

De l'objet aux valeurs communes :
quel principe pour la coordination des acteurs dans les PPP
agissant dans le domaine de l'aide à la santé ?

Mamadou I Barry

Doctorant au CLERSE-CNRS

Université Lille1

mamadou-i.barry@ed.univ-lille1.fr

**De l'objet aux valeurs communes :
quel principe pour la coordination des acteurs dans les PPP
agissant dans le domaine de l'aide à la santé ?**

Mamadou I Barry

RESUME

La recherche d'une meilleure efficacité de l'aide à la santé et des systèmes de santé a conduit à l'émergence d'espaces de coordination : les partenariats publics privés. Plus d'une décennie après leur lancement, les résultats en matière de coordination se font encore attendre malgré des engagements répétés des acteurs. Se pose alors la question de savoir comment améliorer cette coordination? Dans cet article nous partons du caractère thématique actuel des PPP, c'est-à-dire une structuration les partenariats public-privés (PPP) selon les préoccupations des acteurs (thèmes, objets), pour montrer qu'une structuration des PPP selon les représentations sociopolitiques des acteurs faciliterait d'avantage la coordination. Nous cherchons à montrer notamment qu'une telle évolution peut permettre une réelle « approche globale » des problèmes de développement et accroître la probabilité d'une coordination plus efficace dans le sens où elle réduirait la dispersion des activités d'aide à travers la construction d'objectifs limités.

Mots Clés : Coordination, Partenariats public-privé, Aide la santé, Représentations sociopolitiques, Efficacité

ABSTRACT

The search for greater effectiveness in aid for health and in health systems has led to the emergence of areas of coordination: public-private partnerships (PPP). More than a decade after launch, the results in terms of coordination are still awaited despite repeated commitments of the actors. This raises the question of how to improve this coordination. In this article we start from the current thematic nature of PPP, that is to say structuring PPP according to the concerns of the actors (subjects, objects) to show that an approach that organizes them according to the socio-political representations of actors facilitates the coordination. We seek to show in particular that such change can allow a real "global approach" to development problems and increase the likelihood of more effective coordination in the sense that it would reduce the dispersion of aid activities through construction of limited objectives.

Key words: coordination, public-private partnerships, Aid health, social-political representations, efficiency.

Introduction et problématique

Sur la dernière décennie, deux éléments caractérisent les discours internationaux sur l'aide à la santé et les pratiques dans les systèmes de santé : Le premier est le consensus sur la nécessité d'une plus grande coordination des activités d'aide (Bigsten, 2006 ; Cling, 2006 ; OCDE, 2005 ; Kambur, 2003 ; Knack et Rahman, 2004 ; Bräutigam et Knack, 2004 etc.). Le second est la recherche d'une meilleure efficacité des systèmes de santé (Perrot et Roodenbeke, 2005 et Perrot, 2006).

La coordination des acteurs de l'aide (aussi bien publics que privés) occupe depuis plus d'une décennie le devant de la scène internationale (OCDE, 2004 ; OCDE, 2005, OCDE, 2008, OCDE, 2011). Cette coordination horizontale, appelée également harmonisation, est mise en avant dans le but d'améliorer aussi bien l'efficacité productive (bonne gouvernance) que l'efficacité allocative (bonne coordination) des ressources d'aide. L'idée est que l'aide sera plus efficace si les tous les acteurs coordonnent leurs actions sur le terrain et adoptent des procédures communes et rationalisent la répartition des tâches. La recherche d'une meilleure efficacité des systèmes de santé est, quant à elle, à l'origine de réformes qui se succèdent depuis plus d'une décennie dans les pays riches et les pays en développement. Dans les pays riches, l'objectif est de mettre fin à « *la dérive des dépenses en santé et les importants déficits publics engendrés par les établissements hospitaliers* » Yaya (2005, p.5). Pour les pays en développement, les priorités ne s'expriment pas sous la même forme puisque les préoccupations majeures ont trait à l'accès aux soins, à leur disponibilité et à leur qualité. Mais dans tous les cas, la meilleure allocation des ressources pour optimiser la performance des systèmes de santé est au cœur des politiques entreprises par les gouvernements (Perrot, 2006).

Derrière ces deux éléments, apparaît une recherche de synergie, un désir d'une meilleure articulation des activités entreprises, une volonté de réduire des coûts de transaction par une plus grande coordination des acteurs, quelque soit leurs statuts. Cette recherche de coordination va conduire à l'émergence de partenariats publics privés et de pratiques partenariales dans systèmes de santé aussi bien au Nord qu'au Sud. Si les moyens mobilisés ne se situent pas sur des échelles comparables, si les organisations ne présentent pas le même degré de complexité, il n'en reste pas moins que les démarches engagées dans les pays développés comme dans les pays en développement résultent d'un même diagnostic global, mais surtout conduisent au même constat : le concept d'État providence qui a longtemps servi à justifier l'action des États dans le domaine de la santé est remis en cause. « Le tout État ne fait plus recette; le fonctionnement d'un système de santé basé sur le commandement hiérarchique et administratif classique ne convient pas » (Perrot, 2006, p.5). La nouvelle approche, qui se dessine, considère donc qu'un État moderne est un État ne commandant plus du haut mais acceptant de négocier avec son environnement, un Etat qui délègue et qui coordonne un réseau d'acteurs en vue d'une meilleure efficacité. Ainsi, comme le souligne Yaya (2005, p.2)), « c'est dans ce contexte de crise cumulative de financement, de l'offre et de la qualité de soins de santé et surtout de rigueur budgétaire qu'est apparue l'idée des partenariats public-privé. Ces partenariats sont destinés à améliorer l'efficacité et l'efficacité des services publics et à renforcer leur viabilité tant financière, opérationnelle qu'infrastructurale ». Mais les organisations et politiques issues de cette nouvelle démarche partenariale et contractuelle ne sont pas toujours efficaces (Kerouedan, 2011). Très souvent, elles ne conduiraient ni des choix fondés sur des critères coût-efficaces, ni à une réduction de la dispersion des activités d'aide. Dans cet article, nous essayons d'expliquer pourquoi et proposons des pistes de réflexion pour améliorer la coordination des acteurs au sein de PPP reposant sur un contrat horizontal. Bien que d'autres types existent, les partenariats que nous étudions ici sont des partenariats qui reposent sur un contrat entre des acteurs variés (ONG, État, OIG, Entreprise), mais considérés comme égaux, pour atteindre des objectifs communs ou devant être communs. Il s'agit d'un contrat « horizontal » dans le sens où il n'y a pas en théorie de relation d'agence. Cette coordination horizontale passe généralement par : i) le développement d'accords communs pour la planification, l'allocation, la gestion et la provision des ressources ; ii) la simplification graduelle des procédures et des requêtes spécifiques afin de réduire les coûts de transaction ; iii) le partage d'informations afin de promouvoir la transparence et d'améliorer l'efficacité productive.

L'objectif de cet article est de montrer, après avoir mis en évidence les principes et limites du fonctionnement des PPP reposant sur un contrat horizontal, l'intérêt d'un changement d'approche. C'est pourquoi, nous divisons notre article en cinq sections. Dans la première, nous montrons que les PPP ont pour caractéristique de réunir des acteurs aux images politiques différentes autour d'un objet. Dans la deuxième section, nous précisons les modes de décisions au sein de ces partenariats. Dans la troisième section, nous abordons les problèmes que rencontrent les PPP actuels en matière de coordination. Dans la quatrième section, nous expliquons ces difficultés de coordination à partir de la pluralité des représentations sociopolitiques des acteurs en partenariat. Dans la cinquième section, nous présentons les avantages d'une structuration des PPP selon les représentations sociopolitiques des acteurs.

Les partenariats publics privés : un espace de coordination qui réunit des acteurs variés autour d'un objet

L'objectif de cette section est de préciser le rôle de ces PPP et leurs compositions. Nous nous servons de Roll Back Malaria comme outils d'illustration.

Les partenariats publics privés : un espace de coordination...

Quel est le diagnostic qui a présidé à la création de Roll Back Malaria (RBM) ? Selon la Banque mondiale (2001)¹, quand on analyse la lutte contre le paludisme dans les années 1990, deux raisons déterminantes expliquent la persistance du caractère endémique du paludisme à cette époque. La première relève de la détérioration des systèmes sanitaires et de surveillance épidémiologique dans les pays en développement. Ces pays n'ont pas les moyens techniques et financiers suffisants pour faire face à ce fléau. La deuxième est l'échec des actions internationales non coordonnées, particulièrement l'absence de stratégies adaptées et l'inadéquation des dispositifs institutionnels mis en place. Les programmes conçus et mis en œuvre de façon verticale impliquaient faiblement les pays en développement eux-mêmes, autrement dit, ils faisaient peu cas de politiques de partenariat. Le constat que fait l'OMS n'est pas loin de celui de la Banque mondiale comme le montrent ses propositions pour améliorer la santé dans les pays en développement. Dès 1997, l'OMS considère que des mesures d'incitation doivent être proposées afin d'influencer l'action des pouvoirs publics, des organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement et du secteur privé et accroître ainsi la mobilisation des ressources en faveur de la promotion de la santé. En 2003, dans son rapport annuel, l'OMS indique que « *la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et mondiaux nécessite de nouvelles ressources et un degré de coopération sans précédent entre les organismes multilatéraux, les autorités nationales, les communautés, le secteur privé et les autres parties prenantes* », mais elle ajoute qu'« *une telle mobilisation doit être basée sur des données scientifiques rigoureuses, mais aussi sur un sens aigu de l'éthique* ». ² Dans sa charte de promotion des soins de santé primaire de 2005 (Charte de Bangkok), l'OMS indique que parmi les mesures requises figure l'établissement de partenariats et d'alliances entre le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et internationales et la société civile, afin de mettre en place des actions durables. C'est ce diagnostic qui conduira en 1998 (Novembre), sous l'impulsion de l'OMS, la Banque mondiale et du PNUD, à la création le Partenariat Faire Reculer le Paludisme (*Roll Back Malaria Partnership*). ³

Ce partenariat va développer très vite une influence planétaire. Il saura donner au paludisme un statut de priorité sanitaire internationale. Ce partenariat compte plusieurs dizaines de membres publics et privés. Cette composition se veut représentative des acteurs du champ de la santé aussi bien au Nord qu'au Sud. Nous avons tout d'abord les représentants des États des pays du Sud (**les pays endémiques**), les États du Nord (**les donateurs de l'OCDE**) et les organisations

¹ 4^{ème} Réunion du Partenariat mondial pour faire Reculer le Paludisme, Banque Mondiale, Washington, D.C., 18-19 avril 2001

² OMS (2003), *Façonner l'avenir, Rapport sur la santé dans le monde*, Genève. On peut penser que l'éthique a été rajoutée par l'OMS pour réduire le risque de dénaturation des objectifs de ces PPP.

³ Pour plus de détails, voir sur le site de *Roll Back Malaria* : www.rbm.who.int/

intergouvernementales (**partenaires multilatéraux**). Ensuite, on trouve les acteurs issus du monde des ONG, des industries pharmaceutiques (**secteur privé**), des fondations et des universités. L'hétérogénéité du partenariat public-privé, en termes de représentations sociopolitiques et d'intérêts, n'est pas à prouver avec une telle composition. RBM, à l'image des autres PPP, se distinguerait donc par son aptitude à rassembler des gens et des institutions d'horizons divers et à profiter de la force des « liens faibles » de la gouvernance mondiale (Wolfgang et *al.*, 2000). Les réformes en œuvre ces dernières décennies visent à inscrire le fonctionnement des systèmes de santé dans cette perspective. Aujourd'hui, la démarche contractuelle des partenariats public-privé (PPP) tend à devenir la règle pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé. Comme le soulignent Perrot et Roodenbeke (2005), les systèmes de santé des pays en développement comme ceux des pays riches font intervenir, avec une logique contractuelle, des acteurs de plus en plus nombreux et variés⁴. Perrot (p.5) précise en 2006 que la contractualisation, qui fait intervenir des acteurs privés, est « *un des principaux outils auxquelles recourent les réformes des systèmes de santé. De plus en plus, la contractualisation et son esprit son au centre des différentes réformes de systèmes de santé des pays de l'OCDE* ». Cette contractualisation se concrétise par une démarche contractuelle entre les différentes institutions (souvent publiques et privés) pour favoriser la coordination (ici contractualisation horizontale).⁵ Pour ce qui est de l'importance de cette nouvelle approche dans la coopération internationale, il faut noter que la santé dans les pays en développement (PED) est le secteur par excellence de ces PPP (Ndour, 2006). Caines (2005) estime qu'il y a entre 75 et 100 PPP œuvrant dans coopération sanitaire internationale. L'écart d'estimation s'expliquant par la diversité des définitions. Une définition large inclurait toute forme de coopération (informelle et formelle) entre le secteur public (gouvernements, organisations internationales) et les acteurs privés (ONG, fondations, entreprises). C'est cette perspective qui est retenue dans cet article.

...qui réuni des acteurs variés autour d'un objet (ou d'un thème)

- **RBM, un PPP qui réuni des acteurs variés autour de la lutte contre le paludisme.** Les organismes directeur, administratif et consultatif du Partenariat RBM sont : le Forum du Partenariat RBM, le Conseil d'Administration, le Comité Exécutif, le Secrétariat, les Groupes de travail, les Groupes d'action et les Réseaux sous-régionaux. Pour des raisons de pertinence et d'apport réel d'information, nous ne présentons, dans cet article, que le conseil d'administration. Le conseil d'administration qui est *in fine* l'instance de délibération de Roll Back Malaria concentre toute la diversité en termes d'acteurs de ce partenariat. La composition de certaines instances est difficile à préciser puisque l'adhésion formelle n'est pas requise pour participer à certaines actions de RBM. On peut citer en particulier les groupes de travail. Pour une présentation globale, voir l'annexe (12).

Sept groupes d'intérêt sont actuellement représentés au Conseil d'Administration pour maximiser la contribution des partenaires et leur apporter un mécanisme leur permettant d'harmoniser et de coordonner leurs efforts. Afin que les pays les plus affectés aient une influence prépondérante sur la direction et les prises de décision, et pour assurer la pertinence des objectifs du Partenariat dans les pays affectés, le groupe d'intérêt des pays endémiques est celui qui possède le plus grand nombre de voix. Le Conseil d'Administration se compose actuellement de 27 membres : le président, le vice-président, 21 membres votants (représentants des groupes d'intérêt) et 4 membres non-votants qui sont :

Pays où le paludisme est endémique (8)

Ce groupe est composé des Pays de la CEDEAO (Mali et Liberia), de la CEEAC (Angola), de l'IGAD (Kenya), du SADC (Afrique du Sud), d'Asie du Sud-Est (Chine), d'Asie du Sud (Inde) et du continent américain (Brésil).

⁴ Par acteurs variés, il faut non seulement voir des acteurs aux statuts juridiques différents, mais aussi des acteurs aux représentations sociopolitiques différentes.

⁵ Toutefois, elle aborde aussi la contractualisation à l'intérieur des organismes publics (démarche contractuelle à l'intérieur des hôpitaux publics afin de donner plus de responsabilité aux acteurs pour en augmenter l'efficacité globale -contractualisation verticale interne-) ou entre organismes publics (démarche de contractualisation entre l'État et les établissements sanitaires -contractualisation verticale externe-)

Pays donateurs de l'OCDE (3)

Le groupe des donateurs est composé de la France (son ambassadeur pour la lutte contre les maladies infectieuses), du Royaume-Uni (le directeur du DFID) et des États-Unis d'Amérique (le coordonnateur de l'Initiative du président contre le paludisme et le directeur de l'USAID).

Partenaires multilatéraux pour le développement (4)

Ici, on retrouve le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

Recherche et universités (1)

Le monde universitaire est représenté par *Colombia University* (Département d'épidémiologie)

Organisations non-gouvernementales (2)

Les ONG sont représentées par une O.N.G. du Sud (Friends of the Global Fund Africa) et une O.N.G. du Nord.

Secteur privé (2)

Le monde des entreprises est représenté par Vestergaard-Frandsen et Novartis International.

Fondations (1)

Les fondations sont représentées par l'une des plus puissantes au monde : la fondation Bill & Melinda Gates.

Membres de droit non votants (4)

Les membres non votants sont le Fonds mondial, le partenariat RBM, l'UNITAID et l'envoyé spécial du Secrétaire Général des Nations Unies pour la lutte contre le paludisme.

Ces membres du Conseil d'Administration effectuent des mandats de deux ans, renouvelables une fois dans le cas où ils sont réélus par leur groupe d'intérêt. Les décisions du Conseil d'Administration du Partenariat RBM seront prises sur la base du consensus par les membres présents ou participant par conférence téléphonique lorsque le quorum est atteint⁶. « Dans le cas où une décision claire est requise et où : (a) Il est impossible d'obtenir un consensus ; (b) dans tous les cas où il est indiqué que la décision aura des conséquences budgétaires matérielles⁷ » le Conseil d'Administration doit se prononcer sur la base d'une voix par membre présent et votant.

La nature thématique des PPP. Si les acteurs réunis au sein de RBM sont variés, ils se réunissent autour d'un objet, d'un thème qui leur est commun. Roll back malaria réunit les acteurs, publics et privés, qui œuvrent dans la lutte contre le paludisme. Comme indiqué plus haut, les années 2000 commencent avec l'idée que les partenariats public-privés (PPP) pour la santé sont un moyen de s'attaquer aux problèmes de santé publique et de développement social en conjuguant les efforts d'organisations publiques, privées et de développement international. La contribution de chaque partenaire dépend de son domaine de compétence, ce qui permet de compter sur une expertise rarement présente dans les projets de développement classiques (Buse et Walt, 2000a). D'où l'émergence et la multiplication des partenariats entre acteurs agissant dans les mêmes domaines ou ayant des objectifs plus ou moins proches (tableau 1). Plus clairement, il s'agit d'une approche qui structure les partenariats public-privés (PPP) selon les préoccupations des acteurs (thèmes, objets) : accès aux soins, renforcement des systèmes santé, mobilisation et coordination financière... Le tableau ci-dessous montre trois éléments essentiels pour notre analyse. Premièrement, les PPP sont des véritables partenariats multi-acteurs. Ils rassemblent des États, des organisations non

⁶ Pour de plus amples détails sur les conditions nécessaires pour convoquer une réunion du Conseil d'Administration et obtenir un quorum, voir le Règlement Intérieur du Partenariat au paragraphe 3.1. Réunions Ordinaires.

⁷ Pour plus détails, voir le site de Roll Back Malaria :

www.rbm.who.int/partnership/secretariat/.../RBMOperatingFramework-fr.pdf (p.14 du document Pdf)

gouvernementales, des fondations, des entreprises, des agences bi/multilatérales, des organisations intergouvernementales, des associations. Deuxièmement, ces différents acteurs se rassemblent autour de thèmes, d'objectifs communs. Le thème semble être l'élément structurant de ces PPP. L'approche semble avoir été de réunir ensemble les acteurs agissant dans le même domaine. La diversité des représentations sociopolitiques, puisqu'on réunit des acteurs ayant des valeurs différentes, est considérée comme non problématique. Troisièmement, la méthode de délibération au sein des PPP semble être une approche participative reposant sur la concertation entre des acteurs supposés égaux. Cette question de délibération sera explicitée dans la section 2 ci-dessus. Quatrièmement, notre analyse porte sur les PPP des colonnes 3 et 4 et sur les mécanismes de coordination des colonnes 5. Il s'agit donc des PPP qui visent le renforcement des systèmes de santé, la coordination financière et les autres mécanismes de coordination (plans nationaux de santé, document de stratégie de réduction de la pauvreté...). Les partenariats de nature technique (colonne 1 et 2) sont exclus puisqu'ils ne laissent pas une grande place aux représentations sociopolitiques.

Tableau 1 : Les différents types de PPP dans le domaine de la santé

	<i>PPP dont l'objectif est le développement de produits⁸(1)</i>	<i>PPP visant le développement de produits destinés à améliorer l'accès⁹(2)</i>	<i>PPP visant le renforcement des systèmes de santé (3)</i>	<i>PPP de Coordination globale et financière¹⁰(4)</i>	<i>Approches partenariales des politiques de développement (5)</i>
Exemple	Medecine for Malaria Venture (MMV) ou médicaments contre le Paludisme, lancé en 1999.	Initiative Accelerating Access Initiative, lancée en 2000.	African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP), créé en 2000.	Roll Back Malaria (initiative pour faire reculer le paludisme), 1998 ¹¹ .	Plans nationaux de santé
Partenaires	MSF ; Institut de recherche médicale du Kenya ; Président de la Fondation Oswaldo Cruz ; Institut Pasteur ; Oxfam ; BIOS Initiative ; Ministère de la Santé (Malaisie) ; Conseil indien pour la recherche Médicale ; OMS/TDR et MSF ; PNUD ; UE (INCO DEV) ¹² ; Sanofi-Aventis.	Onusida ; OMS ; Unicef ; FNUAP ; Banque mondiale ; 7 laboratoires pharmaceutiques (Abbott, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Roche, GlaxoSmithKline, Merck, Gilead Science).	Gouvernement du Botswana ; Fondation Merck & Cie ; Fondation Bill & Melinda Gates.	Pays donateurs de l'OCDE ; Pays endémiques ; Institutions multilatérales-UNICEF, OMS, Banque mondiale, PNUD-; Organisations non-gouvernementales ; Secteur privé ; Universités ; Fondations	Etat (Ministère de la santé) ; Parlement ; Collectivités locales ; ONGs ; Associations de malades ; Communautés Villageoises ; Partenaires de développement (dans leur diversité) ; Professionnels de santé (secteurs public et privé).
Modes de délibération	Processus participatif des prises de décisions	Processus participatif des prises de décisions	Processus participatif des prises de décisions	Processus participatif des prises de décisions	Processus participatif d'élaboration

Source : Présentation de l'auteur

⁸ Selon N'dour (2006, p. 31), l'Initiative pour le partenariat public-privé pour la santé (IPPPH) a recensé trente-quatre (34) de ce type.

⁹ Selon N'dour (2006, p. 32) vingt-sept (27) PPP de ce type ont été recensés.

¹⁰ Selon N'dour (2006, p. 33), douze (12) PPP de ce type ont été recensés.

¹¹ Nous étudierons cette organisation dans le chapitre 8.

¹² Programme de coopération internationale de l'UE.

Procédures de révélation des préférences et Mode de décision collective

Nous précisons ici les procédures et modes de décisions des partenariats publics privés s'inscrivant dans une démarche contractuelle horizontale.

Procédures de révélation des préférences

Comment les acteurs en coordination au sein des PPP relèvent-ils leurs préférences ? La délibération participative est la procédure la plus utilisée par les partenariats horizontaux. La délibération participative doit s'entendre ici comme « *un processus à travers lequel les agents influencent et partagent le contrôle sur la fixation des priorités, la définition des politiques, l'allocation des ressources et l'accès aux biens et services publics. Il n'existe pas de guide de la participation parce qu'elle s'inscrit dans différents contextes, différents projets et différents objectifs* » (Cling et al., 2003, p. 173). Cette définition est aussi celle des institutions internationales notamment la Banque mondiale. Nous voyons bien que cette procédure vise les objectifs suivants: révéler les préférences individuelles et collectives, et aboutir à des décisions informées et légitimes. Ainsi, la délibération participative doit être appréhendée comme un processus de mise en commun d'objectifs, un préalable à une politique de coopération coordonnée. L'objectif ultime est en effet de mettre d'accord les parties prenantes sur une vision commune et de permettre une reconnaissance explicite de la légitimité des acteurs. La délibération participative favorise également « *la rationalité du processus et l'inclusion de tous les citoyens* » (Girard et Le Goff, 2010, p. 11). En autorisant l'appropriation collective des enjeux et des actions à mettre en œuvre, la délibération participative est sans doute un facilitateur de l'action collective.¹³ Sur le plan conceptuel, elle suppose une égalité politique entre les acteurs contrairement au concept de concertation qui n'élimine pas totalement la hiérarchie.

Le consensus comme mode de décision collective

Les préférences exprimées par les donateurs lors de la délibération participative (procédure de choix collectif) peuvent émerger suivant différents modes de décision : le consensus, l'unanimité et la majorité (voir annexe 1 pour une présentation de l'unanimité et de la majorité). Cependant le mode plus fréquemment rencontré reste le consensus (voir les extraits d'entretien dans l'encadré 1 (prochaine page), l'annexe 2 récapitule les dates des entretiens). La raison tient sans doute à la nécessité de mobiliser des acteurs (États, ONG, entreprises...) attachés à leurs identités, leurs intérêts et leurs souverainetés.

Le consensus comme mode de décision maximise les chances de résoudre les différences et de parvenir à un accord entre parties prenantes. Il permet à celles-ci de collaborer pour produire des décisions qui satisfont au mieux leurs intérêts (identités y compris) respectifs. Cette procédure requiert que des efforts soient déployés pour concevoir une solution qui satisfait l'ensemble ou la plupart des intérêts. Une prise de décision par consensus a l'appui des participants ou du moins n'essuie pas un rejet catégorique de leur part. Elle inspire un sentiment d'engagement pris conjointement. **Même si tous les participants ne sont pas d'accord avec tous les aspects de la solution, un consensus est atteint quand ils sont prêts à s'accommoder de l'ensemble de ce qui est proposé.** Plus clairement, il s'agit d'un compromis¹⁴.

La concertation favorise l'émergence du consensus. En effet, dans une situation de groupe, le dialogue a tendance à conduire à des jugements qui se rapprochent les uns des autres. Les préférences s'ajustent les unes aux autres et le résultat global s'équilibre autour d'une moyenne¹⁵. Cette moyenne ne correspond pas cependant à une convergence totale des préférences des acteurs en interaction. Ceci renvoie à une conclusion de Elster que rappelle Girard (2011, p.229) :

¹³ Toutefois, sur le plan empirique, on peut noter que la concertation concerne généralement un réseau informel d'acteurs alors que la délibération participative requiert une structuration formelle relativement importante.

¹⁴ Nous verrons en réalité que ceci ne correspond pas à un consensus mais à une **illusion de consensus**.

¹⁵ Ce qui pousse les participants à agir de la sorte est la crainte de se singulariser (Moscovici et Doise, 1992). Il existe en effet une propension au compromis des individus réunis à d'autres ; une tendance humaine fondamentale à tempérer ses opinions et sa conduite, par déférence pour les opinions et la conduite des autres (Allport, 1924 ; Kelley et Thibaut, 1954). Cette explication psychologique est toutefois nuancée par l'Elster (1986).

Encadré 1 : La confiance et le consensus : deux éléments essentiels pour les partenariats

Selon la Directrice des amis du fonds mondial Europe, la confiance « [...] veut dire qu'il n'y a pas de diabolisation des autres acteurs ¹⁶ », c'est à dire une acceptation totale de l'autre dans sa différence. Cette acceptation est censée être facilitée par l'existence d'un objectif général partagé par l'ensemble des acteurs : « on sait qu'on a des positions divergentes, des objectifs à court terme qui sont divergents, mais on savait que, par exemple sur le paludisme, on avait tous la même volonté qui est qu'on arrive à échanger des informations et à mobiliser des ressources pour lutter contre le paludisme. Là-dessus il n'y avait pas d'ambiguïté. L'objectif général commun était très partagé. [...] ¹⁷ ». Mais parfois l'acceptation des partenariats multi-acteurs et la croyance en leur efficacité sont plus artificielles que réelles. C'est ce qu'exprime un des Associés de Action for Global Health en indiquant que : « on parle beaucoup du rôle du secteur privé, mais je trouve que c'est là où on a fait moins de progrès. C'est beaucoup d'effets d'annonce. On doit se demander est ce qu'il y a un rôle du secteur privé dans le domaine de la santé extrêmement important. Il y a un rôle, c'est clair. Mais est ce qu'il est important ? Non. L'industrie pharmaceutique est là pour faire de l'argent, on ne peut pas leur demander de faire le bien du public, de la population. Souvent, il y a beaucoup de discours autour du secteur privé, mais quel est son impact sur la santé ? Pas grand-chose. Je me demande même si on n'utilise pas cet argument de renforcement du secteur privé pour justifier un désengagement de l'État. Ça, c'est dangereux [...] ».¹⁸ À côté de cette remise en cause, il y a d'autres acteurs qui croient, qui sont attachés à ces partenariats malgré les difficultés constatés. C'est le cas des amis du fonds mondial Europe, pour qui « [...] c'est bien vrai que ça gagne en complexité, mais on a trouvé les moyens pour travailler ensemble et pour échanger. Après, (on) ne dit pas qu'on atteint tous les objectifs de la coordination. [...]. (Nous nous dirons), plus il y a de partenaires, plus c'est enrichissant et plus importante est la chance de trouver des solutions innovantes et globales. [...] ».¹⁹ Ces divergences de lecture qui renvoient à une pluralité d'images politiques peuvent brouiller l'entente entre les acteurs, générer des conflits lors des délibérations et dans la mise en œuvre. C'est pourquoi on commence très souvent avant d'associer les acteurs par préciser l'esprit dans le lequel seront négociées le contrat et son adaptation. Cet esprit est généralement un esprit « d'ouverture » et de « consensus », c'est-à-dire d'acceptation de l'autre comme le dit la Directrice des Amis du fonds mondial. C'est une des caractéristiques des instances de coordination que l'on retrouve dès qu'on commence à discuter avec les représentants des partenariats. À la question de savoir comment les priorités sont choisies, le Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département Accès aux soins de Sanofi Aventis (par ailleurs également représentant de Sanofi au sein de RBM) répond : « c'est consensuel. Le consensus étant construit sur la base de documents et de présentations. Et s'il y a besoin d'un vote... Le vote, c'est l'élection du shaman, le président par exemple. [...]. Il faut que vous sachiez que le consensus est important [...], il n'y a pas de méchants et de gentils, il faut tout discuter, négocier, l'important c'est de montrer qu'il est de l'intérêt de chacun qu'on agisse et de changer les mentalités progressivement ».²⁰ On retrouve dans cet extrait l'argumentaire « gagnant-gagnant » (on peut montrer « pédagogiquement », à travers la discussion, à chaque partenaire qu'il est de son intérêt d'agir). Mais cet argument est une utopie puisque le compromis pour une action « collective » se fait, nous le verrons plus loin, par l'imprécision, l'ambiguïté ou l'acceptation d'un éventail large d'objectifs ou de stratégies. Ces compromis aboutissent à une coordination inefficace.

Source : Présentation de l'auteur d'après les entretiens effectués avec Patrick Bertrand (Associé de Action for Global Health), Sylvie Chantereau (Directrice des amis du fonds mondial Europe) et René Cazetien (Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux soins de Sanofi Aventis).

¹⁶ Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantereau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.

¹⁷ Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantereau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.

¹⁸ Extrait de l'entretien avec Patrick Bertrand, Associé de Action for Global Health.

¹⁹ Extrait de l'entretien avec Sylvie Chantereau, Directrice des amis du fonds mondial Europe.

²⁰ Extrait de l'entretien avec René Cazetien de Sanofi Aventis.

« [...] la production d'un consensus (total)²¹ par la délibération conceptions du bien commun des citoyens²², mais aussi les contraintes temporelles pesant sur toute prise de décision réelle ne laissent de toute façon guère le temps de parvenir à un consensus (total) ». Ainsi, transformer les préférences des acteurs (représentations sociopolitiques et intérêts) au sein de mécanismes de coordination, grâce à une discussion publique²³ et rationnelle, est un objectif difficilement atteignable. **Dans ce qui suit le mot consensus doit être interprété comme un compromis par opposition à un consensus total qui se traduirait par une convergence totale des préférences des acteurs.**

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

La démarche participative et contractuelle des PPP que nous venons d'esquisser constitue une spécificité importante des PPP. **Elle va remodeler le paysage sanitaire national et international.** Au niveau national, l'élaboration des DSRP ou des plans nationaux de santé est censée s'appuyer sur des données quantitatives et qualitatives issues d'enquêtes, des consultations sectorielles et thématiques, des consultations participatives (implication des acteurs gouvernementaux, de la société civile, du parlement et les partenaires au développement) (tableau 1). Cette approche est supposée permettre, une plus grande appropriation des politiques de développement, un réel diagnostic de la pauvreté, d'élaborer des politiques et stratégies sectorielles appropriés, de définir les actions prioritaires de développement à moyen et long terme ; et de prévoir les mécanismes de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la stratégie. **L'évolution des institutions internationales va dans le même sens.** L'approche partenariale, qui s'est imposée au tournant des années 2000, va modifier l'architecture de l'aide publique traditionnellement dominée par les organisations intergouvernementales (OIG). Les organisations civiles et les organisations volontaires privées sont désormais systématiquement invitées à participer aux prises de décision durant les sommets et assemblées internationaux. Ces organisations jouent deux rôles. Premièrement, il s'agit de faire participer la société civile mondiale qui serait représentée par ces organisations. Deuxièmement, il s'agit d'établir des partenariats pour obtenir le mode de coordination le plus efficace dans la production des biens collectifs. L'idée est qu'aucun acteur (Etat, marché, Organisations civiles) n'est *a priori* plus légitime que l'autre²⁴. Cette approche donnera à la santé une place croissante dans la politique internationale avec des aspects de politiques globales de santé, mêlant des acteurs étatiques et infra-étatiques comme les ONG, la « société civile », les fondations privées ou les entreprises transnationales (Dixneuf, 2003).

²¹ Les termes entre parenthèses ont été ajoutés par l'auteur.

²² Elster J. (1986) soulignait « *que même en supposant que l'on dispose d'un temps illimité pour la discussion, il est fort possible que l'on ne parvienne pas nécessairement à un accord unanime et rationnel* » (p. 141). La raison est que sur la nature du bien commun, les divergences d'opinion sont à la fois légitimes et insolubles.

²³ Transparence oblige.

²⁴ Pour ce qui nous concerne ici, cela ne cause aucun problème puisque la santé est considérée par la Banque mondiale comme un bien public. Donc, elle n'est pas une prérogative naturelle de l'État.

Le fonctionnement des PPP : une coordination insatisfaisante au regard des conditions d'efficacité

Obtenir une coordination efficace requiert le respect d'un certain nombre de conditions, notamment au niveau de la qualité des délibérations. Dans cette section présentons ces conditions pour montrer, à travers le plan d'action de RBM, que les PPP actuels ne respectent pas ces conditions.

Les conditions d'une coordination efficace au sein des PPP

Les membres des PPP sont d'une grande diversité. Il s'agit, nous l'avons vu plus haut, d'États, d'organisations intergouvernementales, d'organisations non gouvernementales (ONG), d'entreprises etc. Ces donateurs différents peuvent avoir des objectifs généraux communs, mais avoir des lectures assez variées des moyens qu'il convient d'utiliser et des priorités à mettre en avant. Réussir donc une action collective efficace peut s'avérer délicat. La littérature traitant de « l'efficacité » de la coordination des donateurs, notamment les partenariats public-privés pour la santé (Ridley et al., 1999 ; Frost et al., 1998 ; Widdus et al., 1999 ; Ulbert, 2008), souligne qu'une coordination efficace exige d'avoir : 1) des objectifs communs limités clairement précisés et réalistes ; 2) des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord ; 3) des avantages distincts pour l'ensemble des parties ; 4) une transparence totale ; 5) une participation active au partenariat ; 6) une égalité de participation ; 7) et de satisfaire, entre autres, aux obligations convenues (Buse et Walt, 2000). A ces conditions il faut ajouter l'hypothèse de rationalité des acteurs, rarement abordée de façon explicite, fondamentale à la faisabilité de la coordination efficace. Parmi ces conditions d'efficacité, les plus importantes à la coordination sont : la rationalité, l'entente sur des objectifs limités et le partage des tâches. Le respect de ces conditions est censé permettre une coordination efficace dont les avantages potentiels sont présentés sont les suivants (Cling, 2006) :

Coût de transaction transféré des PED aux bailleurs, en effet, l'aide dispersée pèse lourdement sur les administrations des pays pauvres, celles-ci souffrant déjà de dures contraintes de capacités et confrontées à une multiplicité d'interlocuteurs, de procédures, etc²⁵. La coordination permettrait que ces contraintes soient transférées aux donateurs qui auraient alors la charge de négocier entre eux pour mettre en œuvre des actions collectives optimales.

Transparence accrue et démocratie participative, la nouvelle démarche préconisée par les bailleurs de fonds s'inscrit dans une volonté de transparence (le contenu des programmes d'ajustement structurel n'était pas public) et de dialogue entre les partenaires (celui-ci est nécessaire à l'appropriation des politiques et à la qualité des processus participatifs) ;

Rationalisation des objectifs et procédures, plutôt que de multiplier les procédures parallèles au budget de l'Etat, l'accent mis sur l'aide budgétaire dans le cadre du processus de coordination accroît la rationalisation des procédures dans le but d'établir des objectifs harmonisés entre les donateurs ;

Rentabilisation des avantages comparatifs, le dialogue et l'échange entre différentes agences de coopération possédant chacune des compétences inégales dans les différents secteurs d'activité peuvent être une source de gains d'efficacité. On peut supposer que les actions collectives résultant de ce dialogue sont des actions « optimales ».

Dans la réalité, les PPP remplissent les conditions d'une coordination efficace ? C'est ce que nous allons voir dans la sous-section suivante en revenant sur le plan d'action stratégique de RBM

Une coordination souvent inefficace : le cas de RBM

La coordination des acteurs au sein de RBM, comme les autres PPP, qui passe par l'adoption d'un plan d'action stratégique. L'intérêt d'un plan d'action²⁶ est d'explicitement une vision pour en

²⁵ Les cas du Cambodge et du Vietnam recevant plus d'une mission de bailleurs de fonds par jour sont souvent cités comme exemples de ces excès (OCDE, 2005).

²⁶ A côté de l'adoption d'un plan d'action précis (adoption d'objectifs-cibles avec calendrier, planification des financements et modalités d'acheminement), il faut savoir que la coordination suppose aussi la mise en place des dispositifs communs et simplifiés des procédures.

préciser les objectifs prioritaires et les meilleurs moyens pour les atteindre. Mais la coordination n'est pas souhaitée seulement pour la réduction des coûts de transaction qu'elle permettrait. **Les institutions internationales considèrent que la coordination, obtenue après concertation des parties prenantes, permettra la sélection du meilleur mode de coordination (choix des procédures, des priorités), et par-là-même la sélection du mode de production le plus efficace.** Mais ces objectifs ont-ils été atteints par le RBM ? La réponse semble passer par la négative, si l'on en juge par la qualité du plan d'action de RBM.

Le rapport d'évaluation indépendante de *Roll Back Malaria Partnership* de 2009 permet de revenir sur quelques éléments problématiques, mais caractéristiques du plan d'action stratégique de *Roll Back Malaria*, qui renvoient à la question de la coordination. Ces éléments montrent globalement que les conditions d'une coordination efficace ne sont pas respectées :

Des objectifs trop généraux. Selon le rapport d'évaluation indépendante de 2009 (p.19), « *une (des) difficultés tient au fait que les rôles et objectifs du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme ont été formulés d'une façon telle que la contribution du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme a été difficile à évaluer. Par exemple, l'un des objectifs formulés dans le plan de travail 2008 consistait à 'plaider en faveur de politiques optimisant l'efficacité de la politique sur le paludisme'.* Des formulations d'objectifs et de résultats aussi vagues que celle-ci n'a pas permis d'évaluer la contribution du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme aux résultats attendus. L'analyse des résultats tangibles du groupe de travail aurait permis de résoudre ce point ». On retrouve ici cette méthode qui consiste à présenter les objectifs et les résultats attendus de façon vague de telle façon qu'il est difficile d'évaluer la coordination des acteurs. Ne perdons pas de vue qu'une telle formulation vise avant tout à mettre d'accord toutes les parties prenantes.

Un manque de cohésion. Selon le même rapport, nous avons un manque de cohésion qui « *s'illustre par le fait que les principaux partenaires ne participent pas aux mécanismes de coordination. Par exemple, plusieurs partenaires s'inquiètent du fait que le bureau de l'Envoyé Spécial des Nations Unies n'ait pas activement contribué au processus du groupe de travail du plaidoyer pour le paludisme* ». Le travail à l'intérieur du groupe de travail sur la coordination ne semble pas intéressé, prendre en compte les priorités des Nations-Unis, à moins que l'ONU considère que l'OMS la représente bien pour tout ce qui touche à la santé.

Difficulté de définition d'objectifs et de procédures communs. Le rapport de 2009 qui a porté sur la période 2004-2008 (p. xiv et p.88) indique « *l'une des difficultés importantes dans le domaine de la planification stratégique tient au fait que les partenaires n'ont pas encore réussi à convenir d'une stratégie de mise en œuvre et que les implications pour les plans de travail des structures du Partenariat RBM restent encore à définir* ». De plus, « *le Partenariat RBM manque de stratégies de mise en œuvre dans des secteurs clés tels que les travaux au niveau national, la mobilisation des ressources et le suivi & évaluation* ». Nous pouvons interpréter cette assertion comme une illustration de notre raisonnement qui consiste à dire que la coordination est difficile dans un contexte de mobilisation d'acteurs variés. Le rapport conforte cette idée : « *la coordination et la mise en concordance systématiques des partenaires au niveau mondial n'ont pas été assurées avec succès sur certaines questions telles que la mise en cohérence des normes d'approvisionnement entre les principaux bailleurs de fonds. Dans l'exemple d'un approvisionnement conjoint de LLIN (moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée) dans le cadre d'une campagne de rattrapage en Tanzanie entre la Banque mondiale, le Fonds Mondial et la President's Malaria Initiative, une résolution n'a été obtenue que grâce à l'intervention directe des hauts responsables du Partenariat RBM* ». Nous avons dans cet exemple un pays (États-Unis), une institution multilatérale (Banque mondiale) et un partenariat public-privé (Fonds mondial), tous membres de RBM, qui ne parviennent pas à travers la discussion à s'entendre pour une distribution coordonnée de moustiquaires. C'est pourquoi Perrot et Roodenbek (2005, p. 19) envisage un régulateur en soulignant qu'« *il ne s'agit pas [...] de faire preuve de naïveté en*

considérant que l'entente entre tous les acteurs se réalisera systématiquement. Les acteurs du système de santé n'ont pas nécessairement les mêmes objectifs et leurs stratégies peuvent s'opposer quand leur intérêt diverge. Mais, en poussant le dialogue, cela permet de clarifier la stratégie des organisations tout en laissant à un moment ou à un autre la responsabilité d'intervention à une autorité de régulation ».

Au final, ces partenariats conduisent plus à une coordination formelle (accord sur des principes généraux) qu'à une réelle coordination des donateurs qui se traduirait par la sélection d'instruments coût-efficaces et par une réduction de la dispersion de l'aide ou des coûts de transaction.

Tableau 2 : le décalage entre les conditions d'une coordination efficace et le fonctionnement des PPP

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

Source : Présenté par l'auteur

Pourquoi les négociations au sein des PPP débouchent, sur des délibérations imprécises, flexibles, des objectifs généraux ? Dans ce qui suit, nous analysons les raisons de cette situation. Nous faisons l'hypothèse les représentations sociopolitiques des acteurs que nous avons appelé des images politiques jouent un rôle majeur.

Explication des difficultés de coordination à partir de la diversité des images politiques

Nous nous expliquons ici pourquoi les PPP ne conduisent pas à une coordination efficace. Ainsi, nous présentons les images politiques principales de la santé avant de préciser leur rôle dans l'inefficacité de la coordination au sein des PPP.

Les images politiques des acteurs : des freins à une coordination au sein des PPP

Les acteurs réunis au sein de RBM diffèrent aussi bien en termes de statut qu'en termes de représentations sociopolitiques. Ce sont ces représentations sociopolitiques que Shiffman et al. (2002) désignent par images politiques. Comme Shiffman et al. (2002), nous définissons les images politiques comme la façon dont un problème donné (ici de santé) et un ensemble de solutions sont conceptualisés. Concrètement il s'agit des valeurs et orientations des acteurs. Les orientations d'un acteur sont consubstantielles à la perception de la situation de l'action²⁷, de sa causalité, ainsi que les

²⁷ Par situation de l'action, il faut entendre l'environnement d'un acteur, les circonstances sociales et non sociales pertinentes. La situation de l'action, en provoquant l'action, active de manière sélective certains aspects des valeurs et orientations de l'acteur. Une situation menaçante active par exemple les intérêts de survie.

options disponibles et les résultats escomptés. En somme, les actions dans un domaine dépendent de la façon dont un problème donné et un ensemble de solutions sont perçus et conceptualisés.

Chaque donateur (ONG ou État) a, au moins, une image politique, une façon de percevoir les problèmes de développement, et de cette perception découle un programme d'action²⁸. Ces images politiques renvoient à des motivations « sociopolitiques » qui participent, au même titre que les motivations stratégiques²⁹, à la détermination d'une action et de sa nature. Les images politiques dominantes dans le domaine de la santé sont :

La santé comme levier de développement. Cette approche résulte de l'approfondissement des connaissances des liens entre la santé et la croissance économique et va légitimer l'objectif d'un développement juste et durable. Ainsi, l'idée que l'aide publique à la santé pourrait être un instrument financier qui assurerait l'effectivité d'un tel développement à l'échelle mondiale devient de plus en plus partagée par les différents acteurs.

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

La santé vue comme un droit humain. La santé est considérée, depuis longtemps, comme un droit humain fondamental. C'est cette approche qui a présidé à la création de l'OMS.

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

Si le trait commun de ces différents « images politiques » est qu'elles considèrent la santé comme un élément important de l'action internationale, le statut que chacun attribue à cette dernière n'est pas le même : dans l'approche de sécurité, tout comme dans celle du développement, la santé est un instrument (parmi d'autres) qui doit être subordonné à l'objectif primordial de sécurité ou de développement. On se situe donc dans un rôle fonctionnel de la santé dans les discours sur le développement où - contrairement aux discours sur les droits humains ou le débat sur les biens publics mondiaux, par exemple - la santé n'est pas considérée comme un objectif en soi mais comme un moyen pour atteindre d'autres objectifs. Toutefois, ces deux approches instrumentalistes (sécurité et développement) divergent sur la façon dont il faut traiter les problèmes de santé (l'une met l'accent sur l'éradication des maladies infectieuses et l'autre sur l'intégration partielle d'autres maladies). Les militants pour une santé comme droit humain, quant à eux, en appellent à une reconnaissance de la santé comme un actif et objectif et donc à l'élaboration de politiques fondées sur le respect d'un droit humain qui subordonnerait tous les autres objectifs. En somme, à chaque image politique correspond des objectifs spécifiques et une politique particulière de santé. Les politiques de santé sont donc liées aux systèmes de croyance, souvent le plus dominant, concernant la santé (Kleiber, 1991).

²⁸ Soulignons que toute image politique peut être influencée par des motivations stratégiques.

²⁹ Les considérations stratégiques sont : guerre froide, lutte contre le terrorisme, achats d'alliances ou de votes, communication pour les entreprises... Il s'agit de toute forme de détournement de l'aide de ses objectifs officiels par les acteurs de l'aide, notamment les donateurs.

Maintenant que nous avons présenté les images politiques dominantes dans le domaine de la santé, voyons comment ces images politiques empêchent la faisabilité d'une coordination efficace.

Le rôle des images politiques dans l'inefficacité de la coordination

Nous cherchons maintenant étayer l'hypothèse selon laquelle les délibérations des acteurs en coordination aboutissent à un compromis « sociopolitique » qui ne respecte pas les conditions d'une coordination efficace.

Des sections précédentes, nous avons vu que le plan d'action stratégique **s'apparente à un contrat** entre des acteurs variés. La nature contractuelle des plans d'action stratégique n'est pas à démontrer puisque les partenariats public-privés relèvent eux même d'un engagement contractuel. Le partenariat est un contrat entre des acteurs variés (ONG, État, OIG, Entreprise), mais considérés comme égaux, pour atteindre des objectifs communs ou devant être communs (*cf.* section 1). Nous avons vu plus haut qu'il s'agit d'un contrat « horizontal » dans le sens où il n'y a donc pas en théorie de relation d'agence. Tous les acteurs sont des partenaires qui cherchent dans une relation contractuelle les moyens d'améliorer une situation donnée ou d'atteindre des objectifs communs ou devant être communs.³⁰ Les SWAPs (*Sector Wide Approaches*) sont, par exemple, un contrat entre deux parties, à savoir le ministère de la santé et les partenaires au développement du pays. En général, à travers les SWAPs, les parties s'engagent à respecter la politique nationale de santé qu'ils ont approuvée de concert, notamment en mettant ensemble leurs financements et en donnant la responsabilité de leur gestion au ministère de la santé. L'esprit est par conséquent celui d'une coopération contractuelle, d'une formalisation de relations contractuelles³¹.

A ce stade, il convient de distinguer ce type de contrat (coopération contractuelle, relation contractuelle) des contrats classiques. Selon Perrot (2005, p. 39), « *un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants et autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation* ». La question de l'engagement réciproque est au cœur donc d'une relation contractuelle. Cependant le degré d'engagement peut varier. Ce dernier peut varier selon qu'il s'agit d'un contrat « classique », appelé aussi transactionnel, ou d'un contrat « relationnel³² ». Le contrat « classique » se caractérise par une formulation claire et précise de l'objet du contrat, de sa durée ; de telle sorte que les différentes parties savent exactement, dès le moment de la formulation du contrat, à quoi s'attendre. On parle de complétude des clauses contractuelles. C'est ce type de contrat qui respecte les conditions d'une coordination efficace.³³

Le contrat relationnel, qui structure les PPP que nous analysons ici, est lui basé sur la confiance que se font les acteurs pour agir dans l'intérêt commun. De ce fait il n'est pas nécessaire que le contrat soit complet et détaillé ; il suffira de s'entendre sur les grands objectifs de la relation, sur les méthodes de travail et sur les moyens qu'il convient de mobiliser pour réaliser les actions (Perrot, 2005). La flexibilité qui caractérise ce type de contrat se veut la garante de la pérennité et de la « paix » contractuelles (Perrot, 2005). Il faut noter que dans le contrat « relationnel », contrairement au contrat classique, l'opposabilité est absente, les objectifs et les rôles des acteurs ne sont pas clairement définis. On retrouve ici les éléments qui caractérisent généralement le fonctionnement des partenariats publics privés horizontaux et RBM en particulier (tableau 2). Mais, pour bien étayer le rôle des images politiques dans l'explication de l'inefficacité de la coordination au sein des PPP, revenons de façon plus affinée sur les mécanismes de délibération (mode et nature des délibérations) au sein des PPP.

³⁰ Les autres mécanismes de coordination que sont les documents de stratégies de développement ou l'approche sectorielle sont aussi des contrats à l'image des plans d'action stratégiques des partenariats public-privés.

³¹ Ces conventions comportent en général des obligations de moyens pour les parties prenantes et non des obligations de résultats (Perrot et Roodenbeke, 2005).

³² Cette distinction citée par Perrot (2005) est due à Mcneil I. (1978) : contrats : ajustements of long-term economic relationships under classical, neoclassical and relational contract law, *Northwestern University Law Review*, 72 :854-905.

³³ On retrouve ces types de contrats dans les PPP qui traduisent une sous-traitance ou une collaboration technique.

Un apriori discutable des modes de prise de décision. La qualité d'une action collective dépend de la façon dont la délibération est organisée entre ces différents acteurs au sein du partenariat. Il s'agit du mode de décision, ici en l'occurrence la délibération participative. Pour les promoteurs des PPP les acteurs sont rationnels. Et cette hypothèse de rationalité est essentielle à l'atteinte de l'objectif d'une coordination efficace. Cette hypothèse de rationalité considère que les acteurs dans le domaine de la santé décident en tenant compte de critères « objectifs » comme l'incidence de différentes maladies et l'existence d'intervention coûts efficaces³⁴. Ce modèle de décision fondé sur une rationalité néo-classique est employé dans de nombreuses analyses sur les politiques socio-économiques. Il se fonde sur l'utilisation des calculs coûts-avantages pour choisir parmi des politiques alternatives. Une telle approche repose sur l'hypothèse d'une capacité des acteurs en partenariat à définir avec soin la nature des problèmes auxquels ils font face, à proposer des solutions alternatives³⁵. Et l'évaluation de ces solutions sur la base d'un ensemble de critères « objectifs » fonde la décision. Il s'agit de sélectionner et de mettre en œuvre les meilleures solutions³⁶. Pourtant quand on analyse la répartition de l'aide à la santé, on se rend compte que cette approche n'est pas suivie. On peut voir ici et là que certains problèmes de santé publique mobilisent l'attention des dirigeants politiques et des financeurs tandis que d'autres restent à l'arrière-plan, sans que ces différences s'expliquent forcément par des facteurs objectifs tels que la morbidité et la mortalité ou par l'existence de moyens d'action efficaces (c'est-à-dire « rentables » en termes de coût/efficacité). Shiffman (2009) cite l'exemple des programmes portant sur le VIH/SIDA, qui représente environ 5% de la mortalité dans les pays à bas et moyen revenu, recevaient au début des années 2000 plus du tiers de toutes les grandes donations en matière de santé. Ceci renvoie à une conclusion bien connue dans les théories des organisations : « *les informations servent d'avantage à justifier des décisions prises qu'à informer la décision* » (Martinet, 1991, p. 12³⁷) et au fait que la réalité n'est pas un donné objectif mais un construit social.³⁸

Un pragmatisme « efficient » qui accepte l'imprécision. Puisque les partenariats sont justifiés par l'efficacité, le choix d'un arrangement contractuel plutôt que d'un autre dépend des coûts de transaction qui lui sont associés. L'élaboration, puis la mise en œuvre d'un contrat (plan d'action stratégique, document de stratégie de développement) induisent des coûts de négociation du contrat et de surveillance du contrat. Plus le contrat sera précis, plus ces coûts augmenteront (Perrot, 2005). Le coût de négociation d'un contrat précis peut être très élevé si les acteurs ont des images politiques différentes. Il y a donc un équilibre à trouver entre la précision du programme d'action contractuel et le coût de sa négociation. La précision limite la liberté des parties en contrat.

Mécanisme de coordination : un compromis sociopolitique d'abord. Un mécanisme de coordination résulte plus d'un compromis relationnel que d'un choix de moyens dits optimaux pour atteindre des objectifs limités. Mais cela ne signifie pas qu'un mécanisme de coordination ne résulte pas d'un choix raisonnable. Nous avons vu qu'en termes de coût de transaction la précision n'est pas toujours souhaitable. Mais ce n'est pas la seule raison. Selon Perrot (2005), lorsque dans un contrat on cherche à être très précis, à prévoir tout, c'est que les partenaires ne se font pas confiance³⁹. « *Si cet état d'esprit s'instaure au moment de la rédaction, il y a fort à parier que ce*

³⁴ Dans le schéma analytique cela renvoie aux modes d'interaction.

³⁵ L'histoire de la lutte contre le Sida et des nouvelles maladies infectieuses montre que cette capacité n'est pas toujours disponible.

³⁶ En matière de politique de santé, le désir d'injecter de la rationalité dans les décisions d'allocation des ressources dans les pays en développement est à l'origine du développement de l'indicateur -d'Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité ou AVCI-. C'est une mesure du nombre d'années de vie saines perdues dans une population en raison d'une maladie particulière (Jamison, Mosley, Measham et Bobadilla, 1993 ; Laxminarayan, 2006).

³⁷ Préface de l'ouvrage de J G March dont le titre est *Décisions et Organisations*, Les éditions d'organisation, Paris.

³⁸ Cette donne situe notre article dans une approche constructiviste.

³⁹ Notons que la confiance peut réduire les coûts de négociations.

comportement va perdurer lors de la mise en œuvre. On peut dire qu'en quelque sorte que la précision renforce les comportements procéduriers et le non respect de l'esprit du contrat (Perrot, 2005, 142). Ainsi, comme on se fait confiance (ou plus exactement on doit se faire confiance), les acteurs négocient et font des compromis. En conséquence, aussi bien durant les sommets internationaux que dans l'élaboration concertée de plans nationaux, l'objet des processus de décision est de faire cohabiter « diplomatiquement » dans un même programme (contrat), au moyen de la flexibilité des mots utilisés et de la prise en compte de toutes lectures, des acteurs ayant des images politiques différentes : c'est ce que nous appelons stratégies ambiguës. Et non la sélection d'un instrument optimal. Il est important de préciser à ce stade que ceci est procéduralement rationnel : les acteurs internationaux (types OIG et ONG) essayent de trouver des moyens pour faire évoluer la situation de façon satisfaisante en acceptant les compromis qui permettent l'action. C'est ce qui fait de tout mécanisme de coordination un compromis. Les partenariats public-privés assument d'ailleurs qu'ils s'inscrivent dans une démarche de compromis (Boidin et Lesaffre, 2009). Ces compromis conduisent souvent à des incohérences ou à la poursuite d'une multitude d'objectifs et débouchent sur une aide dispersée, donc à une action collective sous-optimale.

Mécanisme de coordination : un compromis « sous optimal ». Dans son ouvrage « le fardeau de l'homme blanc » Easterly (2006) dénonçait l'incapacité des organisations à choisir ou à avoir des priorités en faisant le constat suivant : « *les administrations de l'aide [Agences de développement] sont un peu comme mes enfants-quand on leur demande de choisir entre une barre de chocolat et de glace, ils répondent les deux ! Les agences d'aide aide travaillent un peu à la réalisation de chaque objectif en ignorant de fait les avantages de la spécialisation et consacrant moins d'argent qu'il ne le faudrait aux opérations présentant un faible coût et des bénéfices élevés. Les directeurs des agences d'aide parlent volontiers d'établir des priorités, mais n'agissent guère en conséquence- les pressions politiques sont trop fortes, ils sont contraints de répartir leur effort au lieu de les concentrer* ».

Or si se fixer des objectifs précis et limités est gage d'efficacité dans la mise en application des décisions (l'un des enseignements qu'on peut tirer de la croissance déséquilibrée à la Hirschman (1958) est qu'un pays ne peut pas tout faire en même temps : éparpiller les ressources et les énergies est contraire à la rationalité économique) et conduirait à une coordination efficace, une telle méthode limite la possibilité de prendre des décisions et réduit les chances de mobilisation. Plus les objectifs sont précis et limités, plus il est difficile de constituer une coalition importante, en raison de la diversité des visions des acteurs, pour réunir des ressources financières, techniques et politiques. Mais Easterly est loin d'être le seul économiste à faire ce diagnostic. Parlant des documents des DSRP, élaborés sur la base d'un partenariat entre des acteurs variés, Cling et al. (2003) soulignent que deux cas de figure peuvent découler des processus participatifs. Il est d'abord probable que ceux ont le plus de pouvoir imposent leur point de vue. Mais cette stratégie n'est plus légitime en raison de mise en avant de d'agenda de la gouvernance, aucun ne doit subordonner les autres (Cartier-Bresson, 2010). C'est pourquoi « *la solution alternative consiste pour les stratégies de réduction de la pauvreté définies dans le cadre du processus participatif à éviter d'aborder les questions difficiles et socialement conflictuelles, ce qui rend par conséquent moins abouties. Dans certains pays comme la Bolivie, les gouvernements ont voulu contenté l'ensemble des parties prenantes, et les débats auraient plus porté sur la répartition de l'aide au développement que sur l'élaboration d'une véritable stratégie* (Habbard, 2002). Plus généralement, la question des priorités (hors celles qui figurent dans les conditionnalités des IBW), source de potentielle de conflit, est laissée de côté dans la majorité des DSRP, alors qu'elle est primordiale compte tenu des contraintes des finances publiques » (Cling et al., 2003, p. 190). On peut ajouter que pour minimiser les risques de conflits, les acteurs qui assument leurs images politiques, les syndicats en particulier, sont exclus du processus participatif (Cling et al., 2003, p. 188). C'est ce qui pousse Cling et al. (2003, p. 190) à conclure que « [...] le principe du processus participatif ne permet pas la solution aux conflits d'intérêts. En ce sens, le concept de processus participatif est une utopie pour reprendre les termes de Lautier (2001) ». Les PPP horizontaux, qui

sont les mécanismes de coordination, font donc principalement appel à la confiance, à la souplesse et l'emploi de formules générales pour parer aux incertitudes de l'environnement (politique et financier) ainsi qu'à la difficulté de fixer des objectifs précis et de mesurer les résultats (Perrot, 2005, p.140).

Au final, dans une dynamique de régulation reposant sur la confiance, les acteurs se sentent obligés de négocier et de faire de compromis. Ainsi, tant durant les sommets internationaux que dans l'élaboration concertée de plans nationaux, l'objet des processus de décision est de faire cohabiter « diplomatiquement » dans un même programme (contrat), au moyen de l'ambiguïté, de la flexibilité des mots utilisés et de la prise en compte de toutes lectures, des acteurs ayant des visions différentes. L'objectif n'est donc pas la sélection d'un instrument optimal⁴⁰. L'issue « optimale » attendue par les promoteurs des PPP est donc une issue inaccessible au regard des caractéristiques des acteurs en négociation. Face à cette donne, il conviendrait de changer d'approche afin de prendre en compte le caractère problématique de la diversité des images politiques en matière de coordination. Dans la section suivante nous réunissons quelques arguments dans le montrer qu'une approche des PPP centrée sur la proximité des acteurs en termes d'images politiques améliorerait le niveau et la qualité de la coordination des acteurs de l'aide.

⁴⁰ Sauf à considérer que la décision « optimale » est celle qui satisfait tous les acteurs ou au moins la majorité.

Les avantages d'une approche « sociopolitique » des PPP

De cette analyse critique de la qualité de la coordination, on peut tirer deux enseignements. Premièrement, les PPP délibèrent au moyen de formulation générale ou ambiguë des objectifs du contrat afin de réduire les coûts de transaction relatifs aux négociations et de mobiliser le plus large possible. Deuxièmement, la coordination souhaitée par les institutions internationales est *in fine* un agenda qui suppose, contrairement à la réalité, une rationalité économique des acteurs qui voile les représentations sociopolitiques. C'est pourquoi, elle ne prend pas en compte le fait que les acteurs en partenariats, puisque dotés d'images politiques différentes, essayent de trouver des compromis sociopolitiques en adoptant de contrats relationnels (qui préservent leurs représentations sociopolitiques) avant de s'interroger sur l'optimalité de leurs décisions ou de leurs contrats. Améliorer l'efficacité de la coordination passe dès lors par l'élimination des « freins » sociopolitiques. L'approche des PPP fondée sur une proximité sociopolitique des acteurs, une « foi » commune présenterait quelques avantages que nous présentons ici.

Une réelle approche globale devient possible

Les partenariats actuels sont des PPP thématiques rassemblant des acteurs ayant des images politiques différentes. Le caractère thématique est un frein à une approche réellement globale à travers l'articulation au niveau méso ou macro de différentes initiatives. Il rend en particulier difficile l'articulation au niveau sectoriel (système de santé par exemple), car chaque PPP (et à l'intérieur des PPP chaque partenaire) a tendance à tirer l'action vers ses propres priorités. Au niveau macro la difficulté d'articulation persiste. A côté des PPP agissant dans la santé, il y a des PPP travaillant dans le domaine de l'éducation. Si la nécessité d'une articulation entre politiques de santé et politiques d'éducation n'est plus à prouver aujourd'hui, la structuration thématique des PPP ne facilite pas cette dernière. L'approche non thématique, celle fondée sur la proximité sociopolitique des acteurs, peut donc permettre de réunir, par exemple, tous les acteurs qui pensent que la santé, l'eau et l'éducation relèvent des droits humains. Cette logique peut être pertinente pour d'autres secteurs : l'agriculture, l'eau, la malnutrition et l'environnement. Elle permet *in fine* une réelle approche globale. Mais cette nouvelle possibilité n'est pas le seul avantage de cette approche.

Un compromis optimal « de coins » devient possible

L'adoption d'objectifs et de procédures communs dépend des motivations stratégiques⁴¹ et sociopolitiques des donateurs, et de la représentation qu'ils se font de la situation des bénéficiaires. Donner une place plus importante dans la délibération aux besoins des bénéficiaires revient à réduire, voire éliminer le poids des déterminants stratégiques et sociopolitiques des donateurs qui sont en partenariat.

Pour ce qui est des déterminants stratégiques, l'approche thématique actuelle des PPP, en ouvrant les lieux politiques de l'aide à la société civile et en imposant la transparence, a permis des réels progrès dans la réduction du poids des motivations stratégiques dans les délibérations sur l'aide⁴². Cet apport des PPP ne sera pas modifier avec l'approche non thématique des partenariats.

Par contre, le poids des motivations liées aux images politiques dans les délibérations est fortement réduit par l'approche non thématique des PPP. En rassemblant des acteurs ayant les mêmes images politiques⁴³, on élimine le frein « sociopolitique », d'abord, à une délibération « optimale » et ensuite à la coordination efficace des acteurs. Ainsi les calculs coûts/avantages retrouvent une certaine prépondérance dans les délibérations. L'adoption d'un objectif particulier et d'une procédure particulière n'est plus impactée par la diversité des images politiques. Avec l'hypothèse toute chose égale par ailleurs, on peut dire que l'approche non thématique accroît fortement la probabilité d'une

⁴¹ Rappelons que les considérations stratégiques sont : guerre froide, lutte contre le terrorisme, achats d'alliances ou de votes... Il s'agit de toute forme de détournement de l'aide de ses objectifs officiels par les donateurs.

⁴² Nous avons assisté par exemple à une baisse de l'aide liée selon l'OCDE.

⁴³ Les images politiques n'ont pas forcément à se confondre, mais plus elles sont proches plus la coordination efficace s'en trouve facilité.

coordination plus efficace dans le sens où elle reposerait sur des objectifs limités et une répartition plus optimale des tâches des différents acteurs. Précisons qu'on est, toutefois, loin des attentes théoriques des promoteurs des PPP comme moyens de coordination. Une coordination parfaite, c'est à dire telle qu'attendue par ces derniers, suppose que les motivations des donateurs, stratégiques et politiques (images politiques), se confondent exactement afin qu'ils puissent accorder la même importance à toutes dimensions du problème de développement. Une telle situation relève de l'idéal théorique, d'autant que les images politiques des acteurs sont évolutives et ne sont toujours clairement identifiées par ces derniers⁴⁴.

Cette approche non thématique place les acteurs sont « placés » dans une certaine rationalité limitée assumée en ce sens que toutes les informations ne sont pas disponibles. Ne participent au partenariat, donc à la délibération, que les acteurs ayant des représentations sociopolitiques proches, voire identiques. Les acteurs aux représentations sociopolitiques différentes ou éloignées, même ayant des informations utiles, ne participent pas à la délibération. Toutefois, l'information n'est pas la seule ressource limitée dans une telle approche. Les ressources techniques peuvent être également limitées dans ce nouveau cadre. Se pose alors la question de savoir si la synergie gagnée par le partage de convictions profondes est supérieure aux « coûts potentiels » de l'arrangement que nous proposons. Sans trancher sur cette question, nous savons seulement que :

- si dans le cadre d'un projet des capacités techniques ne sont pas disponibles au sein d'un PPP, elles peuvent être achetées sur le marché,
- si on réunit des acteurs aux motivations sociopolitiques éloignées, le projet risque d'être mal défini car sera le fruit d'un compromis sociopolitique. Dans un tel cas, l'existence des capacités techniques n'apportent rien à l'amélioration de la situation sur le terrain.

Conclusion

Dans cet article, nous avons montré que : 1) les partenariats sont structurés sur la base d'objet et de thème commun (structuration thématique) ; 2) ces PPP tels qu'ils existent ne remplissent pas les conditions d'une coordination efficace telle qu'elle a été pensée par les institutions internationales. Plus précisément, nous avons défendu la thèse selon laquelle l'homogénéité thématique, contrairement aux attentes des institutions internationales, n'a pas permis une coordination efficace en raison de la diversité des acteurs en termes d'images politiques. En effet l'approche thématique des PPP suppose, contrairement à la réalité, une rationalité économique des acteurs qui voile les représentations sociopolitiques. Ainsi, elle ne prend pas en compte le fait que les acteurs en partenariats, puisque dotés d'images politiques différentes, essayent de trouver des compromis sociopolitiques en adoptant de contrats relationnels (qui préservent leurs représentations sociopolitiques) avant de s'interroger sur l'efficacité de leurs décisions ou de leurs contrats. Nous proposons dès lors, à partir de cette analyse, une structuration des PPP sur la base de l'homogénéité ou de la proximité des images politiques des acteurs. En effet, une telle approche permettrait une réelle approche globale et une meilleure coordination.

A propos de l'auteur :

Mamadou BARRY est docteur en économie au Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (CLERSE), rattaché à l'Université de Lille1. Il travaille sur la coopération sanitaire internationale avec une attention singulière sur l'efficacité des mécanismes de coordination (organisations ou programmes réunissant des acteurs variés pour réduire la dispersion de l'aide) comme les partenariats public-privés, l'approche sectorielle et les documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Il étudie en particulier comment les diversités d'intérêts et de valeurs des acteurs perturbent ou favorisent une bonne coordination des acteurs.

⁴⁴ Précisons que cela ne remet en cause l'approche non thématique. Le fait qu'un acteur n'identifie pas les contours précis de son image politique ne l'empêchera pas de reconnaître les acteurs qui lui ressemblent en termes d'images politiques. De façon plus triviale, si on ne sait pas qui on est, on sait qui on n'est pas.

Références

- Bigsten, A. 2006. Coordination et utilisations des aides. *Revue d'économie du développement*, 20(2) : 77-103.
- Boidin, B. et L. Lesaffre. 2009. Droits de propriété intellectuelle, partenariat des firmes pharmaceutiques et accès des pays pauvres aux médicaments. *Économies et sociétés*, 6(11) : 1049-1076.
- Bräutigam, D. A. and S. Knack. 2004. Foreign Aid, Institutions and Governance in Sub-Saharan Africa. *Economic Development and Cultural Change*, 2(52) : 255-85.
- Brown, A., Naschold, F., Conway, T. and A. Fozzard. 2000. *Aid Transaction Costs in Vietnam*. Centre for Aid and Public Expenditure. Overseas Development Institute, London.
- Buse, K. et G. Walt. 2000a. Partenariats mondiaux public-privé : partie I -Un nouveau développement dans le domaine de la santé ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante*, 78(4) : 184-197.
- Buse, K. et G. Walt. 2000b. Partenariats mondiaux public-privé : partie II -Un nouveau développement dans le domaine de la santé ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante*, 78(5) : 699-709.
- Caines, K. 2005. Key Evidence from Major Studies of Selected Global Health Partnerships. *Background paper prepared for the High-Level Forum on the Health MDGs*. April 26-27, 2005. London: DFID Health Resource Centre.
- Cartier-Bresson, J. 2010. Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance. *Mondes en développement*, 38(152) : 111-127.
- Cling, J-P. 2006. Coordination et utilisations des aides. Commentaires. *Revue d'économie du développement*, 20(2) : 105-112.
- Cling, J-P., Razafindrakoto, M. et F. Roubaud. dir. 2003. *Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté*. IRD-Economica, Paris (2^{ème} édition), Economica.
- Dixneuf, M. 2003. La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ? *Les Études du CERI n° 99*, décembre 2003.
- Easterly, W. 2006. *Les pays pauvres sont-ils condamnés à le rester?* Paris : Éditions d'Organisation.
- Frost, L. and M. Reich. 1998. *Mectizan donation program: Origins, experiences, and relationships with co-ordinating bodies for ochocerciasis control*. Department of Population and International Health, Boston, MA, Harvard School of Public Health.
- Girard, C. et A. Le Goff. 2010. « Les théories de la démocratie délibérative », In Girard, C. et A. Le Goff. dir. 2010. *La Démocratie délibérative, anthologie de textes fondamentaux*. Paris, Hermann.
- Hirschman, A.O. 1958. *The Strategy of Economic Development*, New-Haven : Yale University Press.
- Jamison, D.T., Mosley, W. H., Measham, A.R. and J. L. Bobadilla. Eds. 1993. *Disease control priorities in developing countries*. New York: Oxford University Press.

- Kanbur, R. 2003. The Economics of International Aid, article préparé pour le Handbook *on The Economics of Giving, Reciprocity, and Altruism*. Édité par Serge Christophe-Kolm et Jean Mercier-Ythier, North-Holland.
- Kerouedan, D. 2011. « Evolution de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement ». In Kerouedan D. dir. : *Santé internationale : les enjeux de santé dans les pays du Sud*, Paris : Presses de Sciences.
- Kleiber C. 1991. *Questions de soins*. Lausanne: Payot.
- Knack, A. et A. Rahman. 2004. *Donor Fragmentation and Bureaucratic Quality in Aid Recipients*. Background Paper to World Development Report 2004, Washington DC: World Bank.
- Laxminarayan, R., Chow, J. and S. A. Shahid-Salles. 2006. "Intervention cost-effectiveness: overview of main messages". In Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. 2006. *Disease control priorities in developing countries*, New York: Oxford University Press.
- Ndour, M. 2006. Les partenariats public-privé mondiaux pour la santé. Iddri, *Idées pour le débat* n° 07/2006 : 1-37.
- OCDE. 1996. *Le rôle de la coopération pour le développement à l'aube du XXIe siècle*. Paris : OCDE.
- OCDE. 2004. *Survey on Harmonisation and Alignment*. Paris: OCDE Editions.
- OCDE. 2005. *Harmonisation, Alignement, Résultats. Bilan des progrès accomplis, défis à surmonter et occasions à saisir*, Paris: OCDE Editions. Rapport préparé pour le Forum à haut niveau Renforcer ensemble l'efficacité de l'aide au développement, Paris, 28 février-2 mars 2005.
- OCDE. 2008. *Enquête 2008 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris*, Paris: OCDE Editions. www.oecd.org/dataoecd/58/42/41202130.pdf.
- OCDE. 2011. *Efficacité de l'aide 2005-2010: progrès accomplis dans la mise en œuvre de la déclaration de Paris*. Paris : OCDE.
- OMS. 2007. *Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*. Rapport sur la santé dans le monde, Genève : OMS.
- Perrot, J. 2005. « Éléments pour la conduite d'une relation contractuelle ». In Perrot et De Roodenbeck. 2005. *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*, Paris : Karthala.
- Perrot, J. 2006. La Contractualisation dans les systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. *Discussion paper* n°4, Département Financement des Systèmes de Santé (HSF).
- Perrot, J. et E. De Roodenbecke. 2005. *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*. Paris: Karthala.
- Ridley, R., Gutteridge, W. E. and L. J., Currat. 1999. New Medicines for Malaria Venture : a case study of the establishment of a public sector - private sector partnership. *Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, 8-11 June, Geneva*.

Roll Back Malaria. 2009. *Évaluation indépendante du Partenariat Roll Back Malaria 2004-2008*. Global Development Advisors.

Shiffman, J., Beer, T. and Y. Wu. 2002. The Emergence of Global Disease Control Priorities. *Health Policy and Planning*, 17(3): 225-234.

Sogge, D. 2003. *Les Mirages de l'aide internationale*, Paris : Enjeux Planète.

Stiglitz, J. E. 2002. Overseas Aid is Money Well Spent. *Financial Times* (April 14).

Tandon, Y. 2008. *Eding aid dependency*. Oxford: Fahamu Books & Pambazuka Press.

Ulbert, C. 2008. The Effectiveness the Global Health of Partnership: What determines their success or failure? *Paper Presented at the 49th Annual ISA Convention, Sans Francisco, CA, March, 28th -29th 2008*.

Widdus, R. and P. Evans. 1999. Lessons learned from the Children's Vaccine Initiative 1990-1999. *Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, Geneva, 9 June 1999*.

Williamson, O. E. 1979. Transaction-Cost Economics: the governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 22(2): 233-261.

Wolfe, R. A. and D. S. Putler. 2002. How tight Are the Ties that Bind Stakeholder Groups. *Organization Science*, 13(1): 64-80.

Wolfgang , H. R., Deng, F., Witte, J. M., Benner, T., Whitaker, B. et J. Gershman. 2000. *Choix Cruciaux : Les Nations unies, les réseaux et l'avenir de la gouvernance mondiale*. Centre de recherche pour le développement international (CRDI), <http://www.idrc.ca/openebooks/922-4/>

Yaya, S. 2005. Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels. *La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3), article 4 :1-13.

Annexe 1 : Les autres modes de décision collective

L'unanimité

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

La majorité

Souvent mise en œuvre dans le cadre d'une dynamique implicite ou explicite de vote, la règle de la majorité détermine les préférences du plus grand nombre de participants. Elle permet de prendre des décisions satisfaisantes en minimisant deux types de coût liés à la prise de décision. D'abord, le coût de non respect de l'unanimité : ce coût s'élève en s'éloignant de l'unanimité, car de plus en plus de personnes n'atteignent pas leur niveau d'utilité souhaité. Et ensuite, le coût externe de décision comprenant notamment, le temps nécessaire pour dégager une solution acceptable par tous. Les tentatives d'obtenir une certaine unanimité font augmenter progressivement ce coût.

Cependant, une même règle de vote ne peut être optimale pour toutes les questions. La majorité requise pour l'adoption d'une proposition dépend en effet des caractéristiques des décisions à prendre (Buchanan et Tullock, 1962). Il peut alors se poser la question de savoir quelle majorité est adaptée aux sujets à débattre dans une circonstance donnée. Il est nécessaire de faire adopter au préalable, une règle de vote par les participants à une décision. Ceci fait appel à une institutionnalisation des conditions de prise de décision. L'un des inconvénients majeur de la règle de la majorité est le fait qu'elle peut conduire au marchandage et à la satisfaction d'intérêts particuliers (Downs, 1957 ; Tullock, 1967).

Source : Présentation de l'auteur

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des personnes et organisations interviewées

	Modalité d'enquête	Fonction	Date	Lieu	Organisation
Conférence de presse de Roll Back Malaria avec : Pr Awa-Marie Coll-Seck Pr Patrice Debré Pr Michel Kazatchkine Michèle Barzach	Observation participante	Directeur exécutif Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles Directeur exécutif Ancien Ministre de la Santé, Présidente des Amis du Fonds Mondial Europe	18/03/2010	Paris	<i>Roll back malaria partnership</i> Ministères des Affaires Etrangères de la France Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida Amis du Fonds Mondial Europe
Pr Patrice Debré,	Entretien direct	Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles	01/04/2010	Paris	Ministères des Affaires Etrangères de la France
François Bompard,	Entretien direct	Directeur adjoint aux affaires médicales au sein du département accès aux médicaments et responsable du programme Impact Malaria	07/04/2010	Paris	Sanofi-Aventis
Réné Kazetien,	Entretien par téléphone	Directeur adjoint aux opérations commerciales au sein du département accès aux médicaments et représentant de Sanofi au près de Roll Back Malaria	22/04/2010	Lille	Sanofi-Aventis
Michel Smitall,	Entretien par téléphone	Chargé de la communication et du plaidoyer auprès du Directeur exécutif.	26/07/2010	Lille	<i>Roll back malaria partnership</i>
Sylvie Chantereau,	Entretien direct	Directrice de l'Association des amis du fonds mondial Europe	16/08/2010	Paris	Les Amis du Fonds mondial Europe
Patrick Bertrand	Entretien	Associé Principal de <i>Global Health Advocates</i>	Août 2010	Paris	<i>The Global Health Advocates – GHA-</i>