

## Commentaires

*Valéry Ridde et Pierre Pluye\**

La lecture des chapitres 11 et 12 rappelle à notre mémoire une phrase de Joseph Ki Zerbo :

Je dirai que l'homme est un animal vertical. Cette verticalité est déjà chez lui la marque du règne et de la priorité de l'encéphale sur tout le reste. Encore faut-il que, vertical, l'homme ne dorme pas debout. Tout ce qui tord et le torture, tout ce qui le courbe ou le fait ramper, tout ce qui le nivelle ou l'enterre, n'a rien à voir avec le développement (Ki Zerbo, 2001).

Ce discours a été prononcé il y a plus d'un quart de siècle par l'un des grands penseurs africains contemporains, lors de la 8<sup>e</sup> Conférence internationale d'éducation à la santé. Joseph Ki Zerbo nous a quittés à la fin de l'année 2006. Citer cette phrase n'est pas seulement lui rendre hommage, c'est aussi une manière de questionner la finalité des processus de coopération au développement dans le domaine de la santé. On doit d'emblée s'interroger sur l'histoire de cette coopération, puisque les auteurs des deux chapitres ici commentés ont senti le besoin d'inscrire leurs points de vue dans un contexte historique.

En Afrique, les accords de coopération et leurs lots de programmes de développement et de «coopérants» ont pris la suite des processus violents de colonisation. Dans le domaine de la santé, les systèmes de services de santé africains sont encore, pour beaucoup d'entre eux, le prolongement historique de la médecine coloniale, de la lutte contre les endémies organisée par les hygiénistes ou autres médecins militaires. On ne peut assurément nier cette filiation ni lui faire porter la totalité du fardeau des dysfonctionnements actuels et de l'ampleur des inégalités sociales de santé. À l'occasion du présent commentaire, nous critiquons l'institutionnalisation en contexte d'«horizontalisation» qui nie le développement selon Ki Zerbo et maintient sa négation, et proposons par la suite une conceptualisation de l'institutionnalisation en

---

\* V. Ridde est chercheur à l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal. P. Pluye est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université McGill.

contexte de «verticalisation» qui seul nous semble dorénavant légitime (jusqu'à preuve du contraire).

### **L'horizontalisation**

Revenir sur l'histoire des systèmes, comme l'ont fait les auteurs des deux chapitres commentés, c'est rappeler en quelque sorte les défis immenses que soulèvent les processus de coopération internationale qui sont ancrés dans ce contexte où – pour reprendre les mots de Ki Zerbo – le développement n'a pas toujours été mis en œuvre pour assurer la verticalité de l'être humain.

Selon Albert et Valentini, le mode de coopération le plus fréquent est celui qui est «construit sur la base de relations interpersonnelles». Or, ces relations ne sont pas toujours propices à la coopération puisque dans de nombreux endroits du monde, le terme de «coopérant» est encore largement péjoratif du fait des réalités passées qu'il suggère. Inutile de cacher qu'il subsiste aujourd'hui des acteurs du développement international, que leur pays ait participé ou non à l'entreprise coloniale, qui agissent, pensent et parlent comme leurs ancêtres colonisateurs. Par exemple, si l'on reconnaît de plus en plus l'importance, dans la formation médicale, d'offrir aux étudiants la possibilité d'effectuer un séjour dans un contexte culturel et social différent, les effets de cette coopération interculturelle pour les populations hôtes ne sont quasiment jamais analysés. Dans une revue de 42 articles fournissant des données d'évaluation des impacts de telles expériences, seulement quatre comportent des résultats concernant les effets sur les populations qui accueillent ces étudiants étrangers (Mutchnick *et al.*, 2003). Cependant, les ressources humaines africaines dans le domaine de la santé intéressent les pays riches. Par exemple, le nombre de médecins formés en Afrique du Sud mais pratiquant au Canada a crû de 60% sur les dix dernières années, atteignant une part de 5% des médecins sud-africains qui travaillent aujourd'hui outre-Atlantique (Labonte *et al.*, 2006).

L'aide publique au développement, au sein de laquelle est située la coopération internationale en santé évoquée, demeure à un niveau très faible. Si la situation semble légèrement s'améliorer ces dernières années, les engagements des pays riches, dont celui du Canada, à allouer 0,7% de leur richesse nationale à l'aide au développement ne sont pas tenus. De surcroît, l'Afrique reçoit autant d'aide des pays riches qu'elle rembourse les intérêts des dettes contractées. Quant à l'Amérique latine, elle rembourse 30 fois plus qu'elle ne reçoit d'aide.

En ce qui concerne les programmes de coopération au développement, nos bibliothèques fourmillent d'ouvrages décrivant les échecs de certains de ces processus. Outre les chercheurs universitaires, les intervenants eux-mêmes, qu'ils soient issus de l'aide humanitaire d'urgence ou de la Banque mondiale, n'ont pas épargné leur peine pour décrire ces échecs (Faure, 1995 ; Stiglitz, 2002). L'anthropologie des projets de santé publique a été mise à contribution pour porter au jour les logiques d'acteurs. Bien souvent, les échecs constatés de l'aide au développement ne sont pas imputables aux seuls acteurs dits « du Nord ». De multiples travaux ont montré en Amérique du Sud et en Afrique que ces processus de coopération résultent parfois des alliances formées par des acteurs du « nord » et du « sud » — leurs « *domestic acolytes* », disent les politologues (Grindle, 2000) — qui font et défont le contenu des politiques publiques et des réformes sanitaires. Lee et Goodman (2002) ont montré la manière dont les réformes du financement des systèmes de santé au sud ont été accaparées par une « classe managériale internationale » qui, en vase clos, a décidé des options à promouvoir, et notamment de la généralisation de la méthode du paiement direct des soins. Ces actions de coopération sont donc souvent déployées par des institutions, définies par des experts et mises en œuvre par des « coopérants » qui agissent de concert avec leurs homologues nationaux. Le concept de transfert de politiques est appliqué en Amérique latine et en Afrique. Ferreira et Fonseca évoquent les « solutions importées », tandis que Albert et Valentini parlent de « vision plutôt uniforme ». Reprenant le vocabulaire sociologique de Raymond Boudon, il est clair que ces acteurs sociaux ont de bonnes raisons (notamment financières) de s'entendre et de faire en sorte que la coopération fonctionne, à tout le moins perdure dans ce contexte d'horizontalité. Comme cela peut être constaté dans les deux chapitres, la société civile et les membres des communautés locales sont rarement présents pour participer à la formulation des politiques publiques.

### Critique de l'institutionnalisation

Les auteurs font état de ces constats d'horizontalisation qui rappellent que la coopération au développement ne se déroule pas toujours comme on le souhaiterait, et ils apportent une réponse à une question essentielle de la coopération : doit-on institutionnaliser ?

En contexte d'horizontalisation, non. En présence d'interventions, de projets et de programmes où le bénéficiaire est plus souvent le « développeur »

que le « développé », institutionnaliser l'horizontalisation perpétue indûment des actions sociales inappropriées, prolongements téléologiques de la colonisation. Point de démagogie dans nos propos, ni même de pessimisme ni d'amertume. On laisse au cinéaste mauritanien Abderrahmane Sissako le privilège de nous montrer dans son film *Bamako* les plaidoyers des tenants de certaines formes de coopération que l'on préfère oublier. D'ailleurs, la finalité de ces formes de coopération, souvent présentées comme charitables (les coopérants sont devenus des « assistants »), est de s'estomper graduellement pour, *in fine*, disparaître une fois les problèmes réglés, anéantissant du même coup toute justification pour institutionnaliser la coopération.

En contexte de verticalisation, en revanche, il semble que l'institutionnalisation soit souhaitable. Quand « développeur » et « développé » sont équitablement (et non également) bénéficiaires, l'institutionnalisation constitue une option à penser dès les prémices des interventions, projets et programmes. Nous suggérons que le bien-fondé de l'institutionnalisation de la coopération repose sur la verticalisation du développement selon Ki Zerbo. La « coopération internationale dans le domaine de la santé », pour reprendre le titre du chapitre de Albert et Valentini, vise en particulier une plus grande solidarité internationale. Il s'agit bien de solidarité et de justice sociale et non pas d'œuvre de charité. Pour revenir aux idées de feu Ki Zerbo, il est temps de penser la coopération selon une approche qui permette son institutionnalisation par l'intermédiaire de l'émergence et de la pérennité d'un développement endogène qui implique le renouvellement des programmes de coopération. Ce développement ne constitue pas une réplique du développement passé des pays riches. D'ailleurs, les ressources naturelles ne permettraient pas une réplique de ce dernier à l'échelle mondiale. La verticalisation étend les libertés dont jouissent les individus, ce qui doit rester l'objectif du développement, selon Sen (2000). Il existe assurément des histoires de coopération en contexte de verticalisation, dont certaines ont été relatées par les auteurs des chapitres précédents. La verticalisation est l'image illustrant un processus approprié de développement, elle ne réfère pas à une relation « nord-sud » où le nord serait supérieur. D'ailleurs, si cette coopération nord-sud a été largement étudiée, il serait aujourd'hui temps d'analyser en profondeur les modes émergents de coopération, tel que le Brésil, la Chine ou Taiwan sont en train de les mettre en œuvre – et Cuba depuis plus longtemps – avec certains pays africains. Ces pays agissent-ils pour la verticalisation ou l'horizontalisation ?

Les auteurs des deux articles définissent principalement l'institutionnalisation selon deux notions: les « conditions pérennisantes » et les « formes pérennes ». Nos travaux théoriques et empiriques peuvent aider à clarifier ces notions (Pluye, Potvin et Denis, 2004; Ridde, Pluye et Queuille, 2006). Alors que la mise en œuvre d'un programme consiste en la mobilisation de ressources pour organiser les activités afin d'atteindre des objectifs, la pérennisation concerne le processus de continuation des activités et des effets relatifs aux programmes. Quant à la pérennité, c'est un état ponctuel du processus de pérennisation qui peut être évalué en fonction de plusieurs degrés de pérennité. Nous suggérons avec d'autres que les actions favorables à la pérennité doivent démarrer dès la mise en œuvre du programme, et non à la fin de celui-ci (Sridharan *et al.*, 2007). Selon nous, cinq degrés de pérennité peuvent être définis, en fonction des caractéristiques des routines organisationnelles et des standards institutionnels – « *state-level institutions* » selon les néo-institutionnalistes (Powell et DiMaggio, 1991). Les premières caractéristiques sont concernées par les degrés 1 à 4 de routinisation au sein d'une organisation (un centre de santé par exemple) et le degré 5 concerne l'État (les politiques publiques par exemple). Selon nous, l'institutionnalisation est un processus de pérennisation dépendant de la routinisation (pas d'institutionnalisation sans routinisation) et d'ordre supérieur par rapport à elle. On ne pourra donc évoquer l'institutionnalisation de la coopération qu'à partir du moment où la coopération entre acteurs sera précisément enchâssée à la fois dans des organisations et dans des politiques publiques. Si cette coopération demeure au sein de processus organisationnels, nous suggérons de qualifier cette forme comme étant à un degré moindre de pérennité (routinisation simple).

Une coopération institutionnalisée correspond au degré ultime de la pérennité, issu d'un processus dont les actions favorables à la pérennité ont été réalisées dès le début des interventions, du projet ou du programme. Il serait assurément intéressant d'analyser les nouvelles modalités de coopération internationale à l'aune de cette clarification théorique, notamment entre certains pays d'Amérique du Sud.

## Références

- Faure, A., *Blessures d'humanitaires*, Paris, Balland, 1995.
- Green, L. W., « Is institutionalization the proper goal of grantmaking? », *American Journal of Health Promotion*, vol. 3, n° 44, 1989.

- Grindle, M., *Designing reforms: Problems, solutions and politics*, Référence RWPo1-020, Cambridge, Faculty Research Working Papers Series, John F. Kennedy School of Government, Harvard University, 2000.
- Ki Zerbo, J., « L'homme au cœur du développement. 1973, Paris Conference », dans Modolo M.-A. et J. Mamon (dir.), *A long way to health promotion through IUHPE Conferences 1951-2001*, p. 82-93, Perugia, University of Perugia, IUHPE, 2001.
- Labonte, R., C. Packer et N. Klassen, « Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options », *Human Resources for Health*, vol. 14, p. 4-22, 2006.
- Lee, K. et H. Goodman, « Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s », dans Lee, K., K. Buse et S. Fustukian (Eds.), *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge University Press, p. 97-199, 2002.
- Mutchnick, I. S., C. A. Moyer et D. T. Stern, « Expanding the boundaries of medical education: evidence for cross-cultural exchanges », *Academic Medicine*, vol. 78, supplément n° 10, p. S1-S5, 2003.
- Pluye, P., L. Potvin et J. L. Denis, « Making public health programs last: conceptualizing sustainability », *Evaluation and Program Planning*, vol. 27 n° 2, p. 121-133, 2004.
- Powell, W. W. et P. J. DiMaggio, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, 1991.
- Ridde, V., P. Pluye et L. Queuille, « Évaluer la pérennité des programmes de santé publique: un outil et son application en Haïti », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 54, n° 5, p. 421-431, 2006.
- Sen, A., *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Paris: Odile Jacob, 2000.
- Sridharan, S. et al., « Analysis of strategic plans to assess planning for sustainability of comprehensive community initiatives », *Evaluation and Program Planning*, vol. 30, n° 1, p. 105-113.
- Stiglitz, J., *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 2002.