou son expérience multi-pays), qu'elle oppose à la légitimité des acteurs nationaux fondée sur leur expertise technique et leur

connaissance du contexte local. Elle est peu présente dans le pays. Par exemple, les deux principaux responsables du projet santé étudié dans le cas sénégalais sont basés à Bruxelles et Washington, d'où ils pilotent les interventions de la BM dans le domaine santé sur plusieurs pays.

Le degré d'adhésion réelle des acteurs de la BM à la régulation par un marché où se rencontrerait, du côté de l'offre, des structures de santé autonomes et, du côté de la demande, des organismes de micro-assurances, semble faible. Mentionnée dans le document de projet, cette forme de régulation est ensuite abandonnée en pratique au profit d'un dispositif de contrôle du système de santé qui conduit au renforcement du pouvoir de la BM. Par conséquent, on peut penser que l'objectif était principalement la mise en place d'un système de contrôle à distance à travers un dispositif de gestion tel qu'il est décrit par Robson (1992).

L'approche de la coopération américaine (USAID) est très différente, car elle intervient en dons, avec des budgets très importants sur une longue période (60 millions USD par an pendant 15 ans). Elle réalise également un important investissement humain sur le terrain pour accompagner, au niveau national puis local, les acteurs dans le choix et la mise en œuvre de solutions de micro-assurances.

Cette stratégie d'accompagnement s'appuie sur le recrutement de cadres nationaux, qui sont d'anciens cadres influents du Ministère de la santé du Sénégal. Les acteurs locaux de l'USAID sont eux-mêmes placés sous la responsabilité d'un ancien économiste du Ministère de l'économie et des finances ayant ensuite participé pendant 8 ans à l'expérimentation rwandaise. Ce responsable met avant une volonté d'accompagner les acteurs nationaux dans un processus d'appropriation, qui nécessite une phase incrémentielle dans laquelle les acteurs peuvent expérimenter les instruments proposés quitte à en réorienter l'usage.

L'adhésion au principe d'une régulation par le marché n'est pas l'objectif ultime de cette stratégie, car le responsable du programme soulignera lors d'un entretien que cette mise en marché n'est possible que dans les villes, puisque « dans les villages ruraux les structures de santé ont de fait un monopole géographique » (entretien, responsable projet ABT Associates, 23/04/2015). Si la mise en concurrence des structures de santé par les mutuelles communautaires est encouragée dans les villes par le projet de l'USAID, elle n'est donc qu'un des objectifs d'un projet plus large. Au-delà de la mise en place d'un mode de régulation par le marché, l'objectif fondamental de l'USAID semble ici plus largement le développement de « la capacité des communautés à prendre en charge leur propre système de santé » qui se fonde plus fondamentalement sur la foi dans les principes idéologiques néolibéraux (propriété privée, règle de droit et efficience des marchés).

La logique performative de l'USAID cible donc la diffusion et l'internalisation, dans les sociétés bénéficiaires, des principes idéologiques néolibéraux qui fondent la société américaine. L'objectif performatif serait donc la projection extérieure d'une société convaincue de l'universalité de ces principes fondateurs. Cette démarche n'est pas uniquement « messianique » car l'américanisation des sociétés ne peut que renforcer le positionnement des acteurs privés globaux américains, mais elle est ancrée dans une foi dans l'universalité des principes néolibéraux pour la construction d'une société libérale démocratique. On retrouve donc dans ces réformes les fondements idéologiques de l'économie du développement néolibérale, qui s'appuie sur la vision libérale chrétienne des indépendances

présentée par Rustow lors de la conférence de la Mont Pelerin Society à St Moritz en 1957 (Chapitre 4).

Alors que le modèle de régulation des services de santé par le marché constitue un objet actant permettant d'articuler ou d'associer les interventions de l'USAID et de la BM dans une coalition néolibérale en faveur de la réforme des systèmes de santé dans les PED, notre étude montre des divergences, tant dans les objectifs suivis que dans les logiques performatives mises en œuvre par ces acteurs.

Dans notre cas, le programme de l'USAID est une projection extérieure de la première puissance mondiale qui cible la libération des populations anciennement colonisées à travers la diffusion des principes de l'idéologie néolibérale. Le projet de la BM est une tentative de régulation d'un système national de santé, par une organisation internationale régulièrement soumise à des attaques du gouvernement américain et de la société civile.

En fonction de la nature de l'organisation, de sa mission, de sa gouvernance, de ses moyens financiers et de la perspective temporelle des actions menées, les acteurs semblent privilégier des stratégies de performance différentes, plus ou moins idéologiques et plus ou moins régulatrices.

Une contribution à la littérature sur la régulation transnationale

Cette étude contribue également à approfondir les connaissances sur la mise en place de nouvelles régulations transnationales à travers l'étude, dans le champ de la santé globale de l'infrastructure et du processus sur lesquels s'appuie ce processus de diffusion.

Elle contribue de la sorte à répondre à l'appel formulé dans l'ouvrage « Transnational governance: Institutional dynamics of regulation » (Djelic & al, 2006), dans lequel les auteurs soulignaient notamment le besoin de renforcer notre compréhension de la construction, de la diffusion et de la mise en œuvre de ces nouveaux objets de régulation au niveau local :

These studies, however, focus mostly on how global models and blueprints are diffused, potentially shaping localized discourse and/or structures and activities. We learn less on the construction, and negotiation of global models. We also lack an understanding of actual processes and mechanisms of diffusion and local reception. (Djelic & al, introduction, 2006, p.32).

Contributions pour le management de l'aide au développement et des politiques de santé

L'étude que nous avons réalisée de la création de nouveau système de régulation transnationale à travers la mise en œuvre d'approches gestionnaires apporte des contributions utiles à plusieurs niveaux pour l'analyse du management de l'action et des politiques en matière d'aide au développement et de santé des populations.

En France tout d'abord. En effet, on peut craindre que la récente annonce de l'augmentation d'un milliard d'euros du budget de l'aide bilatérale⁴⁴, aide en grande partie confiée à l'AFD, ne pousse cette organisation dans une course au décaissement. Malgré l'importance du réseau

⁴⁴ www.senat.fr/rap/a17-110-4/a17-110-41.html

d'agences de l'AFD dans les pays, la grande majorité des équipes est basée à Paris, ce qui rend séduisant le recours aux approches gestionnaires permettant un contrôle à distance.

De plus, l'AFD s'est jusqu'ici développée sur la base d'une structure et d'une culture financières, car elle intervient très majoritairement en prêts en se refinançant sur les marchés financiers. Elle a donc une propension à développer ses nouvelles activités, y compris le développement annoncé des nouvelles activités sous la forme de dons, au travers de programmes comportant des instruments de financement à la performance inspirés par la théorie de l'agence.

Par conséquent, il nous semble que les résultats de notre recherche, qui contribue à la connaissance des effets performatifs des instruments de type FBR, pourraient éclairer utilement les acteurs de l'aide tels que l'AFD. En particulier, notre étude souligne comment les approches FBR sont susceptibles, finalement, de concurrencer les systèmes nationaux de régulation et ainsi fragiliser les gouvernements bénéficiaires que l'AFD cherche, au contraire, à renforcer à travers ses actions et son soutien.

La tension entre les effets des instruments et les systèmes de régulation nationaux est particulièrement explicite dans les « *succes stories* » nationales mises en avant par la BM. En effet, elles concernent principalement des pays ayant réussi à s'opposer à la mise en place d'une régulation transnationale pour utiliser les ressources de l'aide au profit de leur propre système de régulation, comme le Rwanda (chapitre 5) ou le Vietnam (Cling & al 2009).

Plus globalement, développer la connaissance de l'infrastructure sur laquelle les nouvelles régulations transnationales se déploient, et des effets des instruments gestionnaires mobilisés pour le déploiement de l'aide (allocation basée sur la performance, budgétisation basée sur la performance, financement basé sur la performance), est important pour la communauté de l'aide au développement.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4 à travers la présentation du dernier ouvrage du prix Nobel d'économie Angus Deaton (2010), les récentes attaques formulées à l'encontre de l'aide portent précisément sur les effets de cette dernière en termes d'affaiblissement de la redevabilité nationale des pays bénéficiaires, au profit d'une augmentation de la redevabilité entre le gouvernement et les bailleurs de fonds.

Dans la continuité des travaux qui ont montré la performativité de l'allocation basée sur la performance (Amprou & Chauvé, 2004, Guillaumont & al 2006), comme la performativité des programmes d'aide budgétaire (Raffinot, 2010 ; de Renzio 2007), il apparaît essentiel de diffuser les conclusions de travaux sur la performativité des programmes de financements à la performance.

Au niveau des gouvernements et des sociétés des pays bénéficiaires, il apparaît également essentiel de contribuer au renforcement de la prise de conscience du processus de re-régulation transnationale à l'œuvre, et d'ouvrir les boîtes noires associées à des instruments tels que le FBR promu par la BM ou d'autres acteurs de l'aide. Dans le cas que nous avons étudié, les instruments de gestion de l'aide s'opposent directement à deux stratégies recommandées par l'OMS, pourtant très structurantes pour les politiques de santé nationales comme pour le développement et la stabilité des systèmes sociaux des pays : la mise en œuvre de politiques multisectorielles de prévention, et la mise en œuvre de dispositifs assurantiels intégrant une mutualisation nationale du risque maladie.

B – RESUME DE LA THESE.

La première partie propose une vision constructiviste de l'Aide Publique au Développement (APD), à travers une présentation historique dans laquelle différentes conceptions idéologiques et théoriques de l'aide sont mobilisées par les acteurs, dont les jeux d'influence modèlent l'évolution des paradigmes: paradigme du développement fondé sur le modèle du plan Marshall à l'issue de la seconde guerre mondiale, paradigme redistributif répondant à la demande d'un nouvel ordre économique international par le mouvement des non-alignés pendant la guerre froide, paradigme néolibéral qui s'incarne depuis les années 1980 dans la mise œuvre des plans d'ajustement structurels, puis dans les approches économiques et gestionnaires que sont l'allocation basée sur la performance, la budgétisation basée sur la performance et le financement basé sur la performance.

Contribution théoriques

Au niveau théorique, l'analyse de la performance de l'économie du développement et de l'enrôlement des IBW par le réseau néolibéral (chapitre 4) propose tout d'abord une adaptation de notre cadre d'analyse au contexte de l'étude. En suivant les pistes de recherches proposées par Jones et al (2012) sur la mobilisation de l'ANT dans l'étude de la matérialité ou de l'infrastructure des logiques institutionnelles, nous intégrons les deux approches théoriques (TNI et ANT) dans une perspective dynamique intégrant les enjeux de pouvoir.

Dans « La Condition postmoderne – rapport sur le savoir », Lyotard (1979) soutient que la recherche permanente d'efficacité dans les sociétés post-modernes s'inscrit dans une nouvelle conception du savoir, dont l'objectif n'est plus la vérité ni l'émancipation mais la recherche de puissance. Cet objectif se traduit alors par un système de production de la connaissance centré sur l'administration de la preuve, qui renforce le pouvoir des acteurs dominants bénéficiant de fortes capacités d'expérimentation. Cette conception permet une analyse féconde du dispositif de production de savoirs mis en œuvre par le réseau néolibéral pour accroître sa puissance dans le champ de l'APD.

En mobilisant la définition de la doctrine néolibérale proposée par Plewhe et al (2006), comme étant « la foi dans les principes de la règle de droit, de la propriété privée et de l'efficacité des marchés », nous montrons que les savoirs mobilisant ces principes, ainsi que les recommandations de réformes politiques qui en découlent, constituent à la fois :

(i) des « packages rationnels » fondés sur des « croyances rationnelles et modèles » associés à ces principes idéologiques sous-jacents, qui « constituent un cadre intégrateur » et « délimitent les attentes sociales », ce qui facilite leur diffusion dans le champ institutionnel de l'APD.

(ii) des objets actants, dans lequel les principes néolibéraux qui sont mis en « boîte noire » agissent à deux niveaux.

Le premier niveau d'action de ces objets permet de renforcer leur capacité de diffusion. L'amélioration de l'efficacité promise par ces objets est fondée sur la mobilisation des principes idéologiques néolibéraux dans des espaces où ils étaient précédemment entravés par la logique institutionnelle de l'Etat, par exemple à travers des politiques de régulation, de planification, ou de propriété et de gestion publiques. La libération de cette efficacité peut dès lors être obtenue uniquement à travers des réformes politiques, sans investissements

financiers. Cette considération transforme les propositions de réformes en dispositif d'intéressement auprès de décideurs confrontés à une crise de ressources. Dans des PED dotés d'un budget d'investissement extrêmement limité, la foi dans les principes sous-jacents à ces recommandations redonne donc à la décision publique des leviers d'action.

Le second niveau de performativité concerne le renforcement des acteurs du réseau néolibéral dans la mise en œuvre des réformes. Les études de cas présentés (PAS, microcrédit), ainsi que de nombreuses publications sur les programmes mis en œuvre par la BM et le FMI (Annisette, 2004 ; Wade 2001, 2002, Mitchell, 2002 ; Stiglitz, 2002), démontrent que ces réformes politiques entraînent dans les PED un changement des règles et pratiques au profit d'un processus de re-régulation transnationale qui renforce le pouvoir des acteurs dominants, en particulier les IBW et les multinationales occidentales.

Les politiques recommandées par le réseau néolibéral renforcent ainsi sa domination au sein du champ institutionnel, ce qui renforce à nouveau sa capacité d'expérimentation, de diffusion de savoirs et de recommandations politiques. Les deux dimensions performatives liées à la diffusion idéologique et à la performance économique s'autoalimentent donc, au service de l'expansion d'un réseau néolibéral devenu hégémonique.

Sur un plan théorique, en proposant un approfondissement des liens entre les deux approches de la performativité mobilisées par le cadre du « compromis performatif », ce cadre d'interprétation, élaboré de façon interactive à travers un processus de confrontation avec le terrain, permet de répondre à notre question de recherche théorique.

Contributions empiriques

Sur un plan empirique, ce cadre d'interprétation nous permet dans un premier temps de mettre en perspective les dynamiques performatives à l'œuvre au niveau global, afin de répondre à la première question de recherche : ***quels sont les fondements idéologiques et théoriques du FBR, ainsi que les stratégies d'intéressement et les processus de diffusion qui sont à l'œuvre dans son expansion ?***

Le chapitre 4 montre que les fondements idéologiques du FBR sont issus des principes néolibéraux, qui sont mobilisés au service d'un processus global d'enrôlement des IBW et de performance de l'économie du développement par le mouvement néolibéral.

Dans les années 1990, les IBW sont attaqués sur le coût social et humain des PAS et sur leur gestion de la crise asiatique, qui démontre l'inefficacité de ces politiques en matière de lutte contre la pauvreté. A travers l'exemple de la BM, cette divergence d'intérêt entre l'agenda financier et l'agenda de la société civile sera ensuite mise en évidence en économie par Stiglitz (2002), en sciences politiques par Wade (2002), et en sciences de gestion par Annisette (2004).

Pour répondre à cette tension sans mettre en cause les principes néolibéraux, la BM va alors reporter la responsabilité de l'inefficacité de ces politiques en matière de lutte contre la pauvreté sur les bénéficiaires, qui seront désormais appelés à « s'approprier » leurs mises en œuvre. Pour accompagner ce processus, la BM va concevoir des approches gestionnaires à même de favoriser l'internalisation des réformes fondées sur ces principes néolibéraux au sein des sociétés bénéficiaires.

La restructuration du champ institutionnel de l'APD vers la recherche de performance est alors marquée par la création des OMD, à travers laquelle l'ONU relance l'effort d'aide internationale en fixant des objectifs quantitatifs excluant certains principes jusqu'ici associés à ses politiques d'aide mais s'opposant aux principes néolibéraux, comme la recherche d'égalité dans l'accès à la santé et à l'éducation (Lapeyre, 2006). Cette nouvelle conceptualisation constitue un référentiel d'objectifs propice au déploiement des approches gestionnaires promues par le réseau néolibéral.

La première recommandation officielle de l'usage du FBR dans les politiques de développement apparaît ainsi en 2000 dans le rapport de la Commission du Congrès américain sur le fonctionnement des Institutions Financières Internationales. La Commission est principalement composée de Républicains s'opposant à l'inflexion néolibérale que constitue le « Post-Washington consensus » porté par Stiglitz. Ces représentants politiques militent au sein de think tank républicains pour la suppression des IBW dont l'interventionnisme est accusé de distordre le fonctionnement des marchés. Publié en 2000, le rapport final propose de diminuer drastiquement le périmètre d'intervention des IBW au profit de la logique de marché, et recommande le recours aux acteurs privés et au financement basé sur la performance dans la gestion de l'assistance au développement (Weller et Singleton, 2006).

Le chapitre 5 montre ensuite comment ce dispositif performatif se met en œuvre dans le cadre des politiques de santé globale.

Les premières réformes néolibérales dans la gestion des systèmes de santé sont expérimentées au Chili sur la base des travaux sur le choix public (Buchanan & Tullock, 1977), notamment à travers la privatisation des assurances et des structures de santé. Cette première expérimentation fondatrice sera suivie de nombreuses autres promues par la BM et l'USAID en Amérique latine au cours des années 1980, dont les résultats seront ensuite théorisés positivement par la BM dans le World Development Report 1993. Une nouvelle expérimentation à l'échelle nationale sera ensuite réalisée en Colombie sur la base des recommandations présentées dans ce WDR. Les résultats feront ensuite l'objet d'une valorisation par la BM, l'expérience ayant été classée favorablement par l'OMS dans le rapport sur la santé dans le monde 2000, qui placera la Colombie comme modèle le plus performant d'Amérique Latine. A l'issue de cette publication, plusieurs membres du jury démissionneront pour protester contre la partialité des résultats de ce classement, dénonçant notamment la présence dans le jury d'anciens fonctionnaires de la BM ayant été recrutés à l'OMS. Ce cas montre également le processus d'institutionnalisation des réformes portées par la BM, qui s'appuie notamment sur un transfert d'acteurs de la BM vers l'agence de régulation du champ de la santé internationale que constitue l'OMS.

Par la suite, les résultats des réformes néolibérales (privatisation et décentralisation) déployées en Amérique Latine pour lutter contre la pauvreté seront fortement mis en cause, mais attesteront du renforcement des acteurs du réseau néolibéral dans leur périmètre d'intervention. Homedes & Ugalde, (2005) montreront notamment à travers l'étude des cas chiliens et colombiens l'inefficacité de ces réformes en termes de coût et d'accès aux soins, qui ont conduit à une augmentation des inégalités, mais aussi à un renforcement du pouvoir IBW et des organisations privées d'assurances et de production de soins au détriment du système public.

Les travaux de la BM sur le capital humain conduisent également l'institution à promouvoir une nouvelle conceptualisation économique des politiques de santé, qui cessent d'être considérées comme un coût pour être conceptualisées comme un investissement présentant un effet de levier sur la croissance de PED (Moatti & Ventelou, 2009). Dès lors, le financement des systèmes de santé par la BM n'est plus une conditionnalité des PAS mais un investissement ciblant un objectif de lutte contre la pauvreté qui peut être financé directement par l'emprunt, ce qui démultiplie sa capacité d'engagement dans le secteur. Cette conceptualisation constitue un puissant objet actant (ou dispositif d'intéressement) permettant d' enrôler des acteurs financiers en faveur du secteur, ce qui renforce à nouveau la puissance du réseau néolibéral.. Elle ouvre également la voie à la diffusion des approches gestionnaires dans les secteurs sociaux, que les financiers mobiliseront pour améliorer la rentabilité de leur investissement et mettant « sous-tension » les systèmes de production.

Au début des années 1990, le dispositif performatif combinant la diffusion des réformes néolibérales au sein du champ, et la performance économique renforçant les acteurs du réseau, conduit la BM à devenir le principal acteur financier de l'aide au développement dans le secteur de santé.

Au cours des années 1990, le secteur de la santé est le premier à connaître une forte tension entre l'agenda financier et l'agenda de la société civile, l'épidémie de sida révélant la multiplication des risques de pandémie associée à l'accélération des échanges. La globalisation entraîne ainsi un rapprochement entre les intérêts des pauvres et des contributeurs qui sera l'un des moteurs de l'approche des OMD, dont trois sur huit concernent directement le secteur de la santé. Le financement massif accordé à la lutte contre le sida (OMD 6) au détriment d'autres maladies létales mais non transmissibles comme le paludisme ou la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5), démontre que ces politiques s'inscrivent dans un réflexe sécuritaire des pays donateurs (Lautier et al, 2013 ; Kerouedan, 2013). La mise en place des approches gestionnaires répond donc d'abord à un objectif d'augmentation de l'efficacité de l'aide répondant à l'intérêt des donateurs.

L'entrée de nouveaux acteurs issus du réseau néolibéral se poursuit alors à travers l'émergence des politiques de santé globale dynamisées par l'épidémie de Sida. La société civile met en cause les pratiques tarifaires des laboratoires pharmaceutiques qui excluent les pauvres de l'accès aux antirétroviraux, ce qui conduit ces mêmes laboratoires à intervenir sur le domaine de l'APD au travers de fondations à même de défendre leurs intérêts, en proposant par exemple une tarification différenciée pour les anti-rétroviraux dans les pays en développement, ce qui permet une sauvegarde de leurs brevets et ouvre de nouveaux marchés au « bas de la pyramide ». Le renforcement de la société civile conduit également à l'arrivée de nouvelles fondations issues du renforcement des multinationales dans le processus de mondialisation, comme la Fondation Bill et Melinda Gates qui octroie à partir de 2010 plus de financements au secteur de la santé que la BM.

L'émergence de ces nouveaux acteurs philanthropiques et associatifs conduit à la création de nouveaux instruments globaux associant Etats, Institutions financières et acteurs associatifs et privés en faveur de certaines pathologies, comme l'illustre la création en 2000 de l'alliance GAVI en faveur de la vaccination, puis en 2002 du Fonds Mondial pour la Lutte contre le Sida. L'expansion du réseau néolibéral dans le cadre des politiques globales conduit ainsi à la création de nouvelles coalitions d'acteurs dans le champ de l'APD, qui sont à même de renforcer la diffusion des principes néolibéraux au sein des sociétés bénéficiaires.

Au cours des années 2000, les recherches économiques conduiront à promouvoir un mécanisme permettant de rendre plus solvable les investissements des acteurs globaux dans le secteur. Pour justifier d'un effet de levier, les financements d'aide doivent accompagner une prise en charge progressive de ce secteur par la société elle-même. Pour permettre la croissance de cette prise en charge par les bénéficiaires eux-mêmes, le modèle de participation directe des patients aux frais de santé qui était promu par la BM doit être solvabilisé, ce qui passe par la mise en place de systèmes de prépaiements (Moatti & Ventelou, 2009).

Le choix du modèle assurantiel conduit alors à une nouvelle opposition entre une approche directement gérée par l'Etat et intégrant une mutualisation nationale du risque, proche des systèmes sociaux européens, et une approche néolibérale fondée sur une logique de marché entre des assurances et des structures de soins privées, proche du système de santé américain.

Le modèle de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) promue par l'OMS constituera dès lors le nouveau paradigme de l'aide dans le secteur. Suivant le modèle des OMD, il constitue un référentiel d'objectifs positifs qui favorise l'engagement des acteurs en faveur de l'universalité des soins. Il marque également l'abandon du principe d'égalité dans les politiques de santé publique promues par l'OMS, ce qui ouvre la voie à l'enrôlement des gouvernements nationaux dans la mise en œuvre de système de santé fondé sur la logique de marché dans les PED.

A partir de 2001, le Financement Basé sur la Performance est expérimenté par l'USAID dans la gestion des systèmes de santé à Haïti, dont les structures de santé sont gérées, conformément aux recommandations de la Commission Meltzer, par des prestataires privés ou associatifs (ONG). Cette expérimentation sera alors valorisée positivement par un think tank proche de l'USAID et des IBW, le Center for Global Development.

En 2004, le département de recherche de la BM élabore un nouveau modèle théorique de gestion des services sociaux fondé sur la logique de marché, jugée par essence plus efficiente que les politiques publiques en faveur des pauvres mises en œuvre par l'Etat. Le WDR 2004, intitulé « making services work for poor people », s'appuie ainsi sur différentes expérimentations associées à l'introduction d'approches du NPM dans les PED pour proposer un modèle de gestion des services sociaux basé sur le marché, la « short route of accountability », répondant à l'échec supposé de la gestion des services sociaux par l'Etat, la « long route of accountability ».

Ce modèle conduit ensuite la BM et l'USAID à financer et accompagner une expérimentation à l'échelle nationale au Rwanda, pays alors en quête de nouveaux modèles de développement et de ressources financières dans le cadre de sa reconstruction suite au génocide. Le nouveau système de santé Rwandais est construit en s'appuyant sur la création d'une logique de marché au niveau local. La demande est organisée autour de la création de mutuelles privées à base communautaire, qui propose de mobiliser le capital social des plus pauvres en faveur de la création de structures de micro-assurances. L'offre de soins est construite autour de centres de santé publics ou privés disposant d'une gestion autonome et financés par un paiement à l'acte à travers le programme national de financement basé sur les résultats.

Les résultats de l'expérimentation rwandaise sont alors diffusés sous forme de packages rationnels par différents travaux publiés par la BM ou l'USAID, dont la production implique le

plus souvent des acteurs engagés dans leur mises en œuvre (Soeters & al, 2006, Meesen & al, 2011 ; Eichler, 2007), Sekabaraga et al (2011a&b).

De nouvelles expérimentations de FBR sont alors réalisées en s'inspirant du modèle Rwandais dans les pays limitrophes comme le Burundi et la RDC. Par la suite, la diffusion des programmes de FBR connaît une rapide accélération sous l'impulsion de la BM. Cette accélération est facilitée par un dispositif d'intéressement interne à la BM qui permet aux acteurs internes et aux gouvernements partenaires de doubler le montant de leur financement initial si leur projet santé mobilise l'approche FBR (à hauteur d'une participation de 20 millions USD). Ce dispositif est matérialisé par un fonds d'investissement abondé par les coopérations norvégienne et anglaise, géré par la BM et destiné à promouvoir la diffusion de l'instrument FBR.

D'après le site internet de cet instrument, le HRITF, en septembre 2016 le fonds aura été doté d'une contribution totale de 477,6 millions US\$, dont 385,6 millions US\$ engagés à travers 35 programmes FBR dans 29 pays, associés à des financements de 2 milliards US\$ de la BM (IDA). L'instrument finance également des activités de recherche et de conseil destinées à valoriser les résultats de ces projets.

Toutefois, une analyse critique des expérimentations initiales permet de mettre en doute la qualité des résultats, qui sont souvent financés et réalisés par des acteurs ayant un intérêt à soutenir la diffusion de l'instrument.

Tout d'abord les expérimentations locales réalisées au Cambodge et au Rwanda s'avèrent en réalité très éloignées de la valorisation qui en est faite par le réseau néolibéral, à savoir un processus de décentralisation de la gestion des soins au niveau des structures de santé générant de l'efficacité. En réalité, les publications précisent que ces deux expériences sont mises en œuvre dans des régions frappées par des génocides et marquées par un effondrement du système sanitaire, ce qui a conduit les prestataires de santé à fonctionner sans aucune régulation.

Ces expériences de « contractualisation » des structures de santé par le gouvernement permettent donc de rétablir une régulation en réintégrant l'intérêt des patients et des gouvernements dans la gestion des systèmes de santé. De même, l'expérimentation réalisée par l'USAID à Haïti et valorisée par le CDG a pour objectif d'établir une concurrence entre les prestataires privés ou associatifs assurant la production de soins, mais ne constitue pas une décentralisation de la gestion permettant de générer de l'efficacité. Les résultats ont donc été construits pour être intégrés dans des « packages rationnels » répondant à l'intérêt des acteurs néolibéraux, comme le montre l'étude des publications de la BM ou de l'OMS en faveur du FBR.

L'exemple Rwandais est par ailleurs réalisé dans un contexte très spécifique, caractérisé par un pouvoir autoritaire et une capacité de la population à accepter de profonds changements pour pouvoir se projeter dans un nouveau modèle de société. Certains travaux ont ainsi démontré que les contextes de post-conflit ou de post-atrocité sont propices à l'instauration de réformes néolibérales (Harrison, 2010). Plusieurs auteurs ont étudié les politiques mises en œuvre au Rwanda avec le financement des IBW dans les années 2000, et montré que les principes néolibéraux affichés sont généralement encadrés dans des dispositifs nationaux centralisés qui peuvent être qualifiés de « development patrimonialism » (Booth & al, 2012 ; Huggins, 2013).

Les résultats de l'expérimentation nationale rwandaise apparaissent ainsi « construits » pour répondre aux besoins du modèle de la « short route of accountability », préalablement défini par les économistes de BM, sans tenir compte de leurs contextes ou de leurs objectifs spécifiques.

Au niveau national, l'étude du cas sénégalais permet également de répondre à notre seconde question de recherche : ***comment les logiques performatives identifiées au niveau global sont-elles mobilisées, combattues, ou font-elles l'objet d'une réappropriation par les différents acteurs impliqués dans le processus de négociation du Programme National FBR du Ministère de la Santé du Sénégal ?***

Les entretiens, observations et analyses documentaires montrent comment l'intégration du FBR a fait l'objet d'une stratégie d'influence programmée par les représentants de l'USAID et de la BM.

Depuis 2006, l'USAID est le principal partenaire extérieur du Ministère de la santé avec un don annuel moyen de 50 millions USD, soit un montant bien supérieur au budget des autres partenaires financiers. Ces programmes sont mis en œuvre par des unités de gestion de projet qui recrutent principalement des fonctionnaires influents du Ministère. La structure en charge de coordonner les programmes et d'accompagner le MSAS dans la réforme des systèmes de santé est dirigée par un économiste sénégalais formé à l'Université John Hopkins, qui a travaillé au Ministère des finances avant de participer entre 1998 et 2006 aux expérimentations rwandaises financées par l'USAID en faveur de la mise en place des mutuelles communautaires.

Constituant un budget d'investissement important pour le Ministère, le programme est directement présidé par l'influent secrétaire générale du MSAS, un ancien préfet ayant une formation de gestionnaire public. Le programme de l'USAID a ainsi pu progressivement accompagner la création d'un groupe de réflexion sur la réforme du système de santé au niveau du cabinet, qui a lui-même créé deux groupes de travail sur le FBR et les mutuelles communautaires. Il a ensuite organisé avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates un voyage d'étude pour ces deux groupes de travail au Rwanda, afin qu'ils puissent observer l'expérimentation réalisée à travers le FBR et les mutuelles de santé. Il a ensuite financé l'accompagnement de la formulation du projet FBR, réalisé par un cabinet dirigé par l'un des principaux acteurs de la valorisation des expérimentations haïtienne et rwandaise. Il a enfin financé la mise en place des projets pilotes, puis accompagné leur mise en œuvre au niveau national et local.

Suivant ce responsable, le choix du financement d'un projet FBR a fait l'objet d'un accord entre l'USAID et le représentant de la BM bien avant la formulation du projet pilote par le MSAS, puisque le fonds fiduciaire de la BM offrait une forte incitation financière à l'utilisation de l'approche. Une répartition des tâches avait ainsi été établie, dans laquelle l'USAID devait financer et accompagner la création des mutuelles privées à bases communautaires (volet demande), alors que la BM devait prendre en charge la mise en œuvre du projet FBR (volet offre). Cette prise en charge par la BM a toutefois été plus tardive que prévue initialement, les crises de gouvernance liées à la fin du mandat du Président Abdoulaye Wade ayant contraint la BM à reporter le lancement de son projet.

La formulation du projet pilote FBR, réalisée avec l'accompagnement du consultant financé par l'USAID, a nécessité plus d'un an de négociation incluant les principaux responsables du

Ministère et ses principaux partenaires extérieurs (BM, USAID, mais aussi l'OMS et les coopérations française, belge et luxembourgeoise), et conduit à une réappropriation de ce nouveau système de régulation en faveur d'un renforcement du contrôle central. Alors que la BM promeut un modèle de paiement à l'acte accompagné d'une autonomisation des structures de santé répondant au modèle de la « short route of accountability », le programme national négocié met en œuvre un système de financement basé sur la performance qui récompense l'amélioration de cibles composites et implique les échelons intermédiaires que sont la région et le district médical.

Parallèlement, la tentative de promotion d'un modèle concurrent au Sénégal par la Coopération Technique Belge sera mise en échec par les acteurs du réseau néolibéral. Ce modèle proposait un renforcement du rôle de l'Etat s'opposant directement aux principes néolibéraux à travers : (i) la création d'une assurance nationale de santé gérée et cofinancée par l'Etat, (ii) le renforcement de l'offre de soins par des actions de formations et des mises à niveau des plateaux techniques, et (iii) la diminution du degré de marchandisation du secteur à travers l'instauration d'une tarification unique dans les centres de santé.

Par la suite, la réorientation du dispositif de contrôle et d'incitation de l'instrument lors de la négociation du projet pilote, vers un renforcement de la capacité de contrôle du MSAS sur le système national de santé, entrainera l'opposition de la BM. Cette dernière va tout d'abord accepter d'assurer le financement du projet existant en imposant un dispositif de contrôle externe, avant de bloquer le versement des primes d'incitation et d'exiger la mise en place d'un système de paiement à l'acte répondant au modèle qu'elle promeut sur la base de l'expérimentation rwandaise. Cette opposition au principe d'appropriation du pays partenaire sera justifiée par un jeu de concurrence entre la BM et l'USAID sur le modèle de FBR à promouvoir, qui met en cause l'autonomie de décision des cadres du Ministère. Les entretiens montrent ainsi comment la BM défend sa connaissance des meilleures pratiques sur la base de sa capacité de comparaisons entre pays, c'est-à-dire sa capacité d'administration de la preuve. A l'inverse, le gouvernement défend sa capacité à construire une approche répondant à ses propres besoins dans un contexte spécifique.

Le rapport de force permettant l'imposition du modèle de paiement à l'activité est matérialisée par deux changements techniques qui généreront de fortes résistances au sein du Ministère.

a) Comme condition à la signature du contrat, la BM exigera la mise en place d'un système de contrôle indépendant des résultats, qui devra être réalisé par un consultant privé directement contractualisé par le projet de la BM. Ce processus revient de fait à exclure le système national de santé du dispositif de contrôle.

b) Comme condition aux décaissements des fonds du projet après un an de blocage, la BM exigera le retour au paiement à l'acte qui sera imposé sur intervention du Ministre.

Ces deux réformes permettent alors à la BM de bénéficier d'un dispositif de contrôle et de financement direct de l'activité des structures de santé dans les zones rurales. Il s'agit donc d'un système de contrôle externe entre la BM et les prestataires de services finaux, au détriment du système national de santé.

Au-delà de l'affaiblissement de la capacité de régulation nationale, ce basculement est porteur d'un affaiblissement des régions médicales et surtout des districts sanitaires en charge de la mise en œuvre des politiques de prévention et des questions de multisectorialités. Il conduit

donc à une focalisation des politiques publiques sur les soins curatifs au détriment des politiques de prévention, qui sont pourtant jugées nécessaires par l'OMS pour alléger le coût de la santé dans les PED

Le choix d'un système d'assurance santé à travers le modèle des mutuelles privées à base communautaire a quant à lui été adopté dans la stratégie nationale du MSAS, avant d'être imposé depuis 2015 par les règlements de l'Union Economique et Monétaire de l'Ouest Africain, dont le programme d'activités témoigne d'une forte coopération avec l'USAID. Ce choix démontre une performativité en faveur des principes néolibéraux, puisque ce modèle élimine tout recours à la mutualisation nationale du risque qui est pourtant recommandé par l'OMS. Il est ainsi générateur d'un système de santé inégalitaire.

Toutefois, lors de son lancement, le responsable du projet de la BM au Sénégal évoque la fragilité des modèles construits sur la base des résultats de l'expérience rwandaise, qui sont pour lui mis en cause par les résultats obtenus dans d'autres pays ces dernières années.

Au niveau du FBR, les évaluations dans les autres pays n'auraient pas donné de résultats positifs similaires à l'expérience rwandaise. Au niveau du modèle d'assurances privées à base communautaire, il semble que l'autoritarisme du système politique rwandais ait permis de solvabiliser ce dispositif en imposant une obligation d'adhésion en faveur de structures informelles, ce qui n'a pas été possible dans les autres pays. La réussite du Ghana, autre expérimentation jusqu'ici mise en avant par la BM et l'USAID, serait liée à la quasi-gratuité des primes qui a fortement pesé sur les finances publiques.

Cette mise en cause révèle que le basculement vers un modèle de régulation par le marché au service des pauvres ne constitue pas (ou plus) son objectif réel. Après avoir été utilisé pour favoriser la diffusion de l'instrument, limiter la diffusion de modèles concurrents, et affaiblir les capacités de régulation de l'Etat, cet objectif supérieur du projet est abandonné. L'enjeu devient alors la mise en place d'un dispositif technique transnational qui renforce le pouvoir de la BM sur l'Etat et son système de santé.

Ce résultat correspond à la réalité des expériences cambodgienne et rwandaise d'introduction du FBR dans un les systèmes de santé public. Alors que les résultats de ces expérimentations ont été contruit pour valoriser une capacité de dérégulation à travers le FBR, nous avons montré qu'ils attestent en réalisé de la création d'un nouveau système de régulation dans des systèmes nationaux fragilisés et fragmentés. Dès lors l'intégration du FBR dans des systèmes nationaux structurés, comme c'est le cas au Sénégal, abouti à une concurrence entre les deux systèmes de régulation qui cherche à s'enrôler mutuellement.

Le responsable du projet de la BM expose ainsi sa stratégie d'enrôlement des acteurs politiques nationaux en faveur de ce dispositif, qui leur donne la capacité de créer rapidement de programmes de gratuité politiquement très bénéfique. Les acteurs politiques seraient ainsi enrôlés dans un dispositif contrôlé par la BM qui leur permet d'afficher des résultats de court terme, au détriment du renforcement des systèmes de santé nationaux et des stratégies de prévention multisectoriels qu'ils devraient mettre en œuvre.

Au niveau global, cette approche est concrétisée par la conception de la Global Financing Facility, destinée à renforcer « l'appropriation nationale » dans le cadre d'une relation contractuelle renforcée entre les financeurs de la global health (publics et privés), le gouvernement central et les structures de santé.

Les dispositifs promus peuvent dès lors être présentés comme de nouvelles régulations transnationales (Djelic et al, 2007). Alors que le modèle théorique de la « short route of accountability » présenté sous la forme d'un package rationnel fondé sur l'expérimentation rwandaise a été « construit » pour promouvoir un modèle de régulation par le marché, le cas sénégalais présente la réalité d'un champ de bataille dans lequel les approches promues sont des instruments destinés à renforcer la puissance des acteurs qui assurent leur diffusion. Ils sont au cœur de stratégies d'enrôlement, de coalition et d'opposition dont l'enjeu est le contrôle des nouveaux dispositifs de régulation transnationale porté par la « global health ».

Limites et perspectives de recherche

Au niveau empirique, notre travail pourrait être poursuivi par une étude plus approfondie des stratégies de performance déployées par les acteurs globaux au niveau sous-régional.

En effet, notre travail a souligné que le modèle de la micro-assurance a été imposé par les directives de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, alors même que le site de la commission santé de cette organisation met en avant une forte collaboration avec le bureau régional de l'USAID. Dès lors, il serait intéressant d'étudier le programme régional ainsi que les différents programmes nationaux qui ont été mis en œuvre par l'USAID dans les pays de la zone pour promouvoir la « microassurance ». Il pourrait être révélateur de mettre en perspective l'éventuelle valorisation de certaines expériences nationales en faveur de la diffusion de ce modèle à travers l'UEMOA. Dans ce cadre, il est possible que le modèle sénégalais, adopté par le gouvernement l'année précédant la directive régionale ait pu jouer un rôle déterminant, en raison notamment de la certaine exemplarité dont le gouvernement sénégalais bénéficie dans les pays de la sous-région.

Par ailleurs, la volonté de se positionner dans un marché régional des services de santé peut également constituer un dispositif d'enrôlement du gouvernement sénégalais en faveur de la logique de marché. Ainsi, le « Plan Sénégal Emergent », qui constitue le nouveau document cadre des politiques du gouvernement suite à l'élection du Président Macky Sall, fait de la santé un des secteurs stratégiques pour l'émergence économique de Sénégal. Cette stratégie, également soutenue par la BM, vise à attirer à Dakar les investissements des acteurs globaux pour y développer une offre de services de qualité destinée aux riches clients des pays de la sous-région.

Cette vision néolibérale du secteur de la santé en Afrique de l'Ouest engendre ainsi une mise en concurrence des métropoles ouest-africaines pour l'attraction des financements extérieurs. Comme cela a pu être le cas au niveau des régions au Sénégal (Piveteau, 2005), cette mise en concurrence d'acteurs publics qui dépendent de financements extérieurs risque de conduire à une fragmentation des dynamiques sous-régionales, au profit des acteurs globaux.

Sur le plan théorique, notre objet d'étude pourrait être étudié de manière plus approfondie que nous ne l'avons fait à travers le corpus de la « régulation transnationale ». En effet, ce courant de recherche nous a permis de comprendre les intérêts des acteurs globaux engagés dans une stratégie de performance des systèmes de santé. La mobilisation de différents angles proposés par Djelic et al (2006) pour étudier les processus de régulation transnationale (« scientization », « marketization », « formal organizing », « moral rationalization », « reinvented democratization »), apparaît féconde pour mieux comprendre les transformations à l'oeuvre.

Enfin, en prolongement de notre recherche, mobiliser les travaux en contrôle de gestion sur le contrôle à distance (Robson, 1982) et sur la gouvernementalité (Miller & O'Leary, 1987, 2007 ; Miller & Rose, 1990) permettrait vraisemblablement d'appréhender de manière complémentaire les différentes approches gestionnaires promues par les acteurs de l'aide publique au développement (allocation basé sur la performance, budgétisation à la performance, financement basé sur la performance) en faisant ressortir leur rôle de technologies de gouvernement coordonnées au sein d'un programme.

BIBLIOGRAPHIE

- Abernethy, M.A., Chua, W., Lockett, P.F. and Selto, F.H., 1999. Research in managerial accounting: learning from others' experiences. *Accounting & Finance*, 39(1), pp.1-27.
- Akrich, M., 1987. Comment décrire les objets techniques?. In *Techniques & culture* (No. 9, pp. 49-64).
- Akrich, M., 1993. Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action. In *Les objets dans l'action* (Vol. 4, pp. 35-57). Editions de l'EHESS.
- Akrich, M., Callon, M. and Latour, B., 2006. *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Presses des MINES.
- Amin, S. and Girvan, C., 1973. Underdevelopment and Dependence in Black Africa—Their Historical Origins and Contemporary Forms. *Social and Economic Studies*, pp.177-196.
- Amprou, J. and Chauvet, L., 2004. *Efficacité et allocation de l'aide: revue des débats*. Agence française de développement.
- Anand, P. B. (2004). Financing the provision of global public goods. *World Economy*, 27(2), 215-237.
- Andrews, M. (2004). Authority, acceptance, ability and performance-based budgeting reforms. *International Journal of Public Sector Management*, 17(4), 332-344.
- Ancelin-Bourguignon, A., Saulpic, O. and Zarlowski, P., 2013. Subjectivities and micro-processes of change in accounting practices: a case study. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 9(2), pp.206-236.
- Annisette, M. (2004). The true nature of the World Bank. *Critical Perspectives on Accounting*, 15(3), 303-323.
- Ansari, S. and Euske, K.J., 1987. Rational, rationalizing, and reifying uses of accounting data in organizations. *Accounting, Organizations and Society*, 12(6), pp.549-570.
- Anthony, R.N., 1965. *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis [by]*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony, R.N., 1988. *The management control function*. Harvard Business School Press.
- Asher, R. E., & Mason, E. S. (1973). The World Bank Since Bretton Woods. *Washington, DC: The Brookings Institution*.
- Atlani Duault, L., & Vidal, L. (2013a). La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale?. *Revue Tiers Monde*, 215, 1-164
- Austin, J. L. (1975). *How to do things with words*. Oxford university press.
- Azam, J.P. and Laffont, J.J., 2003. Contracting for aid. *Journal of development economics*, 70(1), pp.25-58.
- Balique, H. (1996). Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives. Publication des scientifiques de l'Institut de Recherche sur le Développement.
- Banerjee, A., Duflo, E., Glennerster, R., & Kinnan, C. (2015). The miracle of microfinance? Evidence from a randomized evaluation. *American Economic Journal: Applied Economics*, 7(1), 22-53.

- Banerjee, A. V., & Duflo, E. (2003). Inequality and growth: What can the data say?. *Journal of economic growth*, 8(3), 267-299.
- Basu, K. (2017). Au-delà du marché: Vers une nouvelle pensée économique. Éditions de l'Atelier.
- Bauer, P. (1987), "Creating the Third World: Foreign Aid and its Offspring", *Journal of Economic Growth*, Vol.2, N°4.
- Bauer, P. (1993), *Development Aid: End It or Mend It ?*, Occasional Paper N°43, "International Center for Economic Growth"
- Bauer, P. T., & Yamey, B. S. (1957). Economics of under-developed countries.
- Bauer, P. T. (1958). *Economic growth and the new orthodoxy*.
- Bauer, P. T. (1976). *Dissent on development*. Harvard University Press.
- Bauer, P. T. (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Harvard University Press.
- Bayliss, K., Fine, B., & Van Waeyenberge, E. (2011). *The political economy of development: The World Bank, neoliberalism and development research*. Pluto Press.
- Benhabib, J., & Spiegel, M. M. (1994). The role of human capital in economic development evidence from aggregate cross-country data. *Journal of Monetary economics*, 34(2), 143-173.
- Bergamaschi, I. (2011). «Appropriation» et «lutte contre la pauvreté» au Mali. *Revue Tiers Monde*, (1), 135-150.
- Bettiga, J. P. (1996). Appui au secteur hospitalier du Sénégal.
- Bhargava, A., Jamison, D. T., Lau, L. J., & Murray, C. J. (2001). Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of health economics*, 20(3), 423-440.
- Bigsten, A. (2006). Coordination et utilisations des aides. *Revue d'économie du développement*, 14(2), 77-103.
- Blanc, A. and Huault, I., 2014. Against the digital revolution? Institutional maintenance and artefacts within the French recorded music industry. *Technological Forecasting and Social Change*, 83, pp.10-23.
- Blanchard, O. J., & Leigh, D. (2013). Growth forecast errors and fiscal multipliers. *The American Economic Review*, 103(3), 117-120.
- Bloom, D., & Canning, D. (2003). Health as human capital and its impact on economic performance. *The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice*, 28(2), 304-315.
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (2000). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- Bowles, S., & Gintis, H. (2002). Social capital and community governance. *The economic journal*, 112(483).
- Brignall, S. and Modell, S., 2000. An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management accounting research*, 11(3), pp.281-306.
- Broad, R. (2006). Research, knowledge, and the art of 'paradigm maintenance': the World Bank's Development Economics Vice-Presidency (DEC). *Review of International Political Economy*, 13(3), 387-419.

- Broad, R. (1988). *Unequal Alliance, 1979-1986: The World Bank, the International Monetary Fund, and the Philippines*. Ateneo de Manila University Press.
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American journal of public health*, 96(1), 62-72.
- Booth, D., & Golooba-Mutebi, F. (2012). Developmental patrimonialism? The case of Rwanda. *African Affairs*, 111(444), 379-403.
- Buchanan, J. M., & Tollison, R. D. (1984). *The Theory of public choice--II*. University of Michigan Press.
- Buchanan, J. M. (1979). *Cost and choice: An inquiry in economic theory*. University of Chicago Press.
- Buchanan, J. M. (1978). From private preferences to public philosophy: the development of public choice. *The economics of politics*, 18, 1-20.
- Buchanan, J. M., & Tollison, R. D. (1972). *Theory of public choice: Political applications of economics* (Vol. 1). University of Michigan Press.
- Buchanan, J. M., & Tullock, G. (1977). The expanding public sector: Wagner squared. *Public Choice*, 31(1), 147-150.
- Buchanan, J. M., & Tullock, G. (1962). *The calculus of consent* (Vol. 3). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Burns, J. and Scapens, R.W., 2000. Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management accounting research*, 11(1), pp.3-25.
- Burnside, A.C. and Dollar, D., 1997. Aid, policies, and growth. *World Bank policy research working paper*, (569252).
- Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. *Theatre journal*, 40(4), 519-531.
- Cabantous, L., & Gond, J. P. (2011). Rational decision making as performative praxis: explaining rationality's éternel retour. *Organization science*, 22(3), 573-586.
- Çalışkan, K. and Callon, M., 2009. Economization, part 1: shifting attention from the economy towards processes of economization. *Economy and Society*, 38(3), pp.369-398.
- Çalışkan, K. and Callon, M., 2010. Economization, part 2: a research programme for the study of markets. *Economy and Society*, 39(1), pp.1-32.
- Callon, M., 1984. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(S1), pp.196-233.
- Callon, M., 1986. The sociology of an actor-network: The case of the electric vehicle. In *Mapping the dynamics of science and technology* (pp. 19-34). Palgrave Macmillan UK.
- Callon, M., 2007. What does it mean to say that economics is performative. *Do economists make markets*, pp.311-357.
- Callon, M. and Latour, B., 1981. Unscrewing the big Leviathan: how actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. *Advances in social theory and methodology: Toward an integration of micro-and macro-sociologies*, pp.277-303.

- Callon, M. and Muniesa, F., 2005. Peripheral vision economic markets as calculative collective devices. *Organization studies*, 26(8), pp.1229-1250.
- Callon, M., & Muniesa, F. 2003. Les marchés économiques comme dispositifs collectifs de calcul. *Réseaux*, (6), 189-233.
- Calomiris, C. W. (1997a). *The postmodern bank safety net: lessons from developed and developing economies*. American Enterprise Institute.
- Calomiris, C. W. (1997b). IMF's Imprudent Role as Lender of Last Resort, The. *Cato J.*, 17, 275.
- Carrin, G., Waelkens, M. P., & Criel, B. (2005). Community- based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical medicine & international health*, 10(8), 799-811.
- Carpenter, D., & Moss, D. A. (Eds.). (2013). Preventing regulatory capture: Special interest influence and how to limit it. Cambridge University Press.
- Chang, L.C., 2006. Managerial responses to externally imposed performance measurement in the NHS: an institutional theory perspective. *Financial Accountability & Management*, 22(1), pp.63-85.
- Charnoz, O. and Severino, J.M., 2010. *L'aide publique au développement*. la Découverte.
- Chabrol, F., 2013. Les antirétroviraux au Botswana. *Revue Tiers Monde*, (3), pp.17-34.
- Cissé, B., Luchini, S., & Moatti, J. P. (2004). Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie*, 18(4), 111-149.
- Cling, J. P., Razafindrakoto, M., & Roubaud, F. (2009). Desperately seeking model countries: The World Bank in Vietnam. Economics Papers from University Paris Dauphine, Paris, France.
- Cohen, D., Jeanneney, S.G. and Jacquet, P., 2006. *La France et l'aide publique au développement*. Documentation française.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, 1-25.
- Coleman, J. S. (1994). Social capital, human capital, and investment in youth. *Youth unemployment and society*, 34.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, S95-S120.
- Collier, P. (2008). *The bottom billion: Why the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford University Press, USA.
- Collier, P., & Dollar, D. (2002). *Globalization, growth, and poverty: Building an inclusive world economy*. Oxford University Press.
- Collier, P., Guillaumont, P., Guillaumont, S. and Gunning, J.W., 1997. Redesigning conditionality. *World Development*, 25(9), pp.1399-1407.
- Combes, J.L., Guillaumont, P., Jeanneney, S.G. and Combes, P.M., 2000. Ouverture sur l'extérieur et instabilité des taux de croissance. *Revue française d'économie*, 15(1), pp.3-33.
- Cordella, T., Dell'Araccia, G. and Kletzer, K.M., 2003, October. Conditional aid, sovereign debt, and debt relief. In *Research Workshop Macroeconomic Challenges in Low Income Countries*.

- Couderc, N., & Ventelou, B. (2005). AIDS, economic growth and the epidemic trap in Africa. *Oxford Development Studies*, 33(3-4), 417-426.
- Cour des comptes européenne (2010), « La gestion, par la Commission, de l'appui budgétaire général dans les pays ACP, ainsi que dans les pays d'Amérique latine et d'Asie », Rapport spécial, n° 11, 2010.
- Covaleski, M.A., Dirsmith, M.W. and Michelman, J.E., 1993. An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, 18(1), pp.65-80.
- Covaleski, M.A. and Dirsmith, M.W., 1990. Dialectic tension, double reflexivity and the everyday accounting researcher: on using qualitative methods. *Accounting, Organizations and Society*, 15(6), pp.543-573.
- Critchfield, R. (1978). *Shahhat: An Egyptian*. Syracuse University Press.
- Dambrin, C., Lambert, C. and Sponem, S., 2007. Control and change—Analysing the process of institutionalisation. *Management Accounting Research*, 18(2), pp.172-208.
- Dasgupta, P., & Serageldin, I. (Eds.). (2001). *Social capital: a multifaceted perspective*. World Bank Publications.
- Deaton, A. S. (2009). *Instruments of development: Randomization in the tropics, and the search for the elusive keys to economic development* (No. w14690). National Bureau of Economic Research.
- Deaton, A. (2010). Instruments, randomization, and learning about development. *Journal of economic literature*, 48(2), 424-455.
- Djelic, M. L., & Sahlin-Andersson, K. (Eds.). (2006). *Transnational governance: Institutional dynamics of regulation*. Cambridge University Press.
- Demortain, D. (2015). The tools of globalization: ways of regulating and the structure of the international regime for pharmaceuticals. *Review of International Political Economy*, 22(6), 1249-1275.
- Denis, J. (2006). Préface: Les nouveaux visages de la performativité. *Études de communication. Langages, information, médiations*, (29), 8-24.
- De Renzio, P., 2007. Aide publique, budgets et «redevabilité»: un article de synthèse. *Afrique contemporaine*, (3), pp.133-159.
- De Soto, H. (2000). *The mystery of capital: Why capitalism triumphs in the West and fails everywhere else*. Basic books. De Soto, H. (1989). *The other path* (pp. 202-202). New York: Harper & Row.
- DiMaggio, P.J., 1988. Interest and agency in institutional theory. *Institutional patterns and organizations: Culture and environment*, 1, pp.3-22.
- DiMaggio, P.J. and Powell, W.W. eds., 1991. *The new institutionalism in organizational analysis* (Vol. 17). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- DiMaggio, P.J. and Powell, W.W., 1983. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), pp.147-160.
- Diop, M. C. (2013). *Le Sénégal sous Abdoulaye Wade: le Sopi à l'épreuve du pouvoir*. KARTHALA Editions.

- Diop, M. C. (2001). *Les politiques sociales en Afrique de l'Ouest: quels changements depuis le Sommet de Copenhague?: synthèse des études de cas* (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal) (No. 5). United Nations Research Institute for Social Development.
- Diop, P.F. Butera, J. D. (2005). Community-Based Health Insurance in Rwanda. Africa Region Findings & Good Practice Infobriefs; No. 256. World Bank, Washington, DC.
- Djelic, M. L., & Sahlin-Andersson, K. (Eds.). (2006). Transnational governance: Institutional dynamics of regulation. Cambridge University Press.
- Dollar, D., Kleineberg, T., & Kraay, A. (2016). Growth still is good for the poor. *European Economic Review*, 81, 68-85.
- Dollar, D., Kleineberg, B. T., & Kraay, A. (2013). Growth is still good for the poor. World Bank Policy Research Working Paper 6568. *Washington, DC: World Bank*.
- Dollar, D. and Kraay, A., 2003. Institutions, trade, and growth. *Journal of monetary economics*, 50(1), pp.133-162.
- Dollar, D., & Kraay, A. (2002). Growth is Good for the Poor. *Journal of economic growth*, 7(3), 195-225.
- Duflo, E. (2003). Grandmothers and granddaughters: old-age pensions and intrahousehold allocation in South Africa. *The World Bank Economic Review*, 17(1), 1-25.
- Duflo, E. (2000). *Schooling and labor market consequences of school construction in Indonesia: Evidence from an unusual policy experiment* (No. w7860). National Bureau of Economic Research.
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4(1), 12.
- Dussault, G. (2006). L'assurance maladie en Afrique francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque mondiale.
- Easterly, W. (2013). *The tyranny of experts: Economists, dictators, and the forgotten rights of the poor*. New York: Basic Books.
- Easterly, W. (2007). The ideology of development. *Foreign Policy*, (161), 31.
- Easterly, W., & Easterly, W. R. (2006). *The white man's burden: why the West's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good*. Penguin.
- Easterly, W. (2001). *The elusive quest for growth: economists' adventures and misadventures in the tropics*. MIT press.
- Easterly, W., & Levine, R. (1997). Africa's growth tragedy: policies and ethnic divisions. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(4), 1203-1250.
- Easterly, W., & Rebelo, S. (1993b). Fiscal policy and economic growth. *Journal of monetary economics*, 32(3), 417-458.
- Easterly, W., Kremer, M., Pritchett, L., & Summers, L. H. (1993a). Good policy or good luck?. *Journal of Monetary Economics*, 32(3), 459-483.
- Ebenstein, W., & Ebenstein, A. O. (2000). *Great political thinkers: Plato to the present*. Wadsworth Publishing Company.

- Elyachar, J. (2012). Next practices: Knowledge, infrastructure, and public goods at the bottom of the pyramid. *Public Culture*, 24(1 66), 109-129.
- Elyachar, J. (2006). Best practices: Research, finance, and NGOs in Cairo. *American Ethnologist*, 33(3), 413-426.
- Elyachar, J. (2005). *Markets of dispossession: NGOs, economic development, and the state in Cairo*. Duke University Press.
- Elyachar, J. (2003). Mappings of power: The state, NGOs, and international organizations in the informal economy of Cairo. *Comparative Studies in Society and History*, 45(03), 571-605.
- Elyachar, J. (2002). Empowerment money: the World Bank, non-governmental organizations, and the value of culture in Egypt. *Public Culture*, 14(3), 493-513.
- Elyachar, J. (2001). Finance internationale, micro-crédit et religion de la société civile en Égypte. *Critique internationale*, (4), 139-152.
- Eichler, R., & Levine, R. (2009). Performance incentives for global health: potential and pitfalls. CGD Books.
- Eichler, R., Auxila, P., Antoine, U., & Desmangles, B. (2007). Performance-based incentives for health: six years of results from supply-side programs in Haiti.
- Eisenhardt, K.M., 1989. Agency theory: An assessment and review. *Academy of management review*, 14(1), pp.57-74.
- European Commission. (2001). European Governance: a white paper. Office for official publications of the European communities
- European Commission (2000), "Communication to the Commission on the Reform of the Management of the External Assistance
- Faber, E., & Naidoo, J. (2014). Innover par la mobilisation des acteurs: 10 propositions pour une nouvelle approche de l'aide au développement. *Rapport au ministre des Affaires étrangères et du Développement international, Janvier*.
- Field, E. (2007). Entitled to work: Urban property rights and labor supply in Peru. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(4), 1561-1602.
- Field, E., & Torero, M. (2006). Do property titles increase credit access among the urban poor? Evidence from a nationwide titling program. *Department of Economics, Harvard University, Cambridge, MA*.
- Fine, B. (2010). *Theories of social capital: Researchers behaving badly*. Pluto.
- Fine, B., & Van Waeyenberge, E. (2009). Correcting Stiglitz: from information to power in the world of development. *Socialist Register*, 42(42).
- Fine, B. (2008). Social capital in wonderland: the World Bank behind the looking glass. *Progress in Development Studies*, 8(3), 261-269.
- Fine, B., Lapavitsas, C., & Pincus, J. (Eds.). (2003). *Development policy in the twenty-first century: beyond the post-Washington consensus*. Routledge.
- Fine, B. (2002). *Social capital versus social theory*. Routledge.

- Fine, B. (1999). The developmental state is dead—long live social capital?. *Development and change*, 30(1), 1-19.
- Fischer, K. (2009). The influence of neoliberals in Chile before, during, and after Pinochet. *The road from Mont Pèlerin: The making of the neoliberal thought collective*, 305-46.
- Fischer, S. (1998). "The Asian crisis: A view from the IMF". *Journal of International Financial Management & Accounting*, 9(2), 167-176.
- Fogel, R. W. (1986). Nutrition and the decline in mortality since 1700: some preliminary findings. In *Long-term factors in American economic growth* (pp. 439-556). University of Chicago Press.
- Foster, M., & Keith, A. (2003). The case for increased aid. Final Report to the Department for International Development of the United Kingdom (December).
- Foucault, M (1974-1975) *Abnormal: lectures at the Collège de France* (Vol. 2). Macmillan.
- Foucault, Michel, 2004. *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard & Seuil.
- Foxley, A. (1986). The neoconservative economic experiment in Chile. *Military Rule in Chile: Dictatorship and Oppositions*, 13-50.
- Friedland, R. and Alford, R.R., 1991. Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions.
- Fritsche, G.B., Soeters, R. and Meessen, B., 2014. *Performance-based financing toolkit*. World Bank Publications.
- Furtado, C., 1963. *The economic growth of Brazil: a survey from colonial to modern times*. Univ of California Press.
- Gershberg, A. I. (1998). Decentralization and recentralization: lessons from the social sectors in Mexico and Nicaragua.
- Guesnerie, R., 1996. *L'économie de marché*. Flammarion.
- Gond, J.P., Cabantous, L., Harding, N. and Learmonth, M., 2015. What do we mean by performativity in organizational and management theory? The uses and abuses of performativity. *International Journal of Management Reviews*.
- Gond, J.P., Igalens, J. and Brès, L., 2013. *Rendre compte du social. L'art du compromis performatif* (No. 123456789/13777). Paris Dauphine University.
- Greenwood, R., Suddaby, R. and Hinings, C.R., 2002. Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of management journal*, 45(1), pp.58-80.
- Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere*. Trans/Form/Ação, 2, 198-202.
- Grittner, A. M. (2013). Results-based financing: evidence from performance-based financing in the health sector
- Guillaumont, P. and Jeanneney, S.G., 2006. Efficacité, sélectivité et conditionnalité de l'aide au développement: enseignements pour la politique française'. D. Cohen, S. Guillaumont Jeanneney and P. Jacquet, *La France et l'aide publique au développement. Rapport au Conseil d'Analyse Economique*. La documentation française, pp.97-166.

- Guillaumont, P., Jeanneney, S.G. and Brun, J.F., 1999. How instability lowers African growth. *Journal of African Economies*, 8(1), pp.87-107.
- Guillaumont, P. and Guillaumont-Jeanneney, S., 1995. La Conditionnalité à l'Epreuve des Faits. RAINELLI M.(dir. pub.), *La Négociation Commerciale et Financière Internationale, Economica*.
- Gwatkin, D. R., & Ergo, A. (2011). Universal health coverage: friend or foe of health equity?. *The Lancet*, 377(9784), 2160.
- Hamann, M. A. J., & Bulir, M. A. (2001). How volatile and unpredictable are aid flows, and what are the policy implications? (No. 1-167). International Monetary Fund.
- Harberger, A. C. (1985). Observations on the Chilean economy, 1973-1983. *Economic Development and Cultural Change*, 33(3), 451-462.
- Harberger, A., & Selowsky, M. (1966, April). Key factors in the economic growth of Chile. In *Next Decade of Latin American Economic Development, "Conference at Cornell University*.
- Harberger, A. C. (1963). *The dynamics of inflation in Chile* (No. 14). Department of Economics, Graduate School of Business, University of Chicago.
- Harberger, A. C. (1959). Using the resources at hand more effectively. *The American Economic Review*, 49(2), 134-146.
- Harding, A., & Preker, A. S. (2003). Private participation in health services (Vol. 434). Washington, DC: World bank.
- Harrison, G. (2010). The impact of global social engineering: Neoliberal Africa.
- Hart, S., & Prahalad, C. K. (2002). The Fortune at the Bottom of the Pyramid. *Strategy+ business*, 26(1), 54-67.
- Hasselbladh, H. and Kallinikos, J., 2000. The project of rationalization: a critique and reappraisal of neo-institutionalism in organization studies. *Organization studies*, 21(4), pp.697-720.
- Hayek, F. A., & Hamowy, R. (2013). *The constitution of liberty: The definitive edition* (Vol. 17). Routledge.
- Hayek, F. A. (2012). *Law, legislation and liberty: a new statement of the liberal principles of justice and political economy*. Routledge.
- Hayek, F. A. (1960). *The Constitution of Liberty* Routledge and Keegan Paul Ltd.
- Hayek, F. A. (1945). The use of knowledge in society. *The American economic review*, 519-530.
- Hayek, F. A. (1937). Economics and knowledge. *Economica*, 4(13), 33-54.
- Holm, P. and Nielsen, K.N., 2007. Framing fish, making markets: the construction of Individual Transferable Quotas (ITQs). *The Sociological Review*, 55(s2), pp.173-195.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health policy*, 71(1), 83-96.
- Hopwood, A.G. and Miller, P., 1994. *Accounting as social and institutional practice* (Vol. 24). Cambridge University Press

- Hoskins, W. L., & Coons, J. W. (1995). Mexico: policy failure, moral hazard, and market solutions. *Policy Analysis*, (243).
- Huggins, C. (2013). Seeing Like a Neoliberal State? Authoritarian High Modernism, Commercialization and Governmentality in Rwanda's Agricultural Reform' (Doctoral dissertation, PhD dissertation, Carleton University).
- Ireland, M., Paul, E. and Dujardin, B., 2011. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries?. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), pp.695-698.
- Jacquet, P. and Naudet, J.D., 2006. Les fondements de l'aide. *La France et l'aide publique au développement. Rapport au Conseil d'Analyse Economique. La documentation française*
- Jacquemot, P. (2009). Ressources minérales, armes et violences dans les Kivus (RDC). *Hérodote*, (3), 38-62.
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., ... & Preker, A. (2006). To retain or remove user fees?. *Applied health economics and health policy*, 5(3), 137-153.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A. Ghosh, G. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898-1955.
- Jensen, M.C. and Meckling, W.H., 1976. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3(4), pp.305-360.
- Johnson, B. T., & Schaefer, B. D. (1998). Congress Should Give No More Funds to the IMF. *Heritage Foundation Backgrounder*, (1157).
- Johnson, B. T., & Schaefer, B. D. (1997). The International Monetary Fund: Outdated, Ineffective, and Unnecessary. *Heritage Foundation Backgrounder*, 1113.
- Johnson, B. T., & Schaefer, B. D. (1997). Restructuring and reforming the foreign aid programs. *Mandate for Leadership IV: Turning Ideas into Actions. Washington, DC: The Heritage Foundation*.
- Jones, C., Boxenbaum, E. and Anthony, C., 2013. The immateriality of material practices in institutional logics. *Research in the Sociology of Organizations*, 39(A), pp.51-75.
- Kagame, P. (2009). The backbone of a new Rwanda. In the river they swim: essays from around the world on enterprise solutions to poverty. Templeton Press, West Conshohocken, PA. http://www.mitpressjournals.org/userimages/ContentEditor/1265818804574/INNOV-TECH4SOCIETY_.
- Kakwani, N., & Pernia, E. M. (2000). What is pro-poor growth?. *Asian development review*, 18(1), 1-16.
- Kanbur, R. (2006). The economics of international aid. *Handbook of the Economics of Giving, Altruism and Reciprocity*, 2, 1559-1588.
- Karnani, A. (2007). The mirage of marketing to the bottom of the pyramid: How the private sector can help alleviate poverty. *California management review*, 49(4), 90-111.
- Kaul, I., Grunberg, I. and Stern, M.A., 1999. Defining global public goods. *Global public goods: international cooperation in the 21st century*, pp.2-19.
- Kerouedan, D., 2013a. *Géopolitique de la santé mondiale: Leçon inaugurale prononcée le jeudi 14 février 2013*. Collège de France.

- Kerouedan, D., 2013b. Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. *Revue Tiers Monde*, (3), pp.111-127.
- Kharas, H., Prizzon, A., & Rogerson, A. (2014). Financing the post-2015 Sustainable Development Goals. *Overseas Development Institute, London*.
- Krueger, A. O. (1978). Liberalization attempts and consequences.
- Krueger, A. O. (1974). The political economy of the rent-seeking society. *The American economic review*, 64(3), 291-303.
- Kruk, M. E., Goldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing and selling to pay for health care in low-and middle-income countries. *Health Affairs*, 28(4), 1056-1066.
- Kumi, E., Arhin, A. A., & Yeboah, T. (2014). Can post-2015 sustainable development goals survive neoliberalism? A critical examination of the sustainable development–neoliberalism nexus in developing countries. *Environment, development and sustainability*, 16(3), 539-554.
- Kurunmäki, L., 1999. Professional vs financial capital in the field of health care—struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society*, 24(2), pp.95-124.
- Lachenal, G., 2013. Le stade Dubaï de la santé publique. *Revue Tiers Monde*, (3), pp.53-71.
- Lapeyre, F., 2006. Objectifs du Millénaire pour le Développement : outils de développement ou cheval de Troie des politiques néolibérales. *Alternatives Sud*, 13(1), pp.9-26.
- Latour, B., 1987. *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Harvard university press.
- Latour, B., 2005. *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford university press.
- Lautier, B., 2010. Les politiques sociales à l'épreuve des réformes de marché. *Revue internationale de politique comparée*, 17(3), pp.23-55.
- La Forgia, G. M. (2003). In Search of Excellence: Strengthening Hospital Performance in Brazil.[Concept paper]. Washington DC: World Bank.
- Leca, B., Gond, J.P., Huault, I. and Déjean, F., 2009. *Bringing materiality into institutional analysis: The role of artifacts in the institutional entrepreneurs' strategies and their interplay with discourse*. Paris Dauphine University.
- Lemière, C., Turbat, V., & Puret, J. (2012). A tale of Execisse Hospital Autonomy, World Bank.
- Lounsbury, M., 1999. Field transformation and population recomposition: The dynamics of professional and business associations in the US field of finance, 1945-1993. In *59th Annual Meeting of Academy of Management, Chicago, IL*.
- Lucas, R. E. (1988). On the mechanics of economic development. *Journal of monetary economics*, 22(1), 3-42.
- Lyotard, J.F., 1979. La condition postmoderne: Rapport sur le savoir/Jean-Francois Lyotard. *Paris: Minuit*, p.31.

- McDonald, R., & Roland, M. (2009). Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), 121-127.
- McGreevey, W. (1982). Brazilian health care financing and health policy: an international perspective. In PHN Technical Note (No. 6). World Bank
- MacKenzie, D. and Millo, Y., 2003. Construction d'un marché et performance théorique. *Réseaux*, (6), pp.15-61.
- MacKenzie, D. and Millo, Y., 2001. Negotiating a market, performing theory: The historical sociology of a financial derivatives exchange. *Performing Theory: The Historical Sociology of a Financial Derivatives Exchange (August 1, 2001)*.
- MacKenzie, D. A., Muniesa, F., & Siu, L. (2007). *Do economists make markets?: on the performativity of economics*. Princeton University Press.
- Magrath, P., & Nichter, M. (2012). Paying for performance and the social relations of health care provision: an anthropological perspective. *Social science & medicine*, 75(10), 1778-1785.
- Marshall, J. D. (1999). Performativity: Lyotard and Foucault through Searle and Austin. *Studies in Philosophy and Education*, 18(5), 309-317.
- Mathiyazghan, K. (1998). Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India. *The International journal of health planning and management*, 13(1), 47-67.
- Martens, B. (2005). Why do aid agencies exist?. *Development policy review*, 23(6), 643-663.
- Meessen, B., Soucat, A. and Sekabaraga, C., 2011. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), pp.153-156.
- Mehrotra, A., Damberg, C. L., Sorbero, M. E., & Teleki, S. S. (2009). Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence?. *American Journal of Medical Quality*, 24(1), 19-28.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Meigs, A. J. (1997). Lessons for Asia from Mexico. *Cato Journal.*, 17, 315.
- Milanovic, B. (2016). *Global Inequality. A New Approach for the Age of Globalization*, Harvard University Press, 2016.
- Milanovic, B. (2011). *Worlds apart: Measuring international and global inequality*. Princeton University Press.
- Milanovic, B. (2003). The two faces of globalization: against globalization as we know it. *World development*, 31(4), 667-683.
- Milanovic, B. (1998). Income, inequality, and poverty during the transition from planned to market economy (pp. p-237). Washington, DC: World Bank.
- Miller, P., 1994. Accounting as social and institutional practice: an introduction. *Accounting as social and institutional practice*, 1, p.20.
- Miller, P., & Rose, N. (1990). Governing economic life. *Economy and society*, 19(1), 1-31.
- Miller, P. (2001). Governing by numbers: Why calculative practices matter. *Social research*, 379-396.

- Miller, P. and O'leary, T., 1987. Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, Organizations and Society*, 12(3), pp.235-265.
- Miller, P., & Rose, N. (2008). *Governing the present: Administering economic, social and personal life*. Polity.
- Mirowski, P., & Plehwe, D. (2009). *The Road from Mont Pelerin – The making of neoliberal thought collective* - Harvard University Press.
- Mitchell, T. 1991. *Colonising Egypt: With a new preface*. Univ of California Press.
- Mitchell, Timothy, 1998. Fixing the economy, *Cultural Studies*, 12(1): 82-101.
- Mitchell, T., 2002. *Rule of experts: Egypt, techno-politics, modernity*. Berkley, University of California Press.
- Mitchell, T. (2004). The properties of markets: Informal housing and capitalism's mystery. *Institute for Advanced Studies in Social and Management Sciences. University of Lancaster. Cultural Political Economy Working Paper Series, Working Paper, 2*.
- Mitchell, T., 2005. The work of economics: how a discipline makes its world. *European Journal of Sociology*, 46(02), pp.297-320.
- Mitchell, Timothy, 2007. The properties of markets, in Donald MacKenzie, Fabian Muniesa et Lucia Siu (dir.), *Do economists make markets ? On the performativity of economics*, Princeton, Princeton University Press: 244-275.
- Mitchell, T., 2008. Rethinking economy. *Geoforum*, 39(3), pp.1116-1121.
- Moatti, J. P., & Ventelou, B. (2009). Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation. *Revue économique*, 60(2), 241-256.
- Monckeberg, M. O. (2001). El Saqueo de Los Grupos Económicos Al Estado Chileno [The Plundering of the Chilean State by the Major Economic Groups of the Country]. *Santiago: Ediciones B*.
- Modell, S., 2004. Performance measurement myths in the public sector: a research note. *Financial Accountability & Management*, 20(1), pp.39-55.
- Modell, S., 2003. Goals versus institutions: the development of performance measurement in the Swedish university sector. *Management Accounting Research*, 14(4), pp.333-359.
- Modell, S., 2001. Performance measurement and institutional processes: a study of managerial responses to public sector reform. *Management Accounting Research*, 12(4), pp.437-464.
- Morales, J. and Sponem, S., 2009. Rationaliser, dominer, discipliner. Une revue des recherches critiques en contrôle de gestion. *Economie et Société*, (21), pp.2001-2043.
- Moreno-Serra, R., & Smith, P. C. (2012). Does progress towards universal health coverage improve population health?. *The Lancet*, 380(9845), 917-923.
- Muniesa, F. and Callon, M., 2009. La performativité des sciences économiques. *Traité de sociologie économique*, pp.289-324.
- Nauleau, M., Destremau, B. and Lautier, B., 2013. " En chemin vers la couverture sanitaire universelle". Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 215(3), pp.129-148.

- Oliver, C., 1991. Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16(1), pp.145-179.
- Pasicolan, P., & Fitzgerald, S. J. (2002). The millennium challenge account: Linking aid with economic freedom. The Heritage Foundation Backgrounder, (1602).
- Plehwe, D (2006) « Origins of the Neoliberal Development Discourse - Mont Pèlerin Society Conferences during the 1950s – *The Road from Mont Pelerin*, 238-278
- Plehwe, D., Walpen, B. J., & Neunhöffer, G. (Eds.). (2007). *Neoliberal hegemony: A global critique*.
- Routledge.Pereira, R. (2008). Processes of securitization of infectious diseases and western hegemonic power: A historical-political analysis. *Global Health Governance*, 2(1), 1-15.
- Pereira, R. (2009). PEPFAR project implementation and the pursuit of the United States national interest. The CDS Research Report series, 41.
- Perry, J. L., Engbers, T. A., & Jun, S. Y. (2009). Back to the future? Performance-related pay, empirical research, and the perils of persistence. *Public Administration Review*, 69(1), 39-51.
- Piketty, T., & Ganser, L. J. (2014). *Capital in the twenty-first century*.
- Piñera, J. (1995). Empowering workers: the privatization of social security in Chile. *Cato J.*, 15, 155.
- Piñera, J. (1992). *La revolución laboral en Chile*. Zig-Zag.
- Pinera, J. (1990). *Experiencia economica no chile*. Instituto Liberal.
- Piveteau, A. (2005). Décentralisation et développement local au Sénégal. *Chronique d'un couple hypothétique*. *Revue Tiers Monde*, (1), 71-93.
- Posner, R. A. (1974). *Theories of economic regulation*.
- Porter, M. E. (1990). The competitive advantage of nations. *Harvard business review*, 68(2), 73-93.
- Pottier, J. (2002). Re-imagining Rwanda. *Conflict, Survival and Disinformation in the late 20th Century*.
- Preker, A. S., & Harding, A. (Eds.). (2003a). *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals* (Vol. 434). World Bank Publications.
- Preker, A., & Harding, A. (2003b). The economics of hospital reform: from hierarchical to market-based incentives. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, 39(3), 3-10.
- Preker A.S. & Carrin G.(2004). *Health financing for poor people : resource mobilization and risk sharing*. Washington, DC: World Bank.
- Prahalad, C. K. (2006). *The Fortune at the Bottom of the Pyramid*. Pearson Education India.
- Prahalad, C. K. (2005). *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits*. New Delhi, India: Wharton School.
- Prahalad, C. K., & Hammond, A. (2002). Serving the world's poor, profitably. *Harvard business review*, 80(9), 48-59.
- Prahalad, C. K. (2002). Strategies for the Bottom of the Economic Pyramid: India as a Source of Innovation. *Reflections: The SOL Journal*, 3(4), 6-17.

Preker, A. S., & Langenbrunner, J. (Eds.). (2005). *Spending wisely: buying health services for the poor*. World Bank Publications.

Østergren, K. (2006). The institutional construction of consumerism: a study of implementing quality indicators. *Financial Accountability & Management*, 22(2), 179-205.

Ravallion, M. (2004). *Pro-poor growth: a primer*.

Ravallion, M., & Chen, S. (2003). Measuring pro-poor growth. *Economics letters*, 78(1), 93-99

Ramonet, I. (2001). *Nouveaux pouvoirs, nouveaux maîtres du monde: un monde sans cap*. Les Editions Fides.

Raffinot, M., 2010. L'appropriation (ownership) des politiques de développement: de la théorie à la pratique. *Mondes en développement*, (1), pp.87-104.

Robson, K. (1992). Accounting numbers as "inscription": Action at a distance and the development of accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 17(7), 685-708.

Rose, N. (1996). Governing "advanced" liberal democracies. *The anthropology of the state: A reader*, 144-162.

Romer, P. M. (1986). Increasing returns and long-run growth. *Journal of political economy*, 94(5), 1002-1037

Rostow, W.W., 1965. The concept of a national market and its economic growth implications. *Marketing and economic development*, pp.11-20.

Rusa, L., Schneidman, M., Fritsche, G., & Musango, L. (2009). Rwanda: Performance-based financing in the public sector. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*, 189-214.

Sachs, J. (2006). *The end of poverty: economic possibilities for our time*. Penguin.

Sachs, J., McArthur, J. W., Schmidt-Traub, G., Kruk, M., Bahadur, C., Faye, M., & McCord, G. (2004). Ending Africa's poverty trap. *Brookings papers on economic activity*, 2004(1), 117-240.

Sachs, J. D. (2003). Institutions matter, but not for everything. *Finance and Development*, 40(2), 38-41. WHO publications

Sachs, J., & Malaney, P. (2002). The economic and social burden of malaria. *Nature*, 415(6872), 680-685.

Sachs, J. D. (2001). *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

Sachs, J. D., & Warner, A. M. (2001). The curse of natural resources. *European economic review*, 45(4), 827-838.

Sachs, J. D., Gallup, J. L., & Mellinger, A. D. (1999). Geography and economic development. *International regional science review*, 22(2), 179-232.

Sachs, J. D., & Warner, A. M. (1997). Fundamental sources of long-run growth. *The American economic review*, 87(2), 184-188.

Sachs, J., Tornell, A., & Velasco, A. (1996). Financial crises in emerging markets: the lessons from 1995 (No. w5576). National bureau of economic research.

- Sachs, J. D., & Warner, A. M. (1995). Natural resource abundance and economic growth (No. w5398). National Bureau of Economic Research.
- Sachs, J. D., Warner, A., Åslund, A., & Fischer, S. (1995). Economic reform and the process of global integration. *Brookings papers on economic activity*, 1995(1), 1-118.
- Samb, O.M., Ridde, V. and Queuille, L., 2013. Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso?. *Revue Tiers Monde*, (3), pp.73-91.
- Sarr, I. (2015). Acte III de la décentralisation. Une réforme, des questions, Les Cahiers de l'Alternance, n°18, Août 2015
- Schieber, G. J., Gottret, P., Fleisher, L. K., & Leive, A. A. (2007). Financing global health: mission unaccomplished. *Health affairs*, 26(4), 921-934.
- Shore, C. (2011). 'European Governance' or Governmentality? The European Commission and the Future of Democratic Government. *European Law Journal*, 17(3), 287-303.
- Sloan, A. P. [1963], *My years with general motors*, Doubleday, New York.
- Sekabaraga, C., Soucat, A., Diop, F., & Martin, G. (2011b). Innovative financing for health in Rwanda: a report of successful reforms. *Yes Africa Can*, 403.
- Sekabaraga, C., Diop, F., & Soucat, A. (2011a). Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. *Health policy and planning*
- Schneider, P., Diop, F. P., & Leighton, C. (2001). Pilot testing prepayment for health services in Rwanda: results and recommendations for policy directions and implementation. *Partnerships for Health Reform*, Abt Associates.
- Schneider, P., & Diop, F. (2004). Community-based health insurance in Rwanda. *Health financing for poor people—Resource mobilization and risk sharing*, Washington DC: World Bank, 251-274.
- Schneider, P., Diop, F. P., & Bucyana, S. (2000). Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda. *Partnerships for Health Reform*, Abt Associates.
- Sekabaraga, C., Diop, F., & Soucat, A. (2011). Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. *Health policy and planning*, 26(suppl_2), ii52-ii62.
- Sen, A., 1973. *On economic inequality*. Oxford University Press.
- Sen, A.K., 1990. Development as capability expansion”.
- Sen, A., 1993. Capability and Well-Being. *The quality of life*, p.30.
- Sepúlveda, J., Bustreo, F., Tapia, R., Rivera, J., Lozano, R., Oláiz, G., ... & Valdespino, J. L. (2006). Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *The Lancet*, 368(9551), 2017-2027
- Serres M. 1974, *Hermès III: la traduction*. Editions de Minuit.
- Severino, J.M., 2001. Refonder l'aide au développement au XXIe siècle. *Critique internationale*, (1), pp.75-99.
- Severino, J.M. and Jacquet, P., 2002. L'aide au développement: une politique publique au cœur du développement durable et de la gouvernance de la mondialisation. *Revue d'économie financière*, pp.229-251.

- Shapiro, C., & Stiglitz, J. E. (1984). Equilibrium unemployment as a worker discipline device. *The American Economic Review*, 74(3), 433-444.
- Squire, L. (2000). Why the World Bank should be involved in development research. *The World Bank: Structure and Policies*, 108-31.
- Siti-Nabiha, A.K. and Scapens, R.W., 2005. Stability and change: an institutionalist study of management accounting change. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 18(1), pp.44-73.
- Soeters, R., Habineza, C. and Peerenboom, P.B., 2006. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), pp.884-889.
- Soeters, R., & Griffiths, F. (2003). Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health policy and planning*, 18(1), 74-83.
- Soeters, R. and Nzala, S., 1994. Soins de santé primaires, autonomie financière et développement durable. In *Forum mondial de la santé* (Vol. 15, No. 1, pp. 49-53). Organisation mondiale de la santé.
- Solow, R. M. (1956). A contribution to the theory of economic growth. *The quarterly journal of economics*, 70(1), 65-94.
- Somerville Senn, H. (1992). „La renegociación de la deuda externa chilena “. *Cuadernos Universitarios (La transformación económica de Chile)*, (1), 107-118.
- Subbarao, K., Bonnerjee, A., Braithwaite, J., Carvalho, S., Ezemenari, K., Graham, C., & Thompson, A. (1997). Safety net programs and poverty reduction. *World Bank: Washington DC*.
- Stern, N., & Ferreira, F. (1997). *The World Bank as" intellectual actor"* (pp. 523-609). Brookings Institution.
- Stigler, G. J. (1971). The theory of economic regulation. *The Bell journal of economics and management science*, 3-21.
- Stiglitz, J.E. (2004), Slight revision of a paper presented at a conference sponsored by Foundation CIDOB and the Initiative for Policy Dialogue held in Barcelona in September 2004, "From the Washington Consensus towards a new Global Governance
- Stiglitz, J. E., & Chemla, P. (2002a). *La grande désillusion* (Vol. 108). Paris: Fayard.
- Stiglitz, J. E. (2002b). *Globalization and its Discontents* (Vol. 500). Norton: New York.
- Stiglitz, J. E. (1998). *More instruments and broader goals: moving toward the post-Washington consensus* (p. 2). Helsinki: UNU/WIDER
- Stiglitz, J. E. (1996). Some lessons from the East Asian miracle. *The world Bank research observer*, 11(2), 151-177.
- Stiglitz, J. E. (1985). Economics of information and the theory of economic development.
- Stiglitz, J. E., & Weiss, A. (1981). Credit rationing in markets with imperfect information. *The American economic review*, 71(3), 393-410.
- Stone, D. (2003). The knowledge bank and the global development network. *Global Governance*, 9, 43.

- Svensson, J., 2000. When is foreign aid policy credible? Aid dependence and conditionality. *Journal of development economics*, 61(1), pp.61-84.
- Thérien, J.P. and Noel, A., 2000. Political parties and foreign aid. *American political science review*, 94(01), pp.151-162.
- Thornton, P.H. and Ocasio, W., 2008. Institutional logics. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 840, pp.99-128.
- Thornton, P.H., Ocasio, W. and Lounsbury, M., 2012. *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford University Press on Demand.
- Thorbecke, E., 2000. The evolution of the development doctrine and the role of foreign aid, 1950-2000. *Foreign aid and development*. Routledge.
- Tolbert, P.S. and Zucker, L.G., 1999. The institutionalization of institutional theory. *Studying Organization. Theory & Method*. London, Thousand Oaks, New Delhi, pp.169-184.
- Tolbert, P.S. and Zucker, L.G., 1983. Institutional sources of change in the formal structure of organizations: The diffusion of civil service reform, 1880-1935. *Administrative science quarterly*, pp.22-39.
- Toonen, J., Canavan, A., Vergeer, P., & Elovainio, R. (2009). Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation. *Amsterdam: KIT (Royal Tropical Institute)*.
- Torsvik, G., 2005. Foreign economic aid; should donors cooperate?. *Journal of development Economics*, 77(2), pp.503-515.
- Townley, B., 2002. The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45(1), pp.163-179.
- Tullock, G. (1971). The paradox of revolution. *Public Choice*, 11(1), 89-99.
- Tullock, G. (1969). Federalism: Problems of scale. *Public Choice*, 6(1), 19-29.
- Unger, J. P., De Paepe, P., Cantuarias, G. S., & Herrera, O. A. (2008). Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med*, 5(4), e79.
- Valdés, J. G. (1995). Pinochet's economists: The Chicago school of Economics in Chile. Cambridge University Press.
- Ventelou, B., Afridi, M.A. and Moatti, J.P., 2013. Flux internationaux d'aide à la santé, taux de mortalité adulte et PIB. *Revue Tiers Monde*, (3), pp.93-110.
- Vergara, P. (1985). *Auge y caída del neoliberalismo en Chile* (Vol. 17). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- Wade, R. H. (2011). Emerging world order? From multipolarity to multilateralism in the G20, the World Bank, and the IMF. *Politics & Society*, 39(3), 347-378.
- Wade, R. H. (2002). US hegemony and the World Bank: the fight over people and ideas. *Review of international political economy*, 9(2), 215-243.
- Wade, R. (2001). Showdown at the World bank. *New Left Review*, 7, 124.

- Wade, R., & Veneroso, F. (1998). The Asian crisis: the high debt model versus the Wall Street-Treasury-IMF complex. *New Left Review*, (228), 3.
- Weick, K.E., 1976. Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative science quarterly*, pp.1-19.
- Weller, C. E., & Singleton, L. (2006). Peddling reform: The role of think-tanks in shaping the neoliberal policy agenda for the World Bank and International Monetary Fund. *Neoliberal hegemony: A global critique*, 70-86.
- Weller, C. E. (2007). The benefits of progressive taxation in economic development. *Review of Radical Political Economics*, 39(3), 368-376.
- Williamson, J., 1990. What Washington means by policy reform. *Latin American adjustment: How much has happened*, 7, pp.7-20.
- Witter, S., Toonen, J., Meessen, B., Kagubare, J., Fritsche, G. and Vaughan, K., 2013. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC health services research*, 13(1),
- World Bank (2016). Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0958-3.
- World Bank/IMF Development Committee. (2015). "From Billions to Trillions: Transforming Development Finance" Post-2015 Financing for Development: Multi-lateral Development Finance. *Washington, DC: World Bank*.
- World Bank (2004). World development report 2004: making services work for poor people. Banque mondiale, Washington, DC.
- World Bank (2004) Kessides I.N. *Reforming infrastructure: Privatization, regulation, and competition*. World Bank Publications.
- World Bank (1998b) "Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of US \$38 Million Equivalent to the Republic of Peru for an Urban Property Rights Project." Report no. 18245 PE. Washington, D.C., The World Bank.
- World Bank (1998). "Assessing Aid. What Works, What Doesn't, and Why". *World Bank*, vol 42.
- World Bank. (1993). World development report 1993; investing in health. Oxford University Press.
- World Bank (2004). Implementation Completion Report (SCL-43840) On a Loan in the Amount of US \$36.12 Million to the Republic Of Peru for an Urban Property Rights Project. Washington D.C.: The World Bank.
- World Bank (1990), World Development Report: Poverty, New York: Oxford University Press.
- World Bank (2000), World Development Report: Attacking Poverty, New York: Oxford University Press.
- World Bank. Country Policy Department, & Harberger, A. C. (1983). *A primer on the Chilean economy, 1973-1983*. World Bank, Country Policy Department.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Yip, W. C. M., Hsiao, W., Meng, Q., Chen, W., & Sun, X. (2010). Realignment of incentives for health-care providers in China. *The Lancet*, 375(9720), 1120-1130.

Yunus, M. (1997). *Vers un monde sans pauvreté*. JC Lattès.

Yusuf S (ed.). 2008. *Development Economics through the Decades: A Critical Look at 30 Years of the World Development Report*. World Bank: Washington, DC

Zucker, L.G., 1988. *Institutional patterns and organizations: Culture and environment*. Ballinger Pub Co.

RESUME

L'aide au développement et le financement basé sur la performance : quelle performativité ?

Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID. Etude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal

Le financement basé sur la performance est une approche gestionnaire promue par la Banque Mondiale (BM) et *United States Agency for International Development* (USAID), qui connaît une rapide diffusion dans les programmes d'aide au développement. Dans un contexte où de nombreux travaux ont démontré la subjectivité du lien entre la lutte contre la pauvreté et les « bonnes politiques » recommandées par la BM dans le cadre de l'allocation basée sur la performance (ou sélectivité), il apparaît pertinent de s'interroger sur la performativité de ce nouvel instrument.

En mobilisant conjointement la théorie de l'acteur-réseau et les théories néo-institutionnelles, cette thèse analyse, au niveau global puis dans un cadre national, le processus de conception, d'expérimentation, de diffusion et de mise en œuvre de l'instrument dans le domaine de la réforme des systèmes de santé.

Au niveau global, nous étudions la conceptualisation de l'instrument, que nous replaçons dans une généalogie de la performance, par le réseau néolibéral, des politiques d'aide au développement et de santé globale. Nous analysons ensuite son expérimentation au Rwanda, dans le cadre d'un dispositif de régulation par le marché des systèmes de santé mis en œuvre à travers : (i) la mise en place d'une tarification à l'activité visant à transformer les structures de santé en acteurs économiques autonomes (volet offre), et (ii) la création de mutuelles privées communautaires à même développer des stratégies d'achats (volet demande). Nous étudions enfin sa diffusion institutionnelle sous l'effet (i) d'une valorisation de l'expérimentation rwandaise sans prise en compte de son contexte spécifique, et (ii) d'un dispositif incitatif permettant l'enrôlement des responsables de la BM et des ministères bénéficiaires.

Au niveau national, nous étudions la stratégie d'influence de la BM et de l'USAID en faveur de la diffusion de ces réformes au Sénégal. Nous présentons le processus d'adoption de ces réformes par le Ministère de la santé, la mise en échec d'un modèle de régulation concurrent en voie d'expérimentation par la coopération technique belge, puis les pressions exercées par la BM pour contraindre le gouvernement à internaliser le modèle promu. Nous mettons ensuite en perspective l'abandon du modèle de régulation par le marché qui était initialement affiché, au profit d'une nouvelle régulation transnationale, matérialisée par un contrat de financement basé sur l'activité directement contrôlé par la BM.

Mots clés : Aide au développement, santé globale, performativité, néolibéralisme, théorie de l'acteur-réseau, théorie néo-institutionnelle, financement basé sur la performance, régulation transnationale.