

Comité des donateurs
de Médecins du Monde

Santé et micro-crédit

Rapport de visite de mission

Effectuée au Népal
District de Sindupalchok

Avril 2009

Texte et photos d'Amande Bazerolle
et
Olivier Péray



SOMMAIRE

Le Népal

- Un pays en transition
- Contexte sanitaire

La Mission MDM

Les buts et objectifs du programme :

- Améliorer les structures de soin.
- Faciliter et populariser l'accès aux soins :

Les partenaires du réseau

La Microfinance

- Quel est le principe des groupes de microfinance ?
- La pratique des réseaux de microfinance :

Notre visite

- Examen du budget et des comptes.
- La logique comptable du budget.
- La qualité des personnels engagés.

Nos réflexions

Les points très positifs de la mission.

Les questions en suspens.

- La tenue des postes de soins.
- La visibilité de MDM.
- L'évaluation et le monitoring
- La pérennité de la mission.
- Les questions de la micro-finance
 - Contrôle financier
 - Les minorités ethniques

CONCLUSION

Annexe 1 : Deux missions d'évaluation consécutives à notre visite

Annexe 2 : Cartes

Santé et micro-crédit

La mission Népal est une mission singulière au sein de Médecins du Monde : elle est la seule à associer un programme de santé materno-infantile au développement d'un réseau de micro-crédit.

Le Népal se distingue par un des taux de mortalité materno-infantile très élevé.

Partant du constat que, dans cette société très patriarcale où le travail féminin est intense, il est délicat de demander aux femmes du temps pour évoquer les questions de santé et de reproduction, l'idée a germé de *glisser* les messages de santé dans des réunions liées au micro-crédit, réunions que l'on sait tolérées, voire souhaitées par l'ensemble de la population.

Outre les campagnes de santé et de sensibilisation à tout ce qui concerne la protection materno-infantile, il s'agit ici d'inciter les femmes enceintes à se faire suivre médicalement (chez elles ou dans des centres médicaux) et de prévenir les risques dramatiques que présente un accouchement sans assistance.

En parallèle, la démarche vise aussi à assurer une pré-

sence quotidienne et de qualité dans les centres de soins puis à améliorer les conditions sanitaires liées aux accouchements.

C'est du 19 au 26 avril 2009 que nous sommes rendus au Népal.

- ✓ L'argent des donateurs y est-il dépensé avec la rigueur nécessaire ?
- ✓ Le programme est-il en voie d'atteindre ses objectifs ?
- ✓ Quels développements peut-on en attendre ?
- ✓ Comment s'inscrit l'adhésion au système du micro-crédit dans le respect des cultures locales ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons visité plus des deux tiers des lieux d'intervention en montagne pour y rencontrer des groupes de femmes qui, au fil des ans, partent, accompagnées par MDM, à la conquête de leur survie et de leur autonomie sociale.



Le Népal

Un pays en transition

La monarchie népalaise, vieille de 240 ans, a été définitivement abolie en 2008, après 10 ans de guerre civile, près de 13.000 morts et des dizaines de milliers de déplacés (*Le Monde*, 4/05/2009).

Cette toute nouvelle République démocratique fédérale de 27 millions d'habitants, où les Etats restent encore à définir et où le parti marxiste-léniniste (dit Maoïste) détient plus du tiers des sièges à l'assemblée, est surtout un pays en crise. Il est coincé entre les deux géants asiatiques, la Chine et l'Inde, dont l'influence, tantôt du nord tantôt du sud, attise l'instabilité politique.

Contexte sanitaire

Les soins fondamentaux sont garantis par la constitution. En théorie...

Car leur qualité et leur accès sont des plus médiocres. Dans ce pays de montagnes, l'infrastructure routière est minimale, déplorable, et soumise à rude épreuve lors de la saison des pluies. Ici, les distances ne se calculent pas en kilomètres, mais en temps de parcours et il n'est pas rare de trouver des populations qui vivent à deux jours

de marche du premier poste de soins. Le secteur de santé privée s'est développé, mais seulement dans les grandes zones urbaines.

La Mission MDM

MdM est présent au Népal depuis plus de 10 ans, en charge de plusieurs programmes qui se sont succédés. Il y eut d'abord un programme de développement communautaire, puis un programme de lutte contre le HIV et la tuberculose dans l'ouest du Pays, interrompu en 2005 par la guerre civile.

C'est désormais dans le district de Sindhupalchok que MDM s'est investi depuis 2007 avec pour objectif :

Diminuer la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès aux soins.

Quelques chiffres en relation avec l'action de MDM au Népal :

- ✓ **Vie rurale** : 90% de la population vit dans les campagnes
- ✓ **Richesse** : 82% de la population vit avec moins de 2US\$ par jour.
- ✓ **Espérance de vie** : 64 ans pour les hommes... ET les femmes ! (*Maternal and newborn health, Unicef 2007*)
- ✓ **Fertilité** : 3,1 enfants par femme en âge de procréer (4,6 il y a dix ans). Mais les disparités géographiques sont notables. (*Health System in Nepal, nov. 2007, OMS*)
- ✓ **Contraception** : 50% des femmes y ont recours (la ligature des trompes ou la vasectomie sont des pratiques répandues)
- ✓ **Mortalité des nouveaux nés** : : 43‰ (soit 55% des décès avant 5 ans). (*Unicef, 2007*)
- ✓ **Mortalité maternelle** : 281 femmes sur 100 000 (a diminué de 50% au cours des dernières années) (*France : 17*)
- ✓ **Accouchements** : 19% pratiqués par des personnes qualifiées (*OMS 2006*). Le taux chute à 8% dans le district de Sindhupalchok (stat MdM : Forum Népal 5 juin 2008)
- ✓ **Suivi médical** des grossesses : inférieur à 50%. (*OMS 2003-2004*)

Infrastructure médicale publique :

- 84 hôpitaux, soit 5.000 lits
- 187 Primary Health Care Center (PHCC), dispensaires de campagne
- 698 Health Post (HP), postes de soins de deux ou trois petites pièces
- 3.129 Sub Health Post (SHP)
- 1.000 médecins et 4.000 personnels de santé (dont seulement 20% sont des infirmières qualifiées, réparties en province). (*Health system in Nepal, nov. 2007, OMS*)



Salle commune à l'hôpital de Chautara

Le choix de Sindhupalchok est motivé par :

- ✓ Sa proximité avec Katmandou et ses infrastructures.
- ✓ L'absence de toute ONG médicale sur le terrain
- ✓ Des besoins pressants en terme de soins.
- ✓ Les groupes et castes les plus pauvres qui forment 33,4% de la population.

Le programme concerne aujourd'hui 12 des 79 cantons (ou « VDC », Village Development Community) que comporte le district.

Canton	Structure	Personnel	Visite du comité
Chautara	Hopital	-	V
Barabhise	SHP	-	V
Melanchi	PHCC	Infirmière	V
Bhimtar	HP		V
Thulopakhar	HP	Infirmière	
Pangretar	SHP		
Jalbire	PHCC	Infirmière	V
Fulpingkot	SHP		
Sipa Pokhari	SHP	Auxiliaire	V
Badegaun	SHP		V
Shikkarpur	SHP		V
Tatopani	HP	Auxiliaire	V

MdM y assure une présence par ses quatre infirmières (qui n'étaient que trois lors de notre visite) et qui répartissent leur temps entre les différents centres de soins. Aujourd'hui, le nombre de cantons visés par l'action de MdM n'est cependant pas suffisant pour faire de MdM un partenaire « officiel » du ministère de la santé associé aux décisions majeures en politique de santé.

Les buts et objectifs du programme :

Encadré par un document gouvernemental qui sert de guide à l'évaluation obligatoire du ministère de la Santé népalais, il comprend deux grands volets :

➤ *Améliorer les structures de soin.*

Il s'agit de renforcer et de développer un réseau de santé durable en assurant une activité quotidienne, 24 h sur 24, dans les différents centres de soins. Pour ce faire :

- ✓ MdM a financé la formation de 10 infirmières gouvernementales spécialisées en obstétrique (Skilled Birth At-

tendant) ainsi que 4 infirmières employées par MdM.

- ✓ MdM équipe les centres de soins : table d'accouchement, stérilisateur, pèse-bébé, brancards (afin de déplacer les femmes sur les sentiers en cas d'urgence), kits d'accouchement à domicile et autres matériels médicaux de base.

- ✓ MdM a mis en place un recyclage des déchets organiques avec un programme d'incinérateur à placenta dans quelques centres de santé. Même si on ne peut pas dire qu'il soit à ce jour présent partout, le processus est en cours.

➤ *Faciliter et populariser l'accès aux soins :*

Avant même d'assurer des services de santé pérennes, encore faut-il y faire venir les populations les plus défavorisées et les plus reculées, toutes celles qui n'ont pas pour habitude de consulter.

Or les femmes népalaises travaillent beaucoup (essentiellement dans l'agriculture) et la société, très patriarcale, les dissuade de consacrer du temps à des réunions d'information ou de prévention qu'elle considère comme non-productives.

C'est là qu'intervient le développement des réseaux de microfinance.

Les partenaires du réseau :

MdM collabore avec deux partenaires :

- ✓ une société privée à but non lucratif de Microfinance (le **CMF**) dont l'action vise à assurer et à superviser la formation des auxiliaires puis le suivi des opérations de microfinance.

- ✓ une ONG locale, le **CDECF** (Community Development & Environment Conservation Forum) dont l'action consiste à recruter des auxiliaires sociaux (Community Facilitators, ou CF) au sein des cantons. Les CF suivent d'abord une formation d'un mois en microfinance et santé maternelle. Puis ils partent collecter des informations sur leur terrain afin d'identifier les populations cibles et d'établir une carte des besoins (Social mapping). Ils auront ensuite pour mission d'animer les sessions d'information en santé maternelle et microcrédit.



Réunion de Centre : la prévention

La micro-finance

Le principe des groupes de microfinance

➤ On constitue d'abord un **Groupe** de 5 femmes d'une même commune, auquel MdM confie un capital de 3.000 roupies (30€).

Aujourd'hui le programme compte 864 Groupes.

Au capital de départ, s'ajoutent des cotisations mensuelles minimum de 5 roupies, génératrices d'intérêts. Parallèlement, chaque femme, à tour de rôle, est autorisée à contracter un crédit. C'est au sein de chaque groupe qu'est décidé, démocratiquement, la durée du crédit, le taux d'intérêt et la cotisation mensuelle. Les 3.000 roupies servent donc de fonds de roulement, permettent d'accélérer le processus d'épargne et d'emprunt, en gagnant quelques années...

N.B. : Au sein d'un groupe, les femmes sont solidaires vis à vis des dettes ou des accidents de parcours : si l'une des cinq femmes ne peut épargner ou rembourser, c'est le groupe qui doit solidairement s'en acquitter.

➤ Dans un deuxième temps (après quelques mois et la vérification du bon fonctionnement du groupe) ces groupes s'amalgament en « **Centres** » (4 à 5 groupes par Centre). Ce qui permet de regrouper les capitaux et d'accorder des prêts plus importants et pour une plus longue échéance.

Il y a près de 18 Centres par canton.

➤ Enfin, la **Coopérative** est le stade ultime (à atteindre d'ici juillet 2009). Elle regroupe les Centres afin de former une et une seule Coopérative par canton.



La réunion de Centre à Tatopani

La pratique des réseaux de microfinance :

1/ Les Centres se réunissent tous les mois et sont l'occasion d'éducation à la santé et à la microfinance assurée par les auxiliaires.

La séance débute par un récapitulatif des enseignements de la précédente réunion. Puis s'enchaînent les enseignements sanitaires. Les femmes participent et échangent sur les sujets concrets comme les MST, la contraception... Bien que seules les femmes mariées soient autorisées à rejoindre les groupes, des femmes plus jeunes, ainsi que des hommes et des adolescents assistent en spectateurs aux réunions mensuelles.

Puis vient la partie consacrée à la MF, où sont récoltés l'épargne, le remboursement des emprunts en cours et distribués les intérêts qui ne sont pas réinvestis.



Les messages sont chantés

Des discussions animées décident alors de qui va bénéficier d'un nouvel emprunt. Les prêts sont essentiellement affectés à des activités agricoles (achats de graines, d'animaux de fermes), mais peuvent aussi être destinés à des soins médicaux payants.

2/ Outre ces réunions mensuelles, environ 1 fois par an est organisée une grande campagne de santé au niveau du canton (VDC). A l'occasion d'une kermesse organisée par le CDECF, on fait passer des messages de santé sous forme de compétitions de chants et de danses entre quelques groupes sélectionnés. C'est l'occasion de toucher des populations extérieures aux groupes de microfinance.

Ces campagnes sont aussi l'occasion pour les femmes enceintes de passer sur place une visite médicale.

3/ Simultanément, un **fond d'urgence obstétrical** (OEF) de 10.000 roupies est mis à disposition par MDM à l'échelle de la Coopérative. Parfois le canton rajoute une somme équivalente de 10.000 roupies. Ce fond permet en cas d'urgence obstétricale de disposer d'une réserve d'argent (transfert en ambulance, etc.). Ce fonds doit être restitué intégralement dans les 7 jours. Il n'est alors pas frappé d'intérêt. Au delà des 7 jours, le prêt se transforme en emprunt normal.

Notre visite

Elle s'est étalée sur 8 jours.

A raison d'une douzaine d'heures par jour et de plus de 40 heures de transport sur les routes et les pistes défoncées dans les collines, nous avons pu :

- ✓ Visiter huit lieux d'intervention sur douze et y rencontrer le personnel local.
- ✓ Rencontrer le staff local MDM dans la base de Katmandu et échanger à deux reprises avec eux.
- ✓ Suivre une des campagnes de santé organisées annuellement dans chaque canton (300 personnes).
- ✓ Assister à deux réunions de Centres de 20 femmes environ.
- ✓ Rencontrer les responsables du CMF et du CDECF.
- ✓ Rencontrer les responsables locaux de la santé et de



La base MDM à Katmandu

l'hôpital.

- ✓ Visiter une Coopérative suivie par CMF (mais hors de ses engagements avec MDM).
- ✓ Et enfin, profiter des longs voyages en voiture pour harceler de questions nos hôtes patients et compréhensifs...

Examen du budget et des comptes.

Le personnel concerné par le budget comprend :

- 16 personnes pour MDM dont 4 infirmières
- 2 personnels CMF
- 17 personnels CDECF (dont 11 auxiliaires ou CF et un temps partiel)

Le budget, de **190.000** euros en 2008, a été réévalué en prévisionnel à 237.000 euros en 2009, afin de tenir compte à la fois de l'inflation (environ 15%) et de l'augmentation des salaires au Népal (environ 25%).

Le budget 2008 s'est révélé excédentaire d'environ 18%. C'est un budget analogue à bien d'autres au sein de MDM.

Il est, en apparence, lourd en salaires parce qu'il se consacre surtout à de la formation et non pas à une médecine de substitution.

MDM s'illustre bien ici par sa volonté de s'inscrire dans le long terme et de permettre à l'action de se poursuivre après son départ,.

Sur un plan concret, nous avons pu avoir accès très facilement à l'ensemble des données comptables et nous n'avons noté aucun excès ni anomalies flagrants.

La location de ces solides 4x4 (qui défraie souvent la chronique) nous a paru tout à fait nécessaire vus l'état dramatique des routes et des pistes que nous avons fréquentées...

La logique comptable du budget.

Elle repose sur celle de la structure du programme : MDM s'appuie sur ses deux partenaires locaux pérennes que sont CDECF et CMF. Il leur confie une part de son budget et en vérifie scrupuleusement l'utilisation par le biais des factures et des contrats. Le responsable local de CMF, salarié entièrement par MDM, se charge de vérifier le bon usage (éthique et financier) des fonds affectés au micro-crédit.

MDM, via son partenaire CDECF, paie le coordinateur, les superviseurs et les 11 auxiliaires sociaux (CF) méticuleusement recrutés, formés et affectés au sein des communautés.

La qualité des personnels engagés.

La gestion de la campagne de santé est assurée conjointement par CDECF et MDM.

Les postes de santé sont gérés conjointement par MDM



et les autorités de santé locales.

Autant que nous ayons pu en juger au sein des 8 structures de soin* et des deux communautés visitées**, les personnels salariés par MDM nous ont toujours paru efficaces, énergiques, généreux, souvent charismatiques et extrêmement dévoués au projet. Nous n'avions pas la compétence, bien sûr, pour évaluer leur compétence médicale et telle n'était pas notre mission.

* : Melamchi, Bhimtar, Badegaun, Shipapokare, Jalbire, Tatopani, Shikarpur et Chautara

** : Shubaggaun (Jalbire) et Danaung (Tatopani).

Nos réflexions

Les points très positifs de la mission.

Nous avons été particulièrement frappés par l'**efficacité pédagogique** dégagée par la synergie entre la campagne de santé et celle du micro-crédit. Du recrutement des animateurs sociaux à l'animation des réunions, tout concourt à une **participation réelle et enthousiaste des communautés de femmes, à la libération de leur parole** (parfois sur des sujets sensibles) et à la conquête de leur indépendance, gage à la fois d'un accès aux soins facilité mais aussi, sans doute, d'autres promesses...



A ce niveau, chacun des personnels, tant de MDM que de ses partenaires sur le terrain, trouve sa place et l'exploite au mieux de son énergie. Même si on ne comprend pas tout, hélas, de ce qui se dit dans les réunions de femmes, on en sort transportés et désireux de contribuer à généraliser l'expérience, tant **elle paraît exemplaire**. On pourrait légitimement multiplier les éloges si l'on ne craignait pas d'être vite taxés d'angélisme, de complaisance ou d'aveuglement.

Car il reste à vérifier finement que ces campagnes correspondent bien à ce que souhaite véhiculer l'association et qu'elles ont un impact concret sur les pratiques des communautés vis à vis de la santé maternelle et infantile.

Les questions en suspens.

➤ *La tenue de certains postes de soins.*

Certains postes de santé, que ce soient des dispensaires, des centres de soins ou des postes de campagne, nous ont semblé ne pas correspondre encore aux standards d'hygiène, de propreté et d'entretien que l'on était en droit d'attendre de locaux co-gérés par MDM.

Nous le disons d'autant plus facilement qu'au moins un des postes visités (Jalbare) présentait, à nos yeux occidentaux, ce minimum acceptable.

Pour avoir visité l'hôpital de Chautara (chef lieu de district), et constaté son état déplorable, nous mesurons évidemment la relativité de ce sentiment.

Ajoutons qu'il n'est pas dans nos attributions de juger de l'aspect strictement « médical » des choses et que le responsable de mission avait déjà apporté lors de sa visite

quelques éléments à ce sujet en novembre 2008.

Il est évident que la co-gestion des postes de soins avec des autorités de santé locales démunies se heurte à d'énormes difficultés, tant pour l'entretien des locaux que pour le planning des personnels.

Il est évident aussi que notre jugement porte sur un **processus en cours** et qu'on ne peut s'attendre à voir aujourd'hui le programme réalisé... alors que l'état de départ des installations était déplorable, il y a seulement quelques mois.



➤ *La visibilité de MDM.*

Nous avons été surpris, mais le logo MDM apparaît peu, tant sur les bâtiments de santé où MDM intervient, que sur les vêtements des personnels MDM. (Malgré quelques apparitions sur les pare-brises des 4x4 et des mobiles du staff MDM...)

Pour les installations, il nous a été dit que MDM ne pouvait pas afficher son logo sur des lieux qui ne correspondaient pas encore tout à fait à ses standards de propreté. Nous le comprenons mais cette visibilité nous semble cependant souhaitable et devient donc liée à la solution du point précédent.

On peut aussi se demander comment aménager les tenues traditionnelles locales, auxquelles tiennent les personnels locaux, avec la visibilité du logo...

Mais dans un contexte où évoluent un grand nombre d'intervenants, où chacun pourrait se prévaloir à tort de l'étiquette MDM, ou même apparaître comme tel aux yeux des communautés, il nous semble utile de savoir reconnaître le personnel MDM. Sauf, et cela a pu ou pourrait être le cas, dans l'hypothèse d'un conflit armé qui mettrait en danger le personnel ainsi identifié.

➤ *L'évaluation et le monitoring*

Le programme médical a essentiellement pour mission la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le gouvernement assure tous les semestres une évaluation du programme selon ses investigations et le recueil de données fournies par les organisateurs du programme. Mais cette évaluation obligatoire est payante (avec les inconvénients et avantages de la chose...) et ne concerne qu'un petit échantillon des cantons concernés.

La plupart des données ont concerné essentiellement les seuls indicateurs d'activité.

Malheureusement, les données pouvant quantifier et assurer un suivi (monitoring) de l'action du programme n'ont été formalisées qu'en décembre 2008.

Il semblerait que l'origine de ce retard soit due en partie à des difficultés à mettre en place les indicateurs à renseigner.

Ici comme ailleurs, nous avons compris que les indicateurs du monitoring ne peuvent pas être *imposés* aux acteurs de terrain chargés de les collecter. Faute de quoi, ils ne savent pas comment les collecter, ni pourquoi. La collecte de données, dont on conçoit volontiers que la nécessité puisse échapper d'emblée au terrain, ne serait dès lors plus assurée dans des conditions optimales et fiables. La résolution de ce problème n'était donc pas simple.



Lors de notre passage, un système de recueil uniformisé, accepté, était enfin en place, véhiculé par les auxiliaires sociaux (CF) auprès des femmes des groupes de microfinance et des postes de santé.

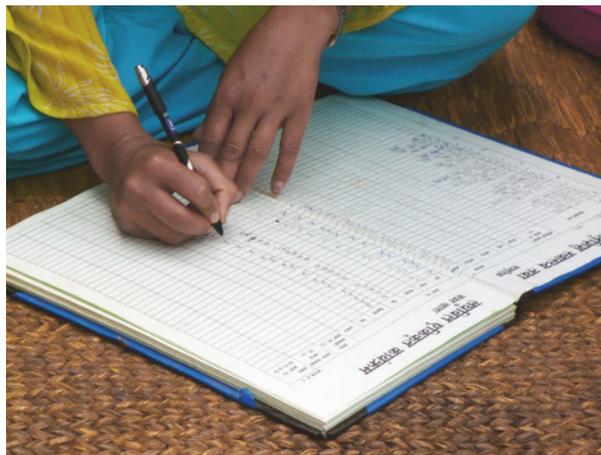
Evidemment, ce système, pour être lisible en termes de progression, nécessitera plusieurs mois et devra intégrer notamment les artefacts dus à la saison des pluies.

Dans ce contexte, une nouvelle évaluation effectuée par MDM reste d'actualité et permettra de gagner en efficacité, même si nous pensons que l'efficacité même de la mission est irréfutable.

➤ *La pérennité de la mission.*

Nous avons pu observer que les menaces qui pesaient chaque année sur la pérennisation de la mission (menaces en partie dues au financement exclusif sur fonds propres) portaient atteinte au bon fonctionnement de celle-ci. Les recrutements de personnel qualifié se révèlent plus difficiles et même dans les communautés, la question du « départ » de MDM nous a été posée avec inquiétude. (Ce qui nous a paru démontrer la bonne image de l'association sur le terrain.)

Il est possible aussi que l'arrivée tant attendue et désor-



mais prévue de fonds institutionnels vienne limiter cet écueil.

➤ *La question de la micro-finance*

A l'issue de notre visite, il semble indéniable que le réseau assis sur le projet de microcrédit est bien en place. Il fonctionne.

A n'en pas douter, l'utilisation de ce réseau pour la diffusion de messages et de campagnes de santé est probante. Autant qu'on ait pu en juger malgré le filtre des traductions, la participation des femmes à ces messages et à ces campagnes est vivante et énergique.

Sans doute le système d'évaluation et de monitoring permettra-t-il de le confirmer, mais nous avons toutes les raisons de penser que **les conséquences positives de ces campagnes et de ces messages en terme de santé publique seront au rendez-vous.**



Et nous n'imaginons pas de meilleur artifice que celui de ces séances de micro-crédit afin de réunir ces femmes dont l'activité est par ailleurs permanente et précieuse au sein d'une société patriarcale.

Cela dit, **deux écueils** pourraient ternir ce tableau.

a/ Le contrôle éthique et financier d'une activité qui échappe à la compétence traditionnelle de MDM.

En plus des activités de formation de santé et de soins, MDM participe pleinement et financièrement à « l'accélération » du processus de construction des coopératives et du système micro-bancaire sur lequel elles reposent. Rappelons que 3.000 roupies sont distribuées à chaque groupe de 5 femmes au titre d'un fonds revolving. Au total, près de 20.000 euros sont donc consacrés à cette initiative.

Le système de prêts et de dépôts mis en place dans les groupes (même si les taux sont fixés par les villageoises elles-mêmes sur recommandation des encadrants), est complexe.

Il mutualise les pertes et individualise les profits.

Arrivé au niveau coopératif, il décline toute une série de dépôts à durée fixe ou variable.

Il s'appuie sur des bilans comptables complexes, qui, au niveau coopératif, peuvent concerner jusqu'à 70.000 euros après de nombreuses années, somme des économies, des gains et des dépôts de gens extrêmement démunis.

Il nous a, par ailleurs, été difficile de savoir précisément au nom de quels principes pérennes les prêts sont attribués ou refusés et si cette attribution est « juste » ou conforme à l'éthique de MDM.

Nous n'avons pas été en mesure de vérifier si ce processus était sain sur un plan financier ou pas. *Tout simplement parce que nous n'avons ni la compétence ni le temps d'effectuer un audit du processus.*

Si la participation de MDM de 3.000 euros par groupe peut être (au mieux) perçue comme une « mise de fonds » afin d'entrer dans le réseau de la micro-finance, elle implique la *responsabilité* de l'association.

Le contrôle repose sur des spécialistes en micro-finance, salariés locaux de MDM (dont il n'est certes pas question de mettre en doute la probité) mais auxquels on est obligé de faire une confiance totale quant à l'issue du processus...

On touche ici à un domaine non médical qui échappe, faute de spécialisation, au plein contrôle de l'association.

b/ L'incidence d'un système de pensée et de fonctionnement sur les modes de vie traditionnels de minorités ethniques.

A deux ou trois reprises, nous avons été frappés par certains messages qui étaient diffusés aux communautés dans le cadre de leur accession à l'autonomie financière. Ces messages n'émanaient certes pas de MDM, ni de ses partenaires locaux, mais, portés par des instances officielles, ils accompagnent et relaient sur le terrain la



mise en place du système de micro-crédit.

Ces messages (qui nous ont été en partie traduits) évoquaient la nécessité d'un « changement des mentalités » des communautés, trop souvent repliées dans des réflexes de « plainte », de récriminations, de demandes d'assistance.

Sans vouloir entrer dans un débat socio-politique ou idéologique sur la nécessité de tels encouragements, il nous a semblé qu'il y avait là matière à réfléchir pour l'association.

Et en particulier à se demander dans quelle mesure cette aide au développement, fondée sur le micro-crédit, n'induisait pas de profonds changements dans les traditions, les modes de vie et de pensée de minorités ethniques montagnardes qu'on pourrait, en d'autres temps ou en d'autres lieux, vouloir préserver.

Dans un contexte où la désoccidentalisation et les déterminants socio-culturels apparaissent comme des problématiques brûlantes, cette question générale, liée à l'essence même de la micro-finance, pourrait prendre tout son sens.

Nous souhaiterions donc que l'association réfléchisse aux conséquences de son implication dans un processus de développement basée sur le micro-crédit qu'elle ne peut, ni ne sait (et c'est normal) contrôler directement.

Cette implication repose sur trois actions:

- a/ le don de 3.000 roupies à chaque groupe.*
- b/ l'emploi et la rémunération de 2 membres de la société CMF.*
- c/ la participation à la formation et la rémunération des auxiliaires sociaux au système de micro-crédit.*

Trois solutions, entre autres, sont envisageables :

✓ *la récupération par MDM du fonds revolving dès que le système est suffisamment auto-productif. Mais cet artifice ne serait-il pas que symbolique ?*

✓ *la recherche d'un partenaire financier extérieur, d'une ONG susceptible d'injecter l'argent nécessaire à l'accélération du processus à la place de MDM et en mesure de le contrôler entièrement, éthiquement et financièrement. MDM se consacrerait alors uniquement au financement de ses activités médicales. Ce n'est pas forcément une limitation souhaitable (d'autant que par le passé, MDM s'est déjà investi dans des activités ne relevant pas de sa compétence pour accélérer des programmes de santé).*

✓ *l'envoi d'auditeurs indépendants, spécialistes des questions de micro-finance, attachés aux valeurs de MDM et émanant d'organismes incontournables, susceptibles d'opérer les contrôles éthiques et financiers pour le compte de MDM.*

C'est sans doute cette dernière solution qui offre aujourd'hui la plus grande souplesse et qui ne remet pas en cause le programme.

Dès lors, MDM pourrait, tout en bénéficiant de l'aide incontournable du réseau du micro-crédit, se consacrer aux activités médicales et de santé publique dans lesquelles elle possède une maîtrise indiscutable.

Saving is Money, Money is Power.

Quel avenir pour la mission ?

Le programme portant sur les 12 cantons (VDC) se termine officiellement en Juin 2010.

Il n'est pas certain qu'il soit achevé. Une évaluation, nécessaire, devrait permettre d'anticiper ce résultat.

En tout état de cause, il semble qu'il y ait encore à faire, tant sur le fonctionnement des centres de soins (qui devraient maintenant monter en puissance et devoir répondre à des demandes nouvelles), que sur la poursuite des campagnes de prévention auprès des communautés.

CONCLUSION

D'un autre côté, notre rencontre avec les dirigeants du CDFCD nous a appris qu'ils avaient identifié 9 nouveaux cantons, plus au nord, encore plus pauvres et frappés par des exodes de jeunes femmes pour les bordels de Katmandu ou de Bombay. Ces actions permettraient d'accroître le poids de MDM dans le district auprès des organismes gouvernementaux.

Les instruments semblent désormais au point, les parcours de formation sont rôdés, la complexité des réseaux locaux a été éclaircie.

Et nous ne doutons pas que l'évaluation permettra de voir déjà à quel point l'action de MDM a permis de sauver des vies et de diminuer la mortalité materno-infantile.



ANNEXE 1

Depuis notre voyage en avril dernier et les conclusions de ce rapport qui furent aussitôt transmises aux responsables de terrain, deux actions importantes ont été menées sur place par Médecins du Monde.

1/ La première a consisté en une **évaluation de l'aspect médical de la mission**, conduite par la coordinatrice médicale.

Elle a débouché sur tout une série de recommandations.

Dans le cadre du **projet actuel** :

- S'appuyer davantage sur les acteurs de santé au sein de la communauté.
- Mieux intégrer le personnel MDM dans les réunions de micro finance pour appuyer les cours de santé reproductive, clarifier les questionnements des participantes, et assurer un suivi des femmes enceintes.
- Perfectionner le système de gestion des médicaments et de suivi des stock
- Etablir un calendrier de maintenance des équipements médicaux en partenariat avec les organismes de santé Népalais.
- Continuer à renforcer les structures de santé là où les services obstétriques ne sont pas encore bien implantés.
- Renforcer la supervision, le suivi et l'évaluation.

Puis dans le cadre de **développements éventuels** :

Des recommandations d'ordre général :

- Définir une stratégie **nationale** à long terme
- Définir un programme avec les principales parties prenantes de la communauté et le personnel national de MDM, pour pallier le turnover des expatriés.
- Accroître la coordination au niveau national, car rester au fait des nouvelles politiques et débats en matières de sante maternelle est essentiel.

2/ La deuxième a conduit à la demande d'une **mission d'évaluation de PlaNet Finance**, organisation de solidarité internationale, présidée par Jacques Attali, reconnue pour sa compétence dans le domaine de la micro-finance.

Le rapport de Planet Finance, à l'issue de sa mission 2009, souligne en préambule, et comme nous l'avions noté, **l'efficacité évidente** de la synergie entre la campagne de micro-finance et celle de la santé materno-infantile.

Mais il pointe aussi une série de questions à la fois dans l'organisation du réseau de micro-finance, dans son implication sur le terrain, ainsi que dans son aptitude à maîtriser et à gérer la mise en place de ses outils.

Les conclusions, **qui ne remettent nullement en cause la validité de la démarche de Médecins du Monde**, développent une série de recommandations, à la fois pour améliorer la situation actuelle et pour donner les moyens à MDM de **poursuivre des actions similaires dans les régions voisines**.

Elles insistent notamment sur le soin à apporter à la formation générale, sur la mise en place d'outils efficaces d'évaluation, ainsi que sur l'amélioration des relations et de la synergie entre les différentes organisations travaillant sur le terrain (aujourd'hui MDM, CDECF et CMF).

Pour ce qui nous concerne, nous ne pouvons que nous féliciter de ce travail critique et constructif, à l'initiative de l'association, qui répond à l'une de nos préoccupations majeures qui était de voir intervenir, en soutien à MDM, une entité spécialisée dans la micro-finance.

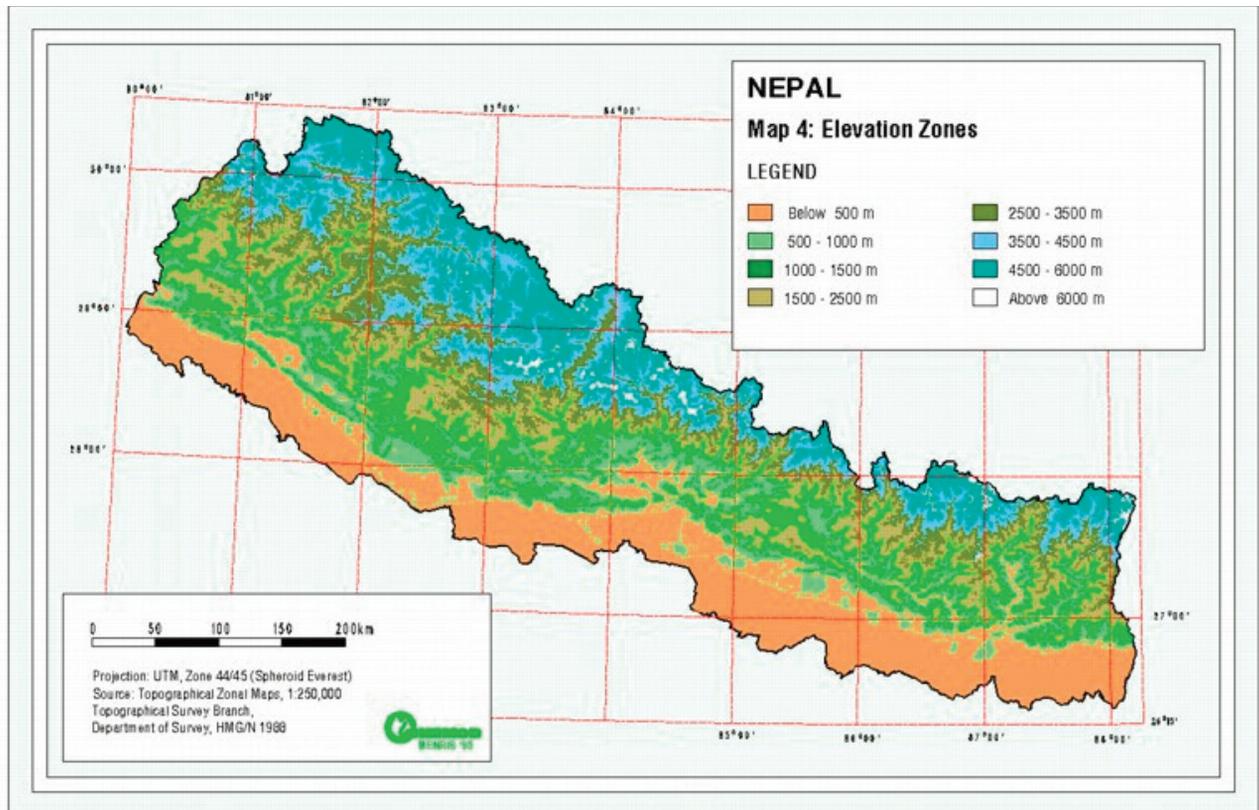
Cette nouvelle approche semble bien intégrée dans l'action de l'équipe locale de MDM et tout particulièrement par la coordinatrice.

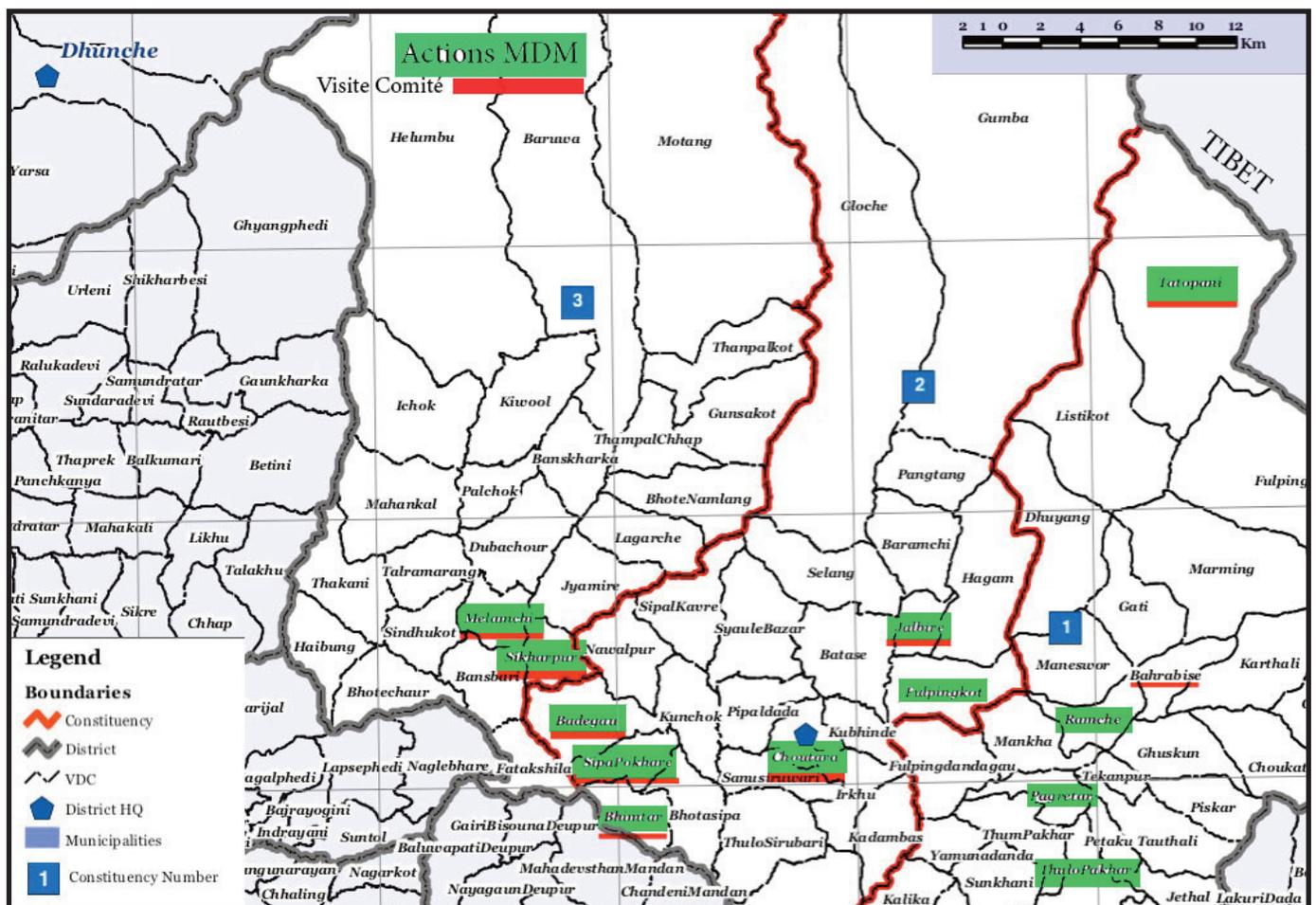
Elle ne peut que nous confirmer dans notre souhait, qu'au nom des donateurs, et pour la santé des populations visées, **cette mission et, plus généralement la combinaison entre micro-finance et soins materno-infantiles puisse se développer partout où l'association le jugera utile**.

Paris, décembre 2009



Annexes : Cartes





Les points d'intervention de MDM dans le district de Sindupalchok