

**Les mutuelles de santé en Afrique :**  
**L'approche de la Direction du développement et de la coopération**

**Martine Berger**

*La Direction du développement et de la coopération (DDC) plaide pour une approche holistique de la santé dans le développement. Cette approche prend en compte les déterminants de base de la santé et est conçue pour améliorer l'équilibre des actions en faveur de la santé.*

Dans ses interventions dans les pays en développement, la DDC est guidée par des principes de base énoncés dans ses "Lignes directrices Nord-Sud". La participation et l'"empowerment" des individus et des communautés en sont des éléments importants. Ces principes ont ensuite servi de fondement pour l'élaboration des politiques de l'institution dans différents secteurs d'intervention.

Dans le domaine de la santé, la politique de la DDC prône une approche axée sur 3 dimensions, la dimension humaine, la dimension intersectorielle et la dimension sectorielle, entre lesquelles un équilibre doit être assuré. Une place essentielle est ainsi accordée aux stratégies et interventions visant à permettre aux individus et communautés de prendre en charge leur propre santé, en les informant, en les formant, en mettant à leur disposition des outils, et surtout en créant un environnement favorable à l'épanouissement de la santé. Cela suppose de rechercher et d'établir des partenariats multiples, à tous les niveaux d'intervention, de l'Etat central aux communautés de base, incluant bien d'autres domaines que celui généralement considéré comme relatif à la santé. Trouver un équilibre implique alors une redéfinition des rôles de chacun des partenaires, de ses tâches, droits et responsabilités.

Dans la pratique, la DDC concentre ses activités de développement dans une vingtaine de pays. Trois domaines de concentration sont déterminés pour chaque pays. La santé est un thème de concentration dans 6 pays, tous en Afrique. Trois sont en Afrique de l'Ouest: Bénin, Mali, Tchad, trois en Afrique de l'Est: Madagascar, Mozambique, Tanzanie. En outre, la DDC soutient quelques projets en Asie (Népal, Bangladesh). En Afrique de l'Ouest tout particulièrement, mais aussi à Madagascar, existe de la part de notre institution une longue tradition de participation et d'implication de la population dans le développement de la santé.

Cependant, si l'on examine de plus près ce qui s'est souvent passé au niveau des pays, on constate une évolution dans le temps du soutien apporté par la DDC, passant dans certains cas du "tout Etat"

au “tout communautaire”, avec une tendance actuelle dans quelques pays au retour du soutien principalement de l’Etat.

En fait, on voit coexister actuellement au sein de la DDC deux démarches:

- la démarche “économiste”, qui mise sur l’assainissement des finances de l’Etat, la bonne gouvernance et la rationalisation des budgets, et remet au gouvernement une enveloppe globale que celui-ci gère directement avec une aide adéquate du bailleur de fonds ;
- la démarche “sociale”, qui mise sur une approche participative de bas en haut, d’autopromotion, à l’écoute des besoins des populations. C’est une approche souple et flexible qui, selon la demande, peut aussi bien fournir un appui à la démarche de type organisationnel qu’un appui ponctuel technique. Cette attitude d’écoute et de soutien n’est cependant pas une attitude passive. Les intervenants mandatés par la DDC peuvent avoir leur propre vision de la situation et des stratégies propres à la faire évoluer, qui servira alors à susciter des réflexions, catalyser des mécanismes d’intervention, entamer une négociation, en particulier si de nouveaux besoins ont été identifiés par l’institution. Cependant, rien ne doit être imposé, et la clé de cette collaboration est le respect de l’initiative du partenaire communautaire, ainsi que de son rythme.

Tous ces éléments s’appliquent plus particulièrement au mode de fonctionnement des mutuelles de santé, mais pas seulement. En tout cas ce n’est pas un modèle univoque, d’autres modèles sont possibles, basés sur une démarche fondée sur les mêmes principes de respect mutuel et d’appui réellement participatif.

Le choix du modèle de partage des risques entre structures de soins et différentes instances de financement et du mode d’organisation de nouveaux partenariats nécessite avant tout une grande adaptation au contexte, en particulier socio-culturel, et se base sur une recherche fonctionnant par étapes, une mise en oeuvre prudente, à petits pas. Cela suppose surtout un engagement à long terme, qui respecte les rythmes d’évolution et de prise de conscience et de responsabilité des communautés concernées.

Or, les institutions gouvernementales comme celle à laquelle j’appartiens, sont, tout comme la plupart des autres acteurs du développement, confrontées à une obligation de résultats, pouvant

justifier aux yeux des organes directeurs, puis du contribuable, des dépenses engagées. Les programmes ou projets doivent donc pouvoir faire état de résultats rapides et quantifiables, ce qui apparaît en contradiction avec un engagement dans un processus long et lent d'autopromotion, comme par exemple les mutuelles. Il devient donc difficile de fonctionner dans ces conditions, surtout face aux arguments pragmatiques des gestionnaires et des financiers.

Tout le problème consiste à faire accepter ce type de démarche comme une alternative valable aux montages de financement prédéfinis et rigoureux, établis de manière centralisée par des décideurs, généralement très qualifiés et très soucieux de résultats quantifiables, mais souvent trop éloignés de la réalité de la vie des gens qu'ils entendent toucher.

Un grand travail reste donc à faire pour mettre en évidence les résultats obtenus avec des processus lents dont on ne verra pas l'aboutissement avant plusieurs années. La bonne marche de ces processus ne doit pas être évaluée par une vague appréciation mais être étayée par une analyse convaincante, rendant en quelque sorte ces caractéristiques plutôt qualitatives comparables avec des résultats quantitatifs (souvent recueillis sur le court terme) et pouvant faire le poids face à ces derniers.

Ces aspects ont, je crois, longtemps été négligés, et un gros effort doit être consenti afin de capitaliser les expériences participatives existantes, que ce soit sous forme de mutuelles ou sous une autre forme, d'en systématiser l'analyse et d'en travailler la présentation, pour pouvoir prouver que l'argent ainsi investi l'est efficacement.

C'est ainsi seulement que l'on pourra donner à ces approches souvent mal définies et mal connues, donc mal argumentées, leur importance et leur justification, et les présenter comme alternative crédible auprès des gouvernements et des agences de développement. En effet, les approches "économiste" et "sociale" ne sont pas antagonistes ; au contraire elles devraient être complémentaires. Comme souvent, la solution réside dans le juste milieu, et les deux approches sont utiles, et même nécessaires. C'est justement pour cela que je regrette que les démarches d'autopromotion ne soient pas mieux documentées et défendues, le déséquilibre existant toujours face au quantitatif. Espérons que des expériences comme celles présentées ici pourront nous aider à rééquilibrer la balance.