

## ATELIER-DÉBAT #2

« *L'impact des grandes politiques de développement sur le long terme : comment les mesurer ? Quelles leçons en tirer ?* »

**Mardi 13 mai 2014**

Horaire : 14h - 18h

Lieu : Aix Marseille Université,  
Faculté de Médecine de La Timone

L'objectif de cet atelier-débat est de « **visualiser** » l'impact sur plusieurs décennies des **grandes politiques de coopération au développement**. **Comment mesurer ces impacts dans toutes leurs implications ? Et qui a intérêt à cette évaluation ?** Différents « secteurs » de la solidarité internationale doivent être envisagés.

- Ainsi, nous proposons de porter notre attention sur les *soins de santé primaires* : quels résultats 35 ans après ?
- Que reste-t-il des importants investissements consentis en matière de développement local ?

Ce type de questionnement, à condition d'être conduit de façon approfondie et suivant une approche rigoureusement participative, peut aboutir à des résultats très intéressants et tout à fait décapants.

### Intervenants :

- Yannick Jaffré (CNRS, EHESS) : « *Une approche critique et systémique des politiques internationales d'aide dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne* »
- Alain Leplaideur (Prospective et Coopération, ex IRD-CIRAD-MAE) : « *La définition d'une méthodologie pratique de mesure des effets et impacts de projets de développement agricoles en Afrique de l'Ouest : présentation d'une expérience en cours* »

### Modérateur :

- Marc Lescaudron (Prospective et Coopération)

## Première Présentation

---

Yannick Jaffré (CNRS, EHESS) :

« Une approche critique et systémique des politiques internationales d'aide dans le secteur de la santé en Afrique sub-saharienne »

- **Programmes Santé Reproductive en Afrique de l'Ouest** : décalage entre moyens (G8 7 milliards en 2010, Muskoka/France 0,5 milliard) et résultats (360M femmes décèdent chaque année autour de l'accouchement, notamment en région Sub-saharienne, 240 M en Afrique Noire ; morts évitables), pourquoi ? Causes cliniques (hémorragies, infections, dystocies, éclampsies, fistules), fécondité élevée (augmente les risques), offre de soins déficiente = n'expliquent pas le **décalage moyens/résultats**
- **Raisons de l'échec des PSR**
  - 1) Sur les pratiques de fécondité, 3 dimensions nécessaires pour obtenir une réduction des taux : **Vouloir** (valeur + enfant, solidarité sociale), **pouvoir, savoir**
    - \***Vouloir** : structures, normatives qui valorisent la fécondité, il y a toujours le souhait qu'il y ait une fécondité liée au mariage (baptême). Projection à court terme .Il faut avoir des enfants qui travailleront pour nous.
    - \***Pouvoir** : dissymétrie de genre : hommes qui ont le pouvoir de ne pas s'inquiéter de ce qu'ils ont fait = irresponsables, inégalité d'accès et d'usage social de la contraception (contrôle des relations sexuelles féminines). Discontinuité dans les champs de réflexions.
    - \***Savoir** : malgré programmes contre le SIDA, verticaux, peu d'enseignements pour que les femmes connaissent leur corps => Décalage entre discours planning familial et société
  - 2) **Questions de l'accès aux soins et services** : On valorise le maintien de soi et de ne pas céder au désir. La contraception représente la reconnaissance de la séparation entre sexualité et contraception, elle donne le droit de céder au plaisir. L'avortement représente quant à lui, le rachat douloureux et illicite d'une faute. Cette deuxième considération est privilégiée. Il existe donc une **dichotomie entre les programmes de santé qui appuie la contraception et les représentations culturelles locales**.
  - 3) **Qualité des soins** : Violences envers les praticiens, services qui fonctionnent sur des **systèmes réticulaires** (J'ai une douleur, je dois rencontrer quelqu'un que je connais et par reconnaissance je vais être soigné => éthique de la relation interpersonnelle, système expert différent des systèmes réticulaires). Pauvreté = risque accru

**Anthropologie des interfaces** = permet de comprendre ces raisons de l'échec :

Les programmes de développement ne tiennent pas compte de l'histoire comme matrice interprétative. Il y a dans ces programmes

- un **oubli** de la responsabilité dans le **temps** (cf. changements de discours : ce sont les mêmes personnes qui ont vanté la gratuité des soins de santé, puis le recouvrement des coûts et maintenant l'égalité dans l'accès aux soins)
- un **oubli** continu des **logiques sociales** des acteurs (intérêts individuels).
- un **oubli** des **dimensions englobante**, (les normes de conduites religieuses, code de la famille, etc.)
- et des **logiques d'interventions contradictoires** (on a dans un seul pays une multitude d'intervenants, d'interventions différentes)

Programmes conçus pour une population et non pour des individus. Perspective historique :

-Europe : héritage d'un soin individualisé compassionnel et technique

-Afrique : héritage colonial d'un soin collectif de lutte contre les épidémies pour l'ensemble de la population et d'un apport technique extérieur ; éthique disjointe entre le médical et le relationnel

#### **PISTES DE REFLEXION ET DE RECOMMANDATIONS :**

1) **Passer du top down au bottom up** (en sciences en général, en épidémiologie et en économie en particulier) = nécessité d'évaluer avec d'autres champs scientifiques (anthropologie en particulier) sur variables discontinues non identifiables a priori. Méthodologies croisées ;

2) depuis 1985, régression des **projets de développement en santé de plus en plus mécanistes et technocratiques** : quel rôle des sociétés pharmaceutiques dans la mécanisation des savoirs et des pratiques ?

3) Comment sortir du travers des évaluations dont la finalité est de prouver que le programme marche ? Comment assurer une éducation permanente à long terme sur une culture de l'évaluation comme outil d'amélioration des pratiques ? Comment contourner les enjeux de pouvoirs et les risques de jugements de valeur ? Comment proposer autre chose aux bailleurs internationaux qu'une évaluation à très court terme sans réelle mesure d'impact ? Tension entre moyens disponibles immédiatement et nécessité du temps long pour mesurer le changement. On construit un **monde fictionnel et tautologique** rentrant dans des grilles pour construire la fiction d'un développement dont l'évaluation fait partie. Le paradigme est faussé. Cf : Balandier Sociologie des mutations sociales (par opposition à une stratégie de développement). Le paradigme du développement est à déconstruire dans sa totalité. Face à cette impossibilité, on agit dans les interstices.

4) Les institutions de développement sont-elles acquises aux **approches anthropologiques et sociologiques** ? Ces approches profitent-elles d'un investissement nécessaire ? Les socio-anthropologues ont un passif de discours non pertinents, erronés : il faut distinguer le bon grain de l'ivraie Cf. Toby Nathan.

5) Il faut **construire de la réflexivité dans les structures** tout en restant scientifique (anthropologie des interfaces). Parallèle existant avec le secteur social en France et la « routine des fonctionnements ». La réflexivité se construit progressivement et les comportements maltraitants baissent. Il faut construire des disciplines intermédiaires (anthropologie, santé publique). L'évaluation doit être continue et pas exceptionnelle. La question de la réflexivité ne pose-t-elle pas celle de la nécessité du tiers ? La réflexivité se fait par routine mais doit conserver des procédures scientifiques. CF : Anthony Giddens

6) **qualitatif/quantitatif** : L'anthropologie s'attachant à une méthodologie de mesure qualitative aussi solide scientifiquement mais pas aussi statistiquement mesurable que les

mesures quantitatives, quel pourrait être l'intérêt du quantitatif pour le qualitatif ? cf. JPO de Sardan : le qualitatif se suffit-il à lui-même ? La qualitatif est source de rigueur mais les indicateurs quantitatifs sont nécessaires. Jean-Claude Passeran: le qualitatif et le quantitatif interviennent à des moments différents de l'enquête, ne sont pas antagonistes.

7) **Comment passer d'un savoir scientifique à des méthodes applicables ?** Comment passer à une science qui propose une méthodologie d'interfaces ? Comment construire des disciplines mixtes ? Que rôle pour Prospective et Coopération dans ces processus ? Monter une **université d'été** « élitiste » réunissant des spécialistes inter-disciplinaires ayant au minimum 10 000 pages d'ouvrages de références lues pour s'interroger sur ces questionnements. Cf initiative AIDES, université des jeunes chercheurs multidisciplinaires sur le SIDA, Cf cursus Sciences/ sociales, université Pierre et Marie Curie/ IEP depuis 2005 Cf MSF Belgique, formation à la recherche : Comment construire un langage commun ? Cf Institut Carnot, Cf recherche « Translationnelle »= appliquée. Nécessité d'une approche multi-disciplinaire et multi-acteurs

## Deuxième Présentation

---

[Alain LEPLAIDEUR \(Prospective et Coopération, ex IRD-CIRAD-MAE\) :](#)

[« La définition d'une méthodologie pratique de mesure des effets et impacts sociaux de projets de développement agricoles en Afrique de l'Ouest : présentation d'une expérience en cours »](#)

- Intégrer les logiques sociales dans les réflexions des acteurs des programmes de développement. Dans le cadre de ses missions, **Prospective et Coopération a réalisé cette étude sur la définition d'une méthodologie de mesure des impacts des programmes du CIDR au Mali-Burkina Faso-Togo-Bénin d'appui aux ESOP (Entreprise de service d'Organisation des Producteurs)** sur financement de l'AFD et du F3E. Elle fût réalisée en partenariat avec les universités des 4 pays, des ONG locales, AMP2A au Burkina, ICD au Mali et ETD au Togo et Bénin, SupAgro, le CIRAD et les ONG Planète d'Entrepreneurs et Jumping Tree en France.
- **Méthodes SROI** : Cette méthode a été choisie car elle permet un reporting qualitatif des impacts sociaux mais également la possibilité d'en faire une évaluation monétaire. La démarche consiste à établir une cartographie des incidences et des impacts que les bénéficiaires attendent du projet puis de mesurer les changements positifs et négatifs qu'ils ont vécus en s'associant à ce projet. La constitution d'un groupe témoin qui n'a pas reçu les appuis du projet (le contre factuel) permet d'attribuer, chez les bénéficiaires du projet, les changements au projet ou à d'autres facteurs de l'environnement socio-économique.
- **Point négatif** : Cette méthode est conçue pour devenir un outil de gestion et d'innovation permanente dans l'ONG qui l'applique : améliorer son service auprès des bénéficiaires. Une déviance trop fréquente est de ne l'utiliser que pour un

*reporting* d'impact orienté uniquement vers les bailleurs (enjeux de renouvellement des financements).

- **Points positifs** : Bien intégrée, cette méthode vient compléter admirablement la panoplie de gestion des ONG : une bonne gestion économique, qui permet la survie de l'ONG ET UNE BONNE GESTION DE SES MISSIONS ET DE SES OBJECTIFS SOCIAUX; étude multi-acteurs (chercheurs/praticiens/ bénéficiaires) et conception participative des inflexions. Ainsi elle peut devenir un outil que Prospective et Coopération promeut dans le cadre de sa mission d'appui auprès des ONG du Sud.

#### **PISTES DE REFLEXIONS ET DE RECOMMANDATIONS :**

1) Pour Prospective, **construire une méthodologie innovante associant la recherche et une expertise opérationnelle** : Importance d'approfondir, d'améliorer les systèmes de reporting des ONG, d'intégrer les méthodologies aux cursus universitaires de formation, de créer dans les programmes de développement des comités scientifiques qui accompagnent le processus de reporting et l'améliore dans la durée. Associer également des membres d'organisation tels "Jumping Tree" qui connaissent bien ces méthodes : évaluation des reporting. Besoin d'innovation dans les méthodologies de reporting. Comment proposer une méthodologie qui associe les ONG et la recherche pour être une force de conviction pratique face aux commanditaires tout en restant éthique et pertinent ? Création de binôme sur un problème avec création de 2 bilans : bilan de recherche et bilan du projet. Importance du travail de capitalisation de Prospective et Coopération pour démontrer ces plus-values. Création de guides des ONG nationales et internationales pratiquant le reporting éthique.

2) Quelle acceptabilité des **mesures d'impact négatif** ? Créer des espaces de dialogue avec les commanditaires sur la méthodologie pour éviter une instrumentalisation des résultats, des partenariats. Que faire de **l'effet de dévoilement** par les mesures d'impact des dynamiques à l'œuvre dans un milieu social ? Reporting pour améliorer sa pratique/ reporting pour soi. On ne résout pas les contradictions intrinsèques à chaque programme et les contraintes externes.

3) Comment **limiter les risques d'effets induits négatifs du reporting** (chronophage, perte de sens, hyperprocéduralité, facteurs de tensions et de démobilisation etc.) ? Cartographie des incidences des mesures d'impact, Métaévaluation : considérer l'évaluation comme une activité en soi d'un programme qui permet de motiver les équipes et de construire les relations partenariales sur le sens du travail commun, éthique de l'évaluation aux niveaux local et global. Evaluation sur la durée, pas seulement à la fin d'un projet, et sans enjeux externes (idéal).

**Tableau synthétique :**

<b>Différences majeures entre univers scientifique et univers opérationnels</b>	
<b>Monde Scientifique</b>	<b>Consultance</b>
Neutralité axiologique Déconstruction des concepts, volonté d'explorer les concepts Analyse de la contradiction des langages officiels/ officieux-familiers Déconstruction du monde fictionnel du développement Attachement à l'analyse de l'histoire Reconnaissance des acteurs	Agit pour un projet Utilisation de termes sans interrogation Evaluation et participation au monde fictionnel Non prise en compte des projets précédents, de l'histoire, de la politique Considération monolithique des acteurs
<b>Ethique commune :</b> ne pas oublier les dynamiques sociales à l'œuvre	