

Economie politique du développement : vers une expertise co-produite ?

Bruno Boidin

Maître de conférences HDR

CLERSE – Université Lille 1

Bruno.boidin@univ-lille1.fr

Parmi les domaines où les controverses sur le rôle des experts sont anciennes, l'économie du développement occupe une place de choix. Plus de six décennies après l'émergence de cette discipline, une multitude de travaux aborde régulièrement la question de la responsabilité - ou de l'irresponsabilité - des chercheurs, experts, consultants qui travaillent dans les organisations d'aide, les bureaux d'étude privés ou les universités. Le rôle des économistes dans les programmes de planification des années 1960-1970, puis dans les plans d'ajustement structurel tout au long des années 1980 et 1990, et enfin au sein de l'agenda de « bonne gouvernance », n'est plus à démontrer.

Cet article propose une réflexion sur les expertises empiriques alternatives aux travaux les plus couramment diffusés auprès des décideurs de l'aide au développement. Cette réflexion s'appuie sur la critique de l'expertise standard et sur la modeste expérience de l'auteur en tant que chercheur sur des terrains africains, et s'attache à dégager des points communs aux approches empiriques qui seront ici qualifiées d'empiries hétérodoxes du développement.

L'article est organisé autour de trois sections. La première section expose les formes sous lesquelles l'expertise standard s'est trouvée et se trouve encore au cœur des institutions d'aide au développement, engendrant un formatage des méthodes et des cadres d'analyse dans ce champ. La deuxième section esquisse les contours d'une expertise alternative qui, se distanciant de la « nouvelle empirie » en économie du développement (approche par les essais randomisés), repose sur une autre démarche empirique de terrain, faisant largement appel aux apports de la pluridisciplinarité, aux enquêtes qualitatives et au croisement des points de vue entre experts et profanes. La section 3 illustre cette approche en l'appliquant aux études en économie de la santé appliquées aux pays à faible revenu.

1. L'expertise standard au cœur des institutions d'aide au développement

L'économie standard est au cœur des programmes et des institutions du développement. Ce constat peut être examiné sous deux éclairages différents : sur le plan conceptuel et théorique, la rhétorique dominante du marché a glissé vers celle de la bonne gouvernance dans une interprétation très proche de la première. Sur le plan de la diffusion du modèle standard, les experts recrutés dans les organisations d'aide au développement ont été formés à ce modèle tant dans leur formation initiale que dans le cadre de leur insertion dans les institutions de l'aide internationale.

1.1. De la rhétorique du marché à celle de la bonne gouvernance

Sous l'angle de la rhétorique dominante, la montée du néolibéralisme en économie du développement est patente depuis les années 1980 (Corm, 2013). Les institutions phares de ce mouvement (Banque Mondiale, Fonds Monétaire International, Organisation Mondiale du

Commerce) ont réussi à transformer le paradigme néolibéral pur et dur en une version adoucie de l'assainissement macroéconomique. Avec la nouvelle économie institutionnelle comme substitut à l'école du « public choice », le marché comme modèle de référence est devenu le « quasi-marché » et la marchandisation accélérée par les plans d'ajustement structurel, sous le regard bienveillant de l'économie standard, est devenue la « bonne gouvernance » incluant les acteurs publics (Cartier-Bresson, 2010).

Certes, les acteurs internationaux de l'aide au développement ont infléchi leurs positions. L'ONU et le Comité d'Aide au Développement y ont contribué tout en demeurant, pour la première, dans une conception théorique consensuelle (les droits humains) qui, en essayant d'embrasser tous les courants, devient illisible. Des principes de démocratie et de participation ont été définis dans le cadre des critères d'aide au développement. L'appropriation (par les pays destinataires), l'alignement (sur les politiques définies au préalable par les autorités locales), l'harmonisation (les bailleurs de fonds sont appelés à mieux se coordonner dans leurs procédures) ont été mis en avant à l'échelle internationale (Déclaration de Rome sur l'harmonisation en 2003, Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide en 2005, Déclaration d'Accra en 2008, Forum de Busan en 2011). Ces principes donnent indéniablement plus de poids décisionnel, sur le papier, aux pays qui reçoivent l'aide. Pourtant c'est bien le critère d'efficacité qui demeure aujourd'hui la référence centrale portée par les bailleurs de fonds. Or cette efficacité repose sur des modèles de choix de l'aide décrétés par les bailleurs de fonds.

Ainsi, il convient de questionner les procédures d'allocation de l'aide qui ont fait autorité sur le plan académique et qui ont imprégné l'univers des bailleurs de fonds. Ces dernières se fondent sur une théorie du choix rationnel qui transcenderait tout et permettrait de prendre les « meilleures » décisions (souvent qualifiées d'optimales par ce courant). Il est nécessaire de souligner à cet égard le caractère performatif des modèles d'allocation optimale de l'aide construits à partir de la fin des années 1990 dans la mouvance des Institutions de Brettons Woods (IBW – Banque mondiale et FMI) : dans un premier temps, l'économie standard produit des modèles d'allocation optimale de l'aide mettant en relation des variables supposées déterminantes (parmi lesquelles la « bonne gouvernance ») et une variable résultat, le plus souvent la croissance du PIB. Dans un second temps, ces travaux sont diffusés par les bailleurs de fonds dominants et imprègnent progressivement les esprits et les schémas des fonctionnaires internationaux et des consultants du développement. L'idée fait alors son chemin qu'il convient d'abord et avant tout de lutter contre la « mal gouvernance » qui gangrène les pays bénéficiaires de l'aide. Ce modèle de pensée se fonde largement sur les travaux de Collier et Dollar (2001), dont le succès tient pour partie au fait d'avoir intégré une préoccupation majeure des bailleurs de fonds depuis la fin des années 1990, à savoir l'efficacité de l'aide. Dans la mouvance de l'agenda de la « bonne gouvernance », Collier et Dollar proposaient en effet une procédure d'allocation de l'aide qui tient compte de l'effort fourni par le pays aidé en termes d'amélioration de l'environnement institutionnel et politique. Le modèle cherche ainsi à favoriser les pays qui appliqueraient les politiques les plus favorables à une « bonne » utilisation de l'aide (en d'autres termes les plus favorables à un bon rapport efficacité-coût de l'aide).

Le consensus autour de cette approche tient en grande partie au fait qu'il est impossible de nier les défaillances institutionnelles (en particulier des Pouvoirs publics) et les usages pervers de l'aide (détournements de fonds par certaines élites politico-économiques) dans les pays pauvres. En conséquence, des incitations à un meilleur usage de l'aide devraient améliorer les résultats obtenus sur le développement humain des populations. Néanmoins, le trait le plus

marquant de cette approche est qu'en s'attaquant à une question cruciale dans les pays pauvres faisant largement consensus, celle des défaillances des Etats, elle débouche dans bien des cas sur un anti-étatisme caricatural et occulte presque totalement d'autres explications tout aussi importantes : faible complémentarité des institutions en présence, inégalités internationales structurelles dues à une spécialisation économique désavantageuse, absence de pouvoir des pays pauvres dans les décisions internationales, trappes à pauvreté, effets du réchauffement climatique sur le patrimoine écologique et économique, etc. A cet effet, les modèles macroéconomiques sur la procédure optimale d'allocation de l'aide ne sont qu'une première étape de l'imprégnation des esprits par l'idée que le mal développement est d'abord un problème de mauvaise gouvernance. La seconde étape est portée par le modèle du « new public management » qui consiste à introduire dans le secteur public des techniques de gestion initialement dédiées au secteur privé lucratif.¹

Ainsi la mise en œuvre des critères d'allocation optimale de l'aide fondée sur la « bonne gouvernance » et sa déclinaison concrète dans le « new public management » imposé aux Etats constitue un virage doctrinal majeur des années 2000. C'est l'efficacité qui est privilégiée au détriment d'autres valeurs comme les droits humains et la lutte contre les inégalités. Au passage, les Pouvoirs Publics qui n'atteignent pas les objectifs sont stigmatisés et rendus responsables de tous les maux.

Si la récompense de l'effort de « bonne gouvernance » est bien présente dans la procédure de Collier et Dollar, à travers la qualité des institutions et des politiques (notion particulièrement ambiguë comme le montrent les *Worldwide Governance Indicators* de la Banque Mondiale, cf. *infra* 1.2), en revanche la compensation des handicaps et des inégalités internationales structurelles en est absente. Certaines situations nationales résultent pourtant des aléas historiques (guerres, instabilité géopolitique, etc.) ou des inégalités structurelles et font porter sur les individus et les sociétés une situation de pauvreté dont ils ne sont pas initialement responsables. A l'extrême, on peut imaginer qu'une situation de vulnérabilité généralisée à l'échelle d'un pays jouera négativement sur la capacité de ce pays à utiliser l'aide de façon efficace, rendant nécessaire de ne pas négliger les inégalités illégitimes dans les critères d'attribution de l'aide. Au-delà des inégalités visibles dans les indicateurs, une analyse des rapports de force structurellement déséquilibrés et de l'illégitimité des normes globales devrait être menée plus avant.

¹ « Il repose sur trois étapes, mises en exergue par Philippe Bezès (2009) : (i) la mise en place d'un modèle de contrôle par la production et le traitement d'informations matérialisées dans des instruments de gestion qualitatifs et quantitatifs (objectifs/indicateurs/cibles) ; (ii) l'exigence de mesure de résultats de l'action publique par le biais des 3 E, dorénavant sous l'appellation, par les réformateurs, de « logique de performance » ; et (iii) la délégation des choix budgétaires et le renforcement supposé de l'autonomie pour les gestionnaires et les chefs de programmes, par le biais d'enveloppes budgétaires globales » (Jany-Catrice, 2012, p. 107-108). Les 3 E, introduits par Daniel Esty et Michael Porter (2005), font référence au triptyque « economy, efficiency, effectiveness » usuellement appliqué aux services. Ils ont été ensuite largement diffusés dans les services publics sous l'influence de la logique de performance et de l'obligation de résultats. Les 3 E participent ainsi, avec la notion de « quasi-marché », à la banalisation des services publics que les tenants de la « bonne gouvernance » considèrent comme des activités de production de services plutôt que comme des fonctions tutélaires de l'Etat.

1.2. Le formatage des experts locaux

Adoption de la rhétorique internationale

Derrière son apparente neutralité, la notion de gouvernance est extrêmement normative, aboutissant à cet effet à l'agenda de « bonne gouvernance » que les IBW tentent d'imposer aux économies faibles après vingt années d'ajustement structurel. De nombreux travaux critiquent ainsi radicalement la notion de gouvernance. Pour Bernard Hours (2012, p. 61-63), la gouvernance est une norme des normes : « *En exfiltrant la notion de gouvernance hors du monde de l'entreprise et de la gestion de l'entreprise en direction de l'environnement, de l'économique, du politique, une affirmation à la fois claire et implicite se dégage : la planète, les marchés, la société, se gèrent avec les mêmes qualités et compétences que celles qui sont prêtées aux chefs d'entreprises performantes. Il s'agit d'une affirmation néolibérale radicale lourde de conséquences. Le monde serait donc une vaste entreprise. Quant à la qualité de la gouvernance, elle serait nécessairement bonne lorsqu'elle atteint les objectifs qu'elle s'assigne* ». Le caractère performatif et normatif de la « bonne gouvernance » se retrouve avec une grande acuité dans le domaine de l'aide au développement.

Au-delà de ses fondements dans les sciences de gestion et l'analyse des organisations, le terme de « gouvernance » a imprégné le monde des institutions internationales dès les années 1990 (Revue internationale des sciences sociales, 1998). En 1994, la Banque Mondiale définissait la gouvernance comme « *la manière dont le pouvoir est exercé dans le management des ressources économiques et sociales de développement d'un pays* » (traduction de l'auteur) (World Bank, 1994, p.4). Le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE la définissait en 1993 comme « *l'exercice du pouvoir politique, ainsi que d'un contrôle dans le cadre de l'administration des ressources de la société aux fins du développement économique et social* » (CAD-OCDE, 1993, p.7). Le PNUD (UNDP, 1995, p.3) la considérait comme « *un cadre de management public basé sur l'état de droit, un système de justice juste et efficace, une large implication de la population dans les mécanismes de gouvernement et dans la façon d'être gouverné* ». Des considérations normatives émergent implicitement ou explicitement de ces différentes définitions. Dans les définitions de la Banque Mondiale et du CAD, la dimension économique est en effet privilégiée dans la mesure où la gouvernance concerne largement la gestion et l'allocation (appelées respectivement *management* et *administration* des ressources pour la Banque Mondiale et le CAD). A l'inverse, le PNUD, dans la tradition onusienne, privilégie le respect des droits et l'implication des populations.

Dans cet ensemble encore flou de définitions de la gouvernance, c'est l'approche de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International qui a le plus imprégné les nouvelles conditionnalités de l'aide aux pays pauvres après vingt ans d'ajustement structurel. La Banque Mondiale fait de la « bonne gouvernance » un outil de lutte contre la corruption et de saine gestion des affaires publiques (Smouts, 1998). Dans le discours de la Banque Mondiale, cette dernière vise à améliorer l'efficacité et la transparence des institutions, notamment publiques, en décentralisant les centres de décision pour les rapprocher des populations et les rendre plus démocratiques. Mais le terme de gouvernance soulève des ambiguïtés qui apparaissent dans le contenu d'un certain nombre de « documents stratégiques de réduction de la pauvreté » (DSRP)² : les pays sont-ils soumis à l'injonction de mener à bien une réelle amélioration de la

² Les DSRP constituent, depuis le lancement de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) en 1996, les documents de référence que les pays souhaitant bénéficier d'un allègement de la dette doivent rédiger et

participation des populations aux décisions politiques qui les concernent, ou plutôt de réintroduire de la concurrence entre les acteurs politiques et économiques en vue de soutenir les politiques d'assainissement macroéconomique préconisées par les IBW ? L'indicateur de « bonne gouvernance » porté par les IBW, usuellement fondé sur les *Worldwide Governance Indicators* que Daniel Kaufmann et Aart Kraay ont construit avec leur équipe de la Banque Mondiale (Kaufmann et alii, 2004, 2008), laisse peu de doute quant au rôle dévolu aux logiques marchandes. Sur les six indicateurs retenus dans leur indice, trois d'entre eux visent directement les défaillances de Pouvoirs Publics jugés sources d'inefficience : i) l'efficacité des Pouvoirs Publics » mesure la « compétence de la bureaucratie » et la « qualité de la prestation du service public », réduisant le rôle des Pouvoirs Publics à une performance supposée mesurable à l'aune de critères techniques et quantifiables ; ii) le « fardeau réglementaire » mesure « l'incidence des politiques défavorables au marché », ce qui rend explicite le présupposé d'une efficacité supérieure du marché ; iii) enfin la « maîtrise de la corruption » concerne « l'abus des biens publics à des fins lucratives », mais elle se fonde sur une approche incitative plutôt que répressive, dénotant une méconnaissance des travaux des auteurs pionniers sur la corruption comme Susan Rose-Akermann (1978) qui soulignait que réformes administratives et répression se complètent.

Les indicateurs ainsi retenus deviendront dominants et déclinables dans tous les secteurs par des travaux économétriques conduits sans réflexion sur la légitimité des indicateurs. La « bonne gouvernance » se trouve alors au centre des conditionnalités imposées par les bailleurs de fonds aux pays à faible revenu. De nombreux auteurs prendront pourtant leurs distances avec ces travaux (pour une revue, voir Cartier-Bresson, 2010), auto-référentiels et dont les hypothèses annoncent les résultats.

Malgré toutes ces réserves et l'incapacité des IBW à établir un lien incontestable entre les indicateurs de bonne gouvernance et la performance économique, les années 2000 sont celles de l'extension de l'impératif de bonne gouvernance aux secteurs sociaux (santé, éducation, lutte contre la pauvreté, etc.). En effet le néolibéralisme pur et dur a fortement influencé les cercles de décideurs et les organisations internationales et son déclin relatif depuis les années 2000 ne signifie pas le retour de l'interventionnisme. La montée en puissance de l'agenda de bonne gouvernance est portée par des discours affirmant la fin des idéologies. Le néolibéralisme a également jeté l'opprobre sur l'Etat social et peu de pays ont résisté à l'érosion de ce dernier. L'apparente neutralité de l'agenda de bonne gouvernance trouve, dans ce contexte, un terrain propice, renforcé par le constat des défaillances des Etats dans les pays du Sud. Paradoxalement, les plans d'ajustement ont sapé la puissance publique dans les pays pauvres, dont les dysfonctionnements se sont accrus durant les vingt années d'ajustement (avec notamment l'accroissement de la corruption). Tous les secteurs d'intervention publics devraient alors bénéficier des Programmes Nationaux de Bonne Gouvernance (PNBG) dont les pays aidés se pourvoient sous les conseils des experts en développement et les injonctions des bailleurs de fonds. Il leur faut alors maîtriser la panoplie conceptuelle de la « bonne gouvernance ».

Standardisation des formations en économie

Cette domination de la notion de « bonne gouvernance » dans le monde de l'expertise n'est pas le seul volet de la standardisation conceptuelle et technique. En effet, avant d'être formatés dans le cadre des organisations internationales, les experts le sont d'abord par leur

soumettre aux bailleurs de fonds. Ils sont fondés sur la définition d'un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).

formation initiale. Ainsi, dans le domaine des études en économie, la domination écrasante de l'économie standard a largement dépassé les frontières des pays riches. Les jeunes générations d'économistes issus des universités du Sud sont rompues aux techniques quantitatives et aux modèles économétriques. Les institutions internationales les accueillent comme stagiaires pour les faire travailler sur des bases de données dont la validité est souvent très contestable. Les doctorants africains découvrent les affres de la bibliométrie et cherchent désespérément à accéder aux bases de données, partant de l'hypothèse qu'une bonne thèse ne peut être que quantitative.³ La nouvelle génération d'enseignants, elle-même formée depuis les années 1980 au modèle standard, semble négliger dans ses enseignements la compréhension historique des problèmes et l'histoire de la pensée. Par voie de conséquence, leurs étudiants ignorent très largement les débats qui traversent les Facultés d'économie en Europe.⁴ Leur univers de pensée se limite, au mieux, aux débats entre l'économie standard dure et sa variante néo institutionnelle.⁵

Le paradoxe du formatage des experts réside dans le fait qu'il s'appuie précisément sur l'idée de promotion des *capabilities* locales (« capacity building ») devenue chère aux acteurs de l'aide depuis les années 2000, alors qu'aucune véritable discussion n'est conduite avec les acteurs locaux (pouvoirs publics, collectivités territoriales, universités, ONG, etc.) sur ce que devrait être le contenu fondamental de ces *capabilities*. La formation des futures élites locales est alors considérée par les bailleurs de fonds comme une priorité, sans pourtant qu'aucune remise en cause de la standardisation des idées ne soit formulée par ces derniers. Pire encore, le mouvement de fuite des cerveaux vers les acteurs de l'aide installés localement est patent dans les pays pauvres. Ainsi, les ONG internationales et les organisations de l'aide recrutent des ressources humaines locales sans difficulté compte tenu des perspectives de carrière supérieures qu'elles offrent par rapport aux institutions locales (y compris les universités). Les cerveaux sont donc formés selon les standards internationaux, puis recrutés dans les institutions internationales et reformatés par celles-ci pour participer au grand mouvement de standardisation de l'aide.

³ La plupart des étudiants auxquels j'ai eu l'occasion de dispenser des enseignements en Afrique demandent conseil pour leur sujet de thèse. Lorsque je leur retourne la question en les interrogeant sur la thématique qu'ils envisagent de traiter, presque tous commencent par me parler de leur souci et de leurs difficultés de « trouver une base de données exploitable », condition préalable, selon eux, à la définition d'un projet de sujet. C'est donc la possibilité de faire un travail économétrique qui semble les orienter, avant toute réflexion sur la pertinence du sujet qui en découlerait.

⁴ L'AFEP est totalement inconnue des étudiants africains francophones que j'ai rencontrés depuis plusieurs années dans le cadre de séminaires et travaux de recherche conduits au Bénin, au Burkina Faso, au Gabon, en Gambie et au Sénégal.

⁵ J'ai pu constater par moi-même le formatage théorique des étudiants considérés comme les meilleurs de Facultés d'économie de l'Afrique francophone, dans le cadre de mes enseignements en économie de la santé pour le Programme de Troisième Cycle Interafricain. Ce dernier sélectionne les étudiants de Master selon leur niveau académique pour leur donner un bagage (de niveau master ou doctorat) destiné à en faire des experts auprès des acteurs publics nationaux ou internationaux ou des universitaires. Or, durant les six sessions auxquelles j'ai eu l'occasion de participer (entre 2001 et 2014), je posais quelques questions préalables lors de la première séance de cours : que sont les conceptions standard (ou néoclassique ou orthodoxe), standard étendue et non standard (ou hétérodoxe ou institutionnaliste) en économie ? Quelles sont les différences entre institutionnalisme radical et nouvelle économie institutionnaliste ? Aucun étudiant n'a jamais pu répondre à ces questions.

2. Vers une expertise co-produite ?

2.1. *La « nouvelle empirie », une économie non politique*

La « nouvelle empirie » en économie du développement s'est construite sur la critique des grandes enquêtes économétriques financées par la Banque Mondiale depuis la fin des années 1990. Ce retour de l'empirie à partir du milieu des années 2000 laissait présager des jours meilleurs pour la connaissance fine des besoins, des comportements et des formes de mobilisation des populations. Pourtant, les institutions, entendues au sens des valeurs et représentations locales, n'ont pas été véritablement explorées tandis que les réformes de « bonne gouvernance » sont conduites à bon train sous le pilotage des bailleurs de fonds et des acteurs de l'aide.

Ainsi les travaux d'Esther Duflo (2010), très représentatifs de cette tendance et connus sous le nom d'essais « randomisés », ne fournissent pas le cadre analytique nécessaire à la prise en compte des comportements, des besoins et des rapports de force institutionnels. Ces travaux sont loin d'épuiser le débat sur l'efficacité respective des dispositifs d'aide car les failles de l'approche par les « essais randomisés » ont d'ores-et-déjà été mises en avant. Agnès Labrousse (2010) insiste sur son absence de cadrage théorique clair et son incapacité à expliquer le « pourquoi » de l'efficacité de telle mesure par rapport à telle autre. Ces limites sont largement dues à une analyse très faible du contexte institutionnel et des ressorts de l'action individuelle et collective dans les études de cas menées. Les concepts mobilisés pour expliquer les comportements observés restent en effet très proches des catégories économiques standards : asymétrie d'information, sélection adverse et risque moral, ou encore *capabilities* d'Amartya Sen, parfois considérées comme une extension de l'approche standard. L'épaisseur historique et anthropologique est très peu abordée. Il ne faut donc pas attendre de tels travaux une sortie des modèles utilitaristes. Car, d'une certaine façon, ce type d'étude n'appréhende que les résultats des décisions des ménages, considérés comme des agents motivés par des fonctions-objectifs. Rien n'est réellement dit sur la multiplicité des motivations œuvrant dans les décisions individuelles ou intra-ménages ni sur les parcours de vie pouvant conduire les ménages ou les personnes à des décisions spécifiques.

Avec le succès des essais randomisés, en grande partie dû à l'usage de techniques quantitatives éprouvées qui donnent des gages de scientificité aux économistes quantitativistes, le retour d'une place visible pour des travaux véritablement hétérodoxes en économie du développement est largement un trompe-l'œil. Pourtant, de nombreux chercheurs en sciences sociales du développement poursuivent, contre vents et marées, leurs investigations empiriques. Ils constituent un mouvement en apparence hétérogène mais dont les points de convergence offrent des perspectives pour un véritable retour de l'empirie en économie du développement.

2.2. *Les empiries hétérodoxes : éléments pour une expertise co-produite*

Ce que nous qualifions d'empirie hétérodoxe du développement (désormais EHD) est parfois formulé dans d'autres termes : socioéconomie du développement, économie du développement qualitative, études en « économie et sociétés » appliquées au développement, etc. Ce courant est en apparence hétérogène car il recèle des travaux qui, tout en étant consacrés aux questions communes des leviers, des formes et des effets du développement, portent sur des terrains très variés et sur des objets inévitablement divers, relevant des différentes dimensions du développement (développement humain, social, technologique,

environnemental, etc.). Son homogénéité tient, au-delà de cette diversité, à des caractéristiques communes tant sur le plan du cadre d'analyse que sur celui des choix méthodologiques.

Notre hypothèse est que ces caractéristiques communes, qui constituent le signe distinctif de ces approches, non seulement les éloignent fortement de l'économie standard mais également constituent des pistes, encore inachevées, vers une expertise co-produite dans le champ du développement.

Les EHD convergent d'abord sur le plan de leur substrat théorique. Les bases sont à trouver dans une économie politique du développement qui s'éloigne de la nouvelle économie institutionnelle.⁶ On peut reprendre la présentation que M. Clévenot (2010, p. 2) fait de l'ouvrage de E. Lafaye de Micheaux, E. Mulot et P. Ould Ahmed (2007) pour définir les contours de cette économie politique du développement : « *Cette conception des institutions implique une revalorisation du Politique, une reconsidération des capacités réelles de choix de développement et la prise en compte des conflits de répartition que cela entraîne. Cette perspective riche qui tente de rendre compte de la complexité de la réalité est moins efficace du point de vue de la rhétorique politique. Les conseils en termes de politiques économiques seront en effet beaucoup moins simples et uniformes que les traitements prescrits par le premier puis le second consensus de Washington. De surcroît, ils tendent à souligner les blocages induits par des problèmes de rentes de situations des blocs politiques dominants, ce qui est par définition moins susceptible de produire du consensus. On se trouve bien en présence d'une perspective d'économie politique au sens fort du terme.* »

Les EHD convergent ensuite sur le plan des méthodes empiriques. Trois choix communs ressortent généralement des travaux hétérodoxes consacrés au développement.

Elles font d'abord largement appel à une méta analyse pluridisciplinaire. Celle-ci consiste à passer en revue les travaux des champs disciplinaires connexes (anthropologie, sociologie, histoire, science politique etc.) sur l'objet ou le terrain d'étude.

Ensuite, sans renoncer à l'usage de la statistique et des méthodes économétriques lorsque cela est possible et pertinent, les EHD fondent une large part de leur démarche empirique sur des entretiens qualitatifs et des observations. Ces entretiens et observations permettent en retour d'adapter la grille d'analyse et les hypothèses. En général, cette caractéristique, en éloignant les EHD des canons de l'économie orthodoxe, tend également à déstabiliser les experts des institutions internationales et même les consultants, désormais habitués à une culture des indicateurs et au *benchmarking* des outils.

Enfin, les EHD s'appuient largement sur une analyse croisée des entretiens conduits d'un côté auprès des institutions, experts, acteurs, de l'autre côté auprès des usagers, ménages, considérés généralement (et parfois à tort) comme des non-experts. Les résultats et perspectives offerts par ces méthodes sont souvent très éclairants, même si des obstacles et des zones d'ombres sont inhérents à de telles approches.

⁶ V. Dutraive (2009) estime toutefois que la « new new institutional economics » (NNIE), inspirée d'une relecture de D. North confrontée à l'observation des transitions économiques dans les années 1990-2000, est différente de la nouvelle économie institutionnelle - NEI - version « Institutions de Bretton Woods » car elle est critique par rapport au *benchmarking* et elle admet la pluralité des cadres institutionnels propices au développement.

3. Illustration : santé et développement

Nous illustrons maintenant les trois caractéristiques empiriques énoncées *supra* à partir du domaine de l'économie de la santé appliquée aux pays à faible revenu.

3.1. Une démarche pluridisciplinaire

La nécessaire pluridisciplinarité dans le champ de la santé peut sembler une évidence au premier abord, tant il est aujourd'hui admis par la grande majorité des chercheurs et experts de ce domaine que la santé est multidéterminée. A l'échelle macroéconomique, la focalisation de l'aide sur les indicateurs économiques ne garantit nullement l'élévation des indicateurs de santé. Comme l'ont montré plusieurs travaux (Anand et Ravallion, 1993, Boidin et Lardé, 2010), si l'espérance de vie est bien corrélée avec le produit intérieur ou national brut, cette relation n'est qu'indirecte. L'essentiel de l'élévation des indicateurs de santé dépend en réalité de la façon dont la croissance est affectée dans les choix collectifs. En particulier, la priorité donnée aux dépenses pro-pauvres et aux soins de santé est primordiale. Amartya Sen (1999a) a également montré que la priorité donnée à l'éducation et à la santé de base constitue, avec la mise en œuvre précoce de réformes agraires, des explications majeures des succès de l'Asie Orientale et du Sud-Est dans le développement humain, contrairement à la voie choisie par d'autres pays émergents (Brésil, Inde, Pakistan). Amartya Sen souligne également (1999b) que la réduction de la mortalité n'est pas nécessairement conditionnée par la croissance et peut tout autant venir d'un usage de l'aide au développement consacré aux soins, à l'éducation et aux services sociaux. Dans le domaine du VIH, fondant son analyse sur une étude comparative de différents pays en développement, Eileen Stillwaggon (2006) souligne que l'infection est influencée, comme de nombreuses autres maladies infectieuses, par les conditions de vie, l'environnement, l'accès aux services de santé adéquats, etc. Or les facteurs environnementaux et la situation de pauvreté des populations confrontées à l'épidémie ont été occultés au profit d'une interprétation accordant une place essentielle aux comportements à risque des populations. Nous considérons donc avec Eileen Stillwaggon que la reconnaissance du rôle central de l'environnement, de la pauvreté des conditions de vie, des inégalités et des normes sociales devrait conduire à privilégier des approches plus transversales de l'aide à la santé et, partant, une reconnaissance, dans le champ académique, de la nécessité de développer les travaux pluridisciplinaires dans ce champ.

Pourtant, cette reconnaissance est loin d'être acquise pour deux raisons.

La première est que, pour ce qui concerne l'économie en tant que discipline, de nombreux chercheurs continuent de considérer que l'excellence scientifique, terme aujourd'hui consacré par les tutelles de la recherche, passe d'abord par le recours aux techniques d'évaluation économique mises au point par l'économie standard et déclinées dans le champ de la santé. En effet, en proposant des outils d'évaluation fondés sur l'appréciation quantitative des coûts et des résultats (approche coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice) ou sur la performance globale des acteurs et des programmes (*data envelopment analysis* etc.), une grande partie des travaux d'économie de la santé ne se situe pas dans une remise en cause *a priori* de son champ de compétences au regard des avancées des autres disciplines ou des observations de terrain. Hors, si ces travaux présentent la robustesse technique qui peut rassurer les profanes et les décisionnaires dans le champ de la santé, il est également admis (mais pas toujours rappelé par les chercheurs intéressés) que leur modèles, techniques et estimations ne valent que par les hypothèses émises qui reposent en réalité sur des conceptions rationalistes de la santé. Ainsi, le modèle du capital santé proposé par M. Grossman (1972) dès le début des

années 1970 est encore considéré par de nombreux économistes de la santé, quel que soit leur terrain d'étude (économies riches, intermédiaires ou pauvres), comme le modèle canonique et la représentation la plus opératoire des comportements individuels en santé. Toutes les extensions et les raffinements récents ne changent pourtant pas foncièrement le caractère très réducteur de ce modèle, dont la double hypothèse de base est que l'état de santé détermine la demande de santé et que la demande de santé constitue non seulement une consommation mais également un investissement. Certes, envisager la demande de santé comme un investissement pouvait sembler relativement novateur dans le contexte des années 1970 où le courant néoclassique commençait à s'intéresser à ce champ et considérait la santé comme un simple déterminant de l'utilité de l'*homo economicus*. Cependant, réduire les décisions individuelles de santé à un arbitrage entre l'investissement en capital santé et les autres choix s'avère d'une accablante pauvreté analytique et explicative, très éloignée des réalités comportementales des populations dans les pays à faible revenu. Ni l'incertitude radicale, ni la myopie des personnes en situation de vulnérabilité, ni encore les priorités communautaires (la santé individuelle peut être sacrifiée au profit des objectifs alternatifs de la communauté, comme envoyer un enfant à l'école en ville, etc.) ne semblent trouver une place dans ces modèles.

La deuxième raison est que, malgré l'apparente reconnaissance du caractère multidimensionnel de la santé comme résultat et comme facteur de développement, les politiques de santé recommandées par les organisations internationales continuent de s'appuyer largement sur l'application d'un critère d'efficience, lui-même résultant de la domination de l'approche standard dans la gouvernance internationale de l'aide. Cette orientation est-elle cohérente avec les conditions de succès d'une politique de santé, en particulier sa légitimité ? En effet une politique de santé ne doit-elle pas représenter en premier lieu les priorités de la population concernée, avant celles des bailleurs de fonds ? Cet enjeu de la légitimité des politiques de santé face aux besoins des populations est au cœur des approches hétérodoxes en économie de la santé (Gadreau, Batifoulier, 2005, p. 223). Si la réponse aux besoins relève en partie de l'efficacité des politiques et des systèmes de santé, efficacité largement étudiée par l'analyse économique standard et vulgarisée en 1993 dans le Rapport sur le développement de la Banque Mondiale, « Investing in health », elle se trouve également dans les objectifs d'équité et de légitimité que le courant standard peine à appréhender (*cf.* Schneider-Bunner, 1997) et que les approches institutionnalistes en économie ont, au contraire, largement étudiés. Un point de rupture majeur existe à cet égard entre l'approche économique standard et l'approche hétérodoxe. La première considère largement les besoins comme des données naturelles. Ceux-ci sont d'ailleurs souvent réduits à la demande exprimée sur un marché en vertu de l'utilité que les consommateurs espèrent en retirer. Il existe cependant une tout autre approche des besoins qui ne les limite pas à des données naturelles et spontanées mais les considère également comme des construits sociaux. Ainsi François Sellier (1970) estime que « *le développement des besoins est un phénomène social fondamental qui n'est pas entièrement spontané. [...] L'offre est presque toujours plus fortement organisée que la demande et tend, par conséquent, à la dominer. Il n'en va autrement que si la demande est exercée par des producteurs ou des vendeurs, comme dans un système coopératif* ». Cette citation prend tout son sens au regard de l'organisation actuelle de l'aide à la santé : celle-ci est organisée par les bailleurs des fonds et les agences de développement, et les grandes firmes participent de plus en plus à celle-ci par des programmes présentés comme philanthropiques, venus s'ajouter aux activités commerciales traditionnelles qui continuent de représenter l'essentiel de leur activité. L'offre de santé domine la demande de façon aigüe dans le champ du développement et de la coopération internationale.

Ainsi, les orientations récentes de l'aide au développement dans le domaine de la santé négligent toujours la question de leur légitimité, au regard notamment des critères d'équité et de soutenabilité des politiques (Barry, Boidin, Tizio, 2011). D'une part, l'orientation des flux d'aide à la santé ne semble pas répondre à ces enjeux ; d'autre part, les programmes annoncés comme favorisant la participation et l'appropriation demeurent largement orientés par les priorités des bailleurs.

3.2. *Une démarche d'observation et d'entretiens qualitatifs*

L'examen de la diversité des situations nationales selon des critères « objectivés » (espérance de vie, taux de mortalité, etc.) **est rarement affiné en prenant en compte les enquêtes de perception et de comportement** qui, souvent, pointent les défaillances institutionnelles et le désarroi des populations devant de tels dysfonctionnements. Or, dans un contexte de vulnérabilité des conditions de vie, le recours à des comportements individuels aux effets ambigus est fréquent. L'auto-traitement, le report de la consultation, l'usage des réseaux parallèles de médicaments et de soins, le changement de prestataire, constituent autant de pratiques faciles à expliquer compte tenu du manque de moyens, mais aux effets potentiellement néfastes. Elles plaident pour un recours plus systématique aux enquêtes de perception et de comportements. Ces dernières présentent sous un angle nouveau, celui des populations, les déficiences organisationnelles et institutionnelles qui constituent des facteurs non négligeables de pièges de sous-développement humain dans la mesure où de telles lacunes sont à la source, d'une part, de la fragilité des populations, d'autre part, de comportements d'adaptation très mal maîtrisés par les autorités de la santé.

Or, mieux comprendre les motivations des usagers et des acteurs de la santé ne peut pas reposer sur les seules enquêtes quantitatives. Les volets qualitatifs des enquêtes permettant en général de répondre à des questions de recherche que les volets quantitatifs, malgré leur apport, ne permettent pas de traiter. **Donnons deux exemples.**

Le premier exemple se situe dans la continuité des différents travaux, notamment ceux de J. Shiffman (Shiffman, 2009; Shiffman, 2008 ; Shiffman et Smith, 2007 ; Shiffman et *al.*, 2002), qui remettent en cause le paradigme objectiviste qui prévaut dans le champ de la santé pour mettre en avant un paradigme constructiviste permettant d'expliquer les disparités entre les divers problèmes de santé publique selon l'intérêt que leurs portent décideurs et donateurs.⁷ La santé constitue précisément un terrain de grande diversité et d'évolution permanente des visions dominantes, comment le mettent en évidence Barry et Boidin (2012). Le trait commun des visions qui coexistent depuis les années 2000 est qu'elles considèrent la santé comme un objectif incontournable de l'aide internationale. Cependant, ces images recèlent des divergences significatives concernant le contenu de la santé et la destination de l'aide. Dans l'approche en termes de sécurité, tout comme dans celle du développement, la santé est un

⁷ Cette approche s'inscrit dans une perspective qui a débuté dans les années 1990 et qui appelle à une nouvelle approche dans l'analyse des politiques de santé dans les pays en développement (Reich, 1995a et 1995b; Barker, 1996). Ces auteurs ont noté que, jusque-là, l'évaluation des politiques de santé a porté essentiellement sur une conception et un contenu techniques et néglige les acteurs impliqués dans le développement, les processus de mise en œuvre des politiques et le contexte dans lequel les décisions sont prises. En effet, la conception de Shiffman rejoint celle plus générale de Whitfield et Fraser (2008, p. 37) sur la façon d'appréhender l'aide au développement. Ces auteurs proposent une approche qui se caractérise par le fait de ne pas considérer les acteurs de l'aide comme de simples agents rationnels en interaction mais plutôt comme des acteurs politiques construits par les valeurs et la mémoire des communautés dont ils émergent. Ces valeurs et cette mémoire sont qualifiées d'images politiques. De plus ils ne limitent pas le fonctionnement de l'aide à des jeux stratégiques mais l'insèrent dans des normes économiques, politiques et idéologiques.

instrument parmi d'autres qui doit être subordonné à l'objectif final de sécurité ou de développement. La conception sécuritaire oriente cependant l'aide au développement vers les maladies contagieuses en fonction des risques d'externalités transfrontalières, tandis que la conception en termes de développement élargit les secteurs aidés. Au contraire, l'approche par les droits humains considère la santé comme une finalité qui justifie une priorité aux dépenses pro pauvres. La notion de santé comme bien public mondial demeure quant à elle relativement ambiguë dans la mesure où elle traite à la fois la question de la nature de la santé (bien public, bien privé, bien de club ?), ses effets externes (nationaux, transfrontaliers, mondiaux) et sa régulation (ce dernier aspect débouchant sur des préconisations parfois contradictoires : acteurs publics se substituant au marché défaillant ou interventions publiques tutélaires).

Cette diversification récente des conceptions dans l'aide à la santé se traduit par un mouvement paradoxal. D'un côté, l'aide à la santé a fortement augmenté depuis la fin des années 1990, exprimant une mobilisation importante des différents acteurs. De l'autre côté, cette mobilisation résulte de motivations et d'objectifs très variés et parfois contradictoires, tels que par exemple l'augmentation de la part de l'aide consacrée à la lutte contre le HIV-sida au détriment de l'aide pro-pauvres (nutrition, prévention globale, renforcement des systèmes de santé décentralisés, etc.). Une concurrence entre les différents flux d'aide à la santé réduit alors les effets vertueux attendus d'une action coordonnée. Un exemple frappant de ce phénomène est la place devenue centrale de l'approche sécuritaire dans les choix d'attribution de l'aide, entraînant une arrivée massive d'aide pour la lutte contre le sida et des transferts de personnels vers ce secteur, au détriment des autres maladies ou des structures de santé dédiées aux soins de base.

Dans le travail de Barry (2012), puis de Barry et Boidin (2012), la mise en évidence des images politiques dominantes et de leur entrecroisement parmi les acteurs a pu être mis en évidence, outre le recours aux documents publiés par les acteurs de l'aide et à une étude statistique des flux d'aide à la santé, par des entretiens qualitatifs conduits auprès de 11 acteurs de l'aide à la santé (ONG, organisations internationales, programmes de lutte contre les maladies, entreprises pharmaceutiques, etc.). Le rôle de ces entretiens dans la mise en évidence des visions portées par les acteurs a été déterminant. Or, ce travail a permis de montrer que les débats sur les causes de la dispersion de l'aide à la santé ont négligé les difficultés de rendre compatibles les différentes visions (plutôt que les différents intérêts) des protagonistes de l'aide. Au total, mettre en évidence des valeurs et des visions différentes permet de dépasser les représentations usuelles de l'aide comme un simple jeu d'intérêts stratégiques.

Un deuxième exemple illustre l'intérêt des entretiens qualitatifs à une échelle plus microéconomique. Dans un travail sur la recherche des déterminants du recours aux micro-unités informelles de santé à Yaoundé (Cameroun), E. Mendo (2013) a d'abord conduit une enquête auprès de 496 ménages afin d'en tirer une étude statistique et économétrique des différents déterminants. Or, cette étude a mis en évidence que la faiblesse du revenu constitue un élément déterminant du recours à ces micro-unités, tout comme le temps d'attente plus court que dans les établissements publics. Cependant, le volet quantitatif de l'enquête n'a pas permis d'approfondir les motivations des usagers ni de cerner leur perception de la qualité des soins offerts. Une enquête qualitative a alors été conduite sur la base d'entretiens auprès de 40 chefs de ménage issus de l'échantillon de départ (Mendo, Boidin, Donfouet, 2014). L'enquête qualitative a alors mis en évidence le rôle des prix faibles, de la proximité et de l'accueil perçu par les patients.

Ainsi, l'enquête a fourni des informations importantes pour mieux comprendre le rôle effectif mais également les limites de ces unités de santé, limites qui apparaissent en creux dans le

volet qualitatif de l'enquête. D'un côté, il est indéniable que ces services de santé constituent une offre de premier recours dans des situations d'urgence, de grande détresse, de maladies courantes ou encore de suivi maternel et infantile. Elles dispensent à cet égard une véritable offre de soins primaires pour les populations peu nanties. D'un autre côté, elles ne constituent pas une offre de soins satisfaisante pour les personnes âgées ni, plus généralement, pour les affections nécessitant des techniques et des matériels sophistiqués. Elles présentent également des risques pour les patients qui, comme il a été relevé par les entretiens, ont une perception très positive de la qualité des soins alors que, d'un point de vue plus objectif, l'absence de tout contrôle sur la qualité des locaux, du matériel et sur les compétences des praticiens, ajoutée à la méconnaissance de l'origine des médicaments, engendrent de véritables défis du point de vue de la santé publique.

Les résultats de ce travail empirique s'insèrent ainsi pleinement dans une analyse en termes d'économie politique de la santé. En effet, dès les premiers travaux d'économie de la santé, l'inaptitude de l'économie standard à appréhender un tel domaine est soulignée. Ainsi Kenneth Arrow, dans son article fondateur « Uncertainty and the welfare economics of medical care » (Arrow, 1963), démontre que l'incertitude structurelle à laquelle le secteur de la santé est par nature confronté (sur l'incidence des affections et l'efficacité des traitements) conduit à l'incapacité des marchés concurrentiels à produire une allocation efficace des ressources et contribue à l'émergence d'institutions non marchandes destinées à compenser les défaillances de marché. Cependant l'analyse de Kenneth Arrow demeure largement ancrée dans l'économie standard (comme en témoigne l'idée que les acteurs non marchands ne viendraient qu'en compensation des défaillances de marché). En réalité, plusieurs autres caractéristiques font de la santé un objet d'économie politique. D'abord, l'interaction entre l'offre et la demande rend généralement impossible de distinguer la contribution respective de chacun à l'état de santé et inscrit cette relation dans une co-construction dont l'efficacité dépend du rôle que jouent les institutions de la santé et les règles collectives (Batifoulier, 1992). Ensuite, les besoins de santé ne constituent pas des données uniquement naturelles. Ils dépendent du contexte historique, du cadre politique, du niveau d'Etat social, etc. La santé ne peut être naturalisée, elle est un construit social et, en ce sens, elle est perçue diversement par les personnes en fonction du contexte sociopolitique et de leur place dans la société. Dans le cas du recours des populations aux micro-unités de santé au Cameroun, la perception que les usagers ont de la qualité des soins est à la fois un élément de la co-production de l'acte de santé (au sens de l'économie des conventions) et un résultat de la position sociale de ces usagers (niveau d'éducation, situation en termes d'emploi, vulnérabilité, etc.).

3.3. Une démarche croisée entre les points de vue des experts et ceux des profanes.

La distinction entre experts et profanes est souvent utilisée en économie du développement et de la santé. Cependant, toutes les conclusions n'en sont pas tirées dans la plupart des travaux et des initiatives pour la santé. Deux problèmes peuvent être mis en évidence.

Le premier problème est que le point de vue des profanes (usagers des services de santé et bénéficiaires désignés des programmes d'aide), bien qu'affirmé comme central par les acteurs de l'aide, demeure relativement négligé. Pourtant, si l'on admet que les besoins de santé ne sont pas figés mais qu'au contraire ils dépendent du contexte dans lequel ils s'expriment, on aboutit à examiner non pas seulement une relation purement technique entre des agents de santé et des patients, mais également une économie politique de la santé qui se définit comme l'ensemble des rapports de force et des négociations entre les acteurs de la santé. Or comme l'indiquent Philippe Mossé et Joseph Brunet-Jailly (2005, p. 167), « *c'est de la convergence*

de forces économiques et de créations institutionnelles que naissent les besoins auxquels sont censés répondre les systèmes de protection sociale et de soins. Dans cette perspective, la création de besoins est le produit de mécanismes économiques et sociaux institutionnalisés, tous endogènes, et qu'il convient de mettre au jour ».

Prenons l'exemple des programmes actuels d'extension de la couverture maladie, très prisés par les bailleurs de fonds, les acteurs de l'aide et les Pouvoirs publics. Dans des pays à faible capacité de cotisations (la grande majorité de la population travaille dans l'économie informelle) et de prélèvements fiscaux limités, l'un des leviers majeurs mis en avant pour favoriser la couverture maladie est l'extension des mutuelles de santé dites communautaires, fondées sur des cotisations à montant limité, notamment pour les plus pauvres. Or, les problèmes de recouvrement des cotisations sont étroitement liés à la perception que les mutualistes auront de la qualité des services rendus par leur mutuelle. Ce problème doit être mis en perspective avec les études sur les causes de non recours aux mutuelles de santé dans les pays pauvres. Defourny et Failon (2011) mettent en évidence plusieurs explications communes à différents terrains d'étude. La situation de précarité des individus les empêche de se projeter dans l'avenir et de voir l'intérêt des systèmes de cotisation ou de mutuelle ; la préférence pour le présent rend les patients réticents à payer à deux reprises en s'acquittant d'une cotisation et en payant ensuite l'acte, même à un tarif plus faible ; les fluctuations et la faiblesse des revenus nécessiteraient une grande souplesse dans le prélèvement et la périodicité des cotisations ; les campagnes de sensibilisation sont insuffisamment développées et adaptées aux populations rurales. Ces différentes pistes d'explication reflètent les causes des difficultés rencontrées par de nombreuses mutuelles en Afrique.

Cette question de la perception doit en outre être rapprochée de l'insuffisante prise en compte de la communauté dans les mutuelles de santé. Cette situation peut sembler paradoxale mais elle est pourtant mise en exergue au Sénégal par Sow (2007). En effet, le statut des indigents ne leur permet pas de prendre part aux décisions de la mutuelle. Les valeurs d'ancrage communautaire des mutuelles ne sont donc pas réellement appliquées dans toute leur extension. Derrière le rideau de fumée de la rhétorique internationale sur la prise en compte des communautés, se cachent des programmes de santé largement décrétés par les bailleurs et partenaires de l'aide. Croiser les perceptions des experts et des profanes permet alors de saisir une grande partie des causes des échecs de programmes d'aide à la santé déconnectés des logiques locales.

Le deuxième problème tient à une conception souvent désincarnée du chercheur sur son terrain. La supposée neutralité du chercheur demeure un idéal-type assez éloigné de la réalité. Cette figure se représente comme une garantie d'objectivité de la méthode et des résultats. En réalité, l'usage de la terminologie scientifique, des méthodes quantitatives et des outils classiques d'évaluation économique en santé ne garantit nullement l'absence d'arbitraire dans le choix de la méthode empirique. Dans le domaine du développement et de la santé, le chercheur de terrain s'éloigne souvent des grandes bases statistiques fournies par les organisations internationales et les services de la statistique, même si elles font partie de son matériau empirique parmi un ensemble d'autres ressources. La démarche sera plutôt fondée sur l'usage combiné de différentes méthodologies complémentaires : étude de la littérature académique et professionnelle ou institutionnelle, exploitation des bases statistiques de façon raisonnée (délimitation de leur pertinence), observations longues et régulières et notes de terrain, enquête quantitative, enquête exploratoire et entretiens qualitatifs (focus groupes ou entretiens individuels). L'enquête exploratoire sera conduite auprès des acteurs de référence, tant du côté des usagers et des populations (associations d'usagers, patients) que de celui des institutions (experts, représentant des partenaires au développement et des Pouvoirs publics ou des collectivités territoriales, professionnels de santé dans leurs différents métiers, ONG,

etc.). Mais cette enquête exploratoire, si elle peut déboucher sur une enquête quantitative, permet surtout d'élaborer un premier cadre pour l'enquête qualitative en sélectionnant, idéalement, des représentants de l'ensemble des acteurs du champ étudié et en testant auprès d'eux la pertinence de la grille d'entretien.

Certains chercheurs s'insèrent dans cette démarche en poussant leur travail jusqu'à la recherche-action, mais on peut y trouver également des travaux qui ne franchissent pas la ligne de l'immersion dans l'action et préfèrent co-produire avec les acteurs de terrain (professionnels, institutionnels, etc.) une définition commune des notions étudiées (comme par exemple le contenu de ce qui peut être considéré comme la santé communautaire, le recouvrement des coûts, la décentralisation des systèmes de santé, les soins primaires, etc ; toutes notions dont le sens évolue au fil des programmes et en fonction des acteurs).

La démarche qui est présentée ici est ainsi qualifiée de croisée à deux égards. D'une part, les perceptions, visions et analyses des experts et des profanes sont confrontées pour faire apparaître des divergences et des convergences. D'autre part, ces mêmes perceptions, visions et analyses sont également étudiées en distinguant celles du chercheur (sa représentation *ex ante* et ses clés d'analyse d'un problème, par exemple le non recours à des soins pourtant physiquement disponibles serait par hypothèse lié à l'insuffisance des ressources) et celles des autres acteurs « experts » (par exemple, le non recours serait, selon eux, dû principalement au manque d'articulation entre les prestataires de santé et le système de financement).

Conclusion

Les empiries hétérodoxes du développement tirent les enseignements des impasses et des défaillances que l'économie du développement cherche à surmonter. Elles ne se revendiquent pas comme une panacée, tant les défis sont importants pour une meilleure compréhension des terrains étudiés.

En donnant une large place aux enquêtes qualitatives et au croisement des points de vues, ces démarches permettent au passage de comprendre les complémentarités institutionnelles et la différence à opérer entre les fonctions institutionnelles (contribuer à la croissance, à la stabilité économique, à la réduction de l'incertitude, au respect des droits de propriété etc.) et les formes institutionnelles (*common law* ou *civil law*, concurrence ou contrainte, etc.). En effet, comme le rappelle V. Dutraive (2009), l'un des apports essentiels de l'institutionnalisme historique revisité dans les années 2000 (Lafaye de Micheaux, Mulot et Ould Ahmed, 2007 ; Revue de la Régulation, 2009), est de montrer que plusieurs types d'institutions peuvent jouer un rôle moteur pour le développement, contrairement à ce que supposait la nouvelle économie institutionnelle (NEI), favorable à la primauté d'un certain cadre institutionnel considéré comme supérieur (incitations, contrats, assainissement macroéconomique, « bonne gouvernance » version Institutions de Bretton Woods). Ainsi, comprendre de quelle façon des cadres institutionnels très différents peuvent aboutir à des résultats favorables revient à privilégier la question de savoir quelles sont les complémentarités institutionnelles qui ont permis cet effet plutôt que celle d'identifier les « bonnes institutions ». Or, cette compréhension des complémentarités institutionnelles favorables ou défavorables au développement implique de recourir à des analyses qualitatives en substitut ou complément des approches quantitatives.

Cependant, il est probable que l'une des plus grandes difficultés rencontrées par les empiries hétérodoxes du développement est de faire reconnaître que le recours à des regards disciplinaires croisés ne constitue pas un renoncement à l'analyse économique mais plutôt le choix d'une démarche d'économie politique assumée. A cet égard, dépasser la réduction de l'étude des comportements et de l'aide à la santé à une conception monodisciplinaire, telle que nous l'avons évoquée, peut passer par la promotion d'une approche novatrice en santé, celle de l'évaluation d'impact en santé (EIS), encore peu développée en France. Cette approche (Ahmad et *alii*, 2008) vise à rendre compte de l'ensemble des déterminants de la santé en évaluant, pour chaque programme public, ses effets potentiels sur la santé, à travers l'examen de tous les canaux de transmission qui vont des conséquences de ces programmes à l'état de santé des populations. A titre d'exemple, la construction d'un important axe routier dans une zone rurale apporte à la fois un désenclavement propice à un meilleur accès à l'éducation, aux services de santé, etc. ; mais il engendre également des risques liés aux flux de populations (transmission des maladies infectieuses), aux accidents routiers, etc. Or, s'il est admis que tous les travaux et toutes les approches en économie de la santé peuvent potentiellement contribuer, à côté d'autres disciplines (santé publique, sociologie, géographie, etc.) aux EIS, force est de constater qu'elles ne sont pas utilisées dans les pays à faible revenu (seule la Thaïlande, pays dit en développement, reconnaît l'EIS comme l'instrument principal pour des politiques publiques favorables à la santé). Il y a là une piste très sérieuse d'application des méthodes privilégiées en économie politique du développement.

Bibliographie

- Ahmad B, Chappel D, Pless-Mulloli T, White M., 2008, Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes. *Public Health* ; 5(122) : 452-7.
- Anand Sudhir, Ravallion Martin, 1993, « Human development in poor countries : on the role of private incomes and public services », *Journal of Economic Perspectives*, 7, p. 133-150
- Arrow Kenneth, 1963, « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, n°53, p. 941-973
- Banque Mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde : Investir dans la santé*. Washington : Banque Mondiale
- Barker, C., 1996, *The Health Care Policy Process*. London: Sage Publications.
- Barry Mamadou, 2012, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination. Une analyse économique*. Thèse de doctorat en science économique, Université Lille 1.
- Barry Mamadou, Boidin Bruno, Tizio Stéphane, 2011, « La santé dans les pays en développement : défaillances de l'aide, équité et légitimité », *Regions and cohesion*, vol. 1, Issue 2, p. 27-44
- Barry Mamadou, Boidin Bruno, 2012, « La coordination de l'aide : un objectif aux présupposés contestables », *European Journal of development research*, vol. 24, n°5, novembre 2012.
- Batifoulier Philippe, 1992, « Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 10, n°1, p. 5-44
- Bezès Philippe, 2009, *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française*. Paris : Presses Universitaires de France
- Boidin Bruno, Lardé Philippe, 2010, « Santé et trappes de sous-développement humain en Afrique », *Economie appliquée*, tome LXIII, n°2, p. 123-150
- CAD-OCDE, 1993, *Orientations du CAD sur le développement participatif et la saine gestion des affaires publiques*, décembre

- Cartier-Bresson Jean, 2010, « Les mécanismes de construction de l’agenda de la gouvernance », *Mondes en développement*, n°152, 2010, p. 111-127
- Clévenot Mickaël, 2010, « Elsa Lafaye de Micheaux, Eric Mulot et Pepita Ould-Ahmed, *La fabrique institutionnelle et politique des trajectoires de développement*, Presses universitaires de Rennes, 2007. », *Revue de la régulation* [En ligne], 7 | 1er semestre / Spring 2010, mis en ligne le 16 février 2010, consulté le 14 mai 2014. URL : <http://regulation.revues.org/7932>
- Collier Paul, Dollar David, 2001, « Can the world cut poverty in half? How policy reform and effective aid can meet international development goals », *World Development*, vol. 29 n°11, p. 1787-1802.
- Corm Georges, 2010, rééd. 2013, *Le nouveau gouvernement du monde*. Paris : La Découverte
- Defourny J, Failon J, 2011, Les déterminants de l’adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. *Mondes en développement* 39(153):7–26
- Duflo Esther, 2010, *Le développement humain. Lutter contre la pauvreté*. Paris : Seuil
- Dutraive Véronique, 2009, « Economic Development and Institutions », *Revue de la régulation* [En ligne], 6 | 2e semestre / Autumn 2009, mis en ligne le 05 octobre 2009, consulté le 14 mai 2014. URL : <http://regulation.revues.org/7609>
- Esty Daniel, Porter Michael, 2005, National environmental performance: an empirical analysis of policy results and determinants. *Environment and Development Economics*, n°10, p. 391–434
- Gadreau Maryse, Batifoulier Philippe, 2005, *Ethique médicale et politique de santé*. Paris : Economica
- Grossman Michael, 1972, “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, *Journal of Political Economy*, vol. 80, n°. 2, pp. 223-255
- Hours Bernard, 2012, *Développement gouvernance globalisation du XXème au XXème siècle*. Paris : L’Harmattan
- Jany-Catrice Florence, 2012, *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme?* Villeneuve d’Ascq : Presses Universitaires du Septentrion
- Kaufmann Daniel, Kraay Aart, Mastruzzi Massimo, 2004, *Governance Matters III: Governance indicators for 1996-2002*. Washington: The World Bank, 58 p.
- Kaufmann Daniel, Kraay Aart, Mastruzzi Massimo, 2008, *Governance Matters VII: Aggregate and Individual Governance Indicators, 1996-2007*. World Bank Policy Research Working Paper No. 4654
- Labrousse Agnès, 2010, « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d’un outil de preuve et de gouvernement », *Revue de la régulation*, n°7, 1^{er} semestre, <http://regulation.revues.org/7818>
- Lafaye de Micheaux Elsa, Mulot Eric et Ould-Ahmed Pepita, 2007, *La fabrique institutionnelle et politique des trajectoires de développement*, Presses universitaires de Rennes
- Mendo Elvire, 2013, Les micro-unités de santé informelles soins au Cameroun : quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables ? Thèse de doctorat en science économique. Université Lille 1
- Mendo Elvire, Boidin Bruno, Donfouet Hermann, 2014, « Les déterminants du choix des micro-unités de soins informelles à Yaoundé (Cameroun) ». Document de travail en cours d’évaluation
- Mossé Philippe, Brunet-Jailly Joseph, 2005, Eléments pour une économie politique de la santé, in Marc Maurice, Philippe Mossé, Robert Tchobanian (ed.), *Pour une économie politique du travail*. Toulouse : Octares éditions, p. 165-185

- Reich, M., 1995a, The politics of agenda setting in international health: Child health versus adult health in developing countries. *Journal of International Development* 7(3): 489–502.
- Reich, M., 1995b, The politics of health sector reform in developing countries: Three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 32(1–3): 47–77.
- Revue de la régulation, 2009, « Introduction », 6 | 2e semestre / Autumn 2009, mis en ligne le 05 octobre 2009, consulté le 14 mai 2014. URL : <http://regulation.revues.org/7690>
- Revue internationale des sciences sociales, 1998, *La gouvernance*, numéro spécial, n°155
- Rose-Ackerman Susan, 1978, *Corruption : a study in political economy*. New York : Academic Press
- Schneider-Bunner Claude, 1997, *Santé et justice sociale. L'économie de la santé face à l'équité*. Paris : Economica
- Sellier François, 2005, Le développement du besoin de santé, in Marc Maurice, Philippe Mossé, Robert Tchobanian (ed.), *Pour une économie politique du travail*. Toulouse : Octares éditions, p. 49-61 (première édition parue dans : *La dynamique des besoins sociaux*, Paris, Editions ouvrières/Editions de l'Atelier, 1970, chapitre 8)
- Sen Amartya, 1999a, *Development as freedom*. Oxford: Oxford University press
- Sen Amartya, 1999b, « Health in development », *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (8), p. 619-623
- Shiffman, J., 2008, “Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?”, *Health Policy and Planning* 23(2): 95–100
- Shiffman, J., 2009, “A social explanation for the rise and fall of global health issues”, *Bulletin of the World Health Organization* 87(8): 608–613
- Shiffman, J., Beer, T. and Wu, Y., 2002, “The emergence of global disease control priorities”, *Health Policy and Planning* 17(3): 225–234
- Shiffman, J. and Smith, S., 2007, “Generation of political priority for global health initiatives: A framework and case study of maternal mortality”, *Lancet* 370(9595): 1370–1379
- Smouts Marie-Claude, 1998, « Du bon usage de la gouvernance en relations internationales », *Revue internationale des sciences sociales*, n°155, pp. 85-94
- Sow O, 2007, Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : étude de cas sur les expériences du Sénégal. FPS/USAID, 93 p.
- Stillwaggon Eileen, 2006, *AIDS and the ecology of poverty*. Oxford: Oxford University Press, 260 p.
- UNDP, 1995, *Public sector management, governance and sustainable human development*, New York : UNDP
- Whitfield, L. and Fraser, A., 2008, Understanding contemporary aid relationship. In: L. Whitfield (ed.) *The Politics of Aid: African Strategies for Dealing with Donors*. Oxford: Oxford University Press.