



Microcredit Summit Campaign  
440 1st Street, NW Suite 460  
Washington, DC 20001  
www.microcreditsummit.org

United Nations Population Fund  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017  
www.unfpa.org



**De la microfinance au macro-changement :**  
Intégrer l'éducation en santé à la microfinance pour favoriser l'autonomisation des femmes et réduire la pauvreté



« Le microcrédit est un outil déterminant dans la lutte contre la pauvreté et un investissement judicieux dans le capital humain. Alors que les nations du monde se sont engagées à réduire de moitié le nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour d'ici l'an 2015, nous devons considérer plus attentivement le rôle central que la microfinance durable peut et est en train de jouer dans la réalisation de cet objectif du Millénaire pour le développement ».

Kofi Annan, secrétaire général des Nations Unies



Droits d'auteur © 2006 Fonds des Nations Unies pour la population

**Ceci est une publication conjointe du Fonds des Nations Unies pour la population et de la Campagne du Sommet du Microcrédit.**

**Fonds des Nations Unies pour la population**

220 East 42nd Street, 18th Floor  
New York, NY 10017  
www.unfpa.org

**Campagne du Sommet du Microcrédit**

440 1st Street, NW, Suite 460  
Washington, DC 20001  
www.microcreditsummit.org

Publication conçue par Tackett-Barbaria Design Group

**Photographie :**

Karl Grobl pour Freedom From Hunger © 2005,  
Kashf Foundation

**Équipe de publication :**

Rédigé par April Allen Watson, spécialiste en microfinance  
et Christopher Dunford, président, Freedom from Hunger

Fonds des Nations Unies pour la population :  
Aminata Touré, conseillère technique principale  
Kaori Ishikawa, spécialiste du programme

Campagne du Sommet du Microcrédit :  
Sam Daley-Harris, directeur  
Anna Awimbo, directrice de recherche

**Toute l'équipe tient à remercier les consultants suivants pour leur contribution :**

Dr. Ernestine A. Addy, Nelson Agyemang, Robinah Babiye, Armando Boquin, Dr. Mimosa Cortez-Ocampo, Beatriz Espinoza, Angelyn Litao, Dr. Basant Maharjan, Dr. Bernard Owumi, Dr. D.S.K. Rao, B.V. Subba Reddy, et Stalin Gnanasigamani. Nous remercions également le personnel des institutions suivantes ayant joué un rôle important dans la collecte des données utilisées dans ce rapport : Center for Agriculture and Rural Development (CARD) aux Philippines, Crédito con Educación Rural (CRECER) et Pro Mujer en Bolivie, Upper Manya Kro Rural Bank au Ghana.

**De la microfinance au macro-changement :**

Intégrer l'éducation en santé à la microfinance pour favoriser l'autonomisation des femmes et réduire la pauvreté

## Table des matières

---

Résumé	2
Introduction	3
1. <b>Pauvreté, mauvaises conditions de santé et inégalité</b>	4
2. <b>La microfinance</b> : une stratégie efficace pour réduire la pauvreté à l'échelle mondiale	6
3. <b>Maximiser le potentiel</b> : la microfinance comme véhicule pour améliorer la santé génésique, prévenir le VIH/sida et accroître l'autonomisation des femmes	12
4. <b>Deux études de cas en Bolivie</b> : intégration réussie de l'éducation en santé aux services de microfinance	17
5. <b>Conclusion et recommandations</b>	22
Références	25

## RÉSUMÉ

Les priorités de développement des gouvernements, des donateurs et des agences de développement sont orientées par les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), un ensemble d'objectifs visant à réduire la pauvreté extrême et à faire appliquer les droits universels d'ici 2015. Si les OMD sont atteints, cela représenterait un important progrès dans la mission que s'est donnée le Fonds des Nations Unies pour la population à l'échelle du globe visant à « faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, chaque accouchement soit sans danger, que chacun soit protégé du VIH/sida et que toutes les filles et toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect ». Mais comme l'indique le Rapport sur le développement humain en 2005, les OMD ne seront pas atteints si la tendance actuelle se poursuit. En fait, comme le précise le secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, « les objectifs du Millénaire pour le développement peuvent être atteints d'ici 2015 à condition de s'écarter des pratiques habituelles et d'accélérer et d'intensifier immédiatement et de façon spectaculaire l'application des mesures entreprises ».

Il est temps d'agir. Le présent document lance un appel aux agences de développement, aux gouvernements, aux institutions de microfinance (IMF) et aux donateurs pour qu'ils aident à atteindre les objectifs de santé et d'égalité des chances pour tous en misant sur des stratégies dont l'efficacité à réduire la pauvreté mondiale et les mauvaises conditions de santé a été démontrée. Il propose l'adoption d'une stratégie précise qui reconnaît le lien étroit entre pauvreté et mauvaises conditions de santé, une stratégie dont l'impact positif sur la vie d'un grand nombre de pauvres et de très pauvres a été reconnu<sup>1</sup>. Cette stratégie consiste à associer la microfinance et l'éducation en santé génésique.

Des recherches remarquables à l'échelle mondiale démontrent l'importance de la microfinance. Une étude menée par la Banque mondiale pendant une période de 14 ans sur les activités de trois IMF au Bangladesh a révélé que 40 % de la réduction de la pauvreté dans les zones rurales du Bangladesh était directement liée à la microfinance<sup>2</sup>. Considérant d'autres données nationales contenues dans le Rapport sur le développement humain (RDH) en 2005, ces résultats prennent un nouveau relief. Le RDH 2005 évoque les succès du Bangladesh en matière de développement

humain en les comparant à la situation en Inde, un pays avec davantage de revenus et une croissance économique supérieure mais dont les progrès sociaux ont été nettement moindres. « Si l'Inde avait progressé au rythme du Bangladesh en termes de mortalité infantile, pendant la dernière décennie, 732 000 enfants de moins mourraient cette année », mentionne le rapport. Les « opportunités d'emploi et l'accès au microcrédit » sont mentionnés parmi les quatre stratégies énumérées par le RDH 2005 ayant directement contribué aux progrès du Bangladesh.

Malgré les retombées impressionnantes de la microfinance sur la réduction de la pauvreté, la santé et l'autonomisation des femmes, la communauté du développement international admet que, outre le crédit, d'autres services et stratégies doivent être mis à la disposition des familles pauvres afin de constituer un réseau de soutien qui les aidera à s'affranchir de la pauvreté. Deux organisations boliviennes, CRECER et PRO MUJER, ont déjà réussi à combiner les services de microfinance avec ceux de l'éducation en santé génésique, touchant un grand nombre de clients pauvres et assurant leur autonomie financière. Le résumé de ces deux cas se trouve en troisième partie de ce document.

Plusieurs pensent que l'on pourrait maximiser le potentiel de la microfinance en intégrant des services complémentaires au sein de l'infrastructure des services financiers. Si certains ont intégré de façon approfondie la microfinance et l'éducation en santé dans leurs institutions, l'organisation non gouvernementale (ONG) américaine Freedom from Hunger a, depuis plusieurs années, fait la promotion de cette approche sur le plan mondial. Résultat : dans plusieurs régions du monde, des programmes de microfinance offrent actuellement avec succès à leur clientèle des services financiers de pair avec des informations de base en santé. **Si l'éducation en santé génésique était éventuellement intégrée à grande échelle aux services de microfinance dispensés aux populations les plus pauvres, le potentiel réel de la microfinance d'offrir aux femmes un moyen acceptable de s'affranchir de la pauvreté et d'acquérir l'autonomie deviendrait une réalité.**

La dernière partie de ce document présente huit recommandations concrètes en vue de réaliser le potentiel des services combinés. Ces huit recommandations accordent toutes un rôle crucial aux agences de développement, aux gouvernements, aux IMF et aux donateurs dans la promotion de l'intégration de l'éducation en santé génésique aux services de microcrédit, ainsi que de la microfinance comme l'un des piliers de la réalisation des OMD.

## INTRODUCTION

*Le mouvement de la microfinance est en train d'apporter l'espoir, la prospérité et le progrès à beaucoup de personnes parmi les plus pauvres du monde.*

Amartya Sen, professeur à Lamont University, Harvard University, Prix Nobel d'économie (1998)

Ce document se veut un appel à l'action lancé aux agences de développement, aux gouvernements, aux IMF et aux donateurs engagés dans la recherche de stratégies pratiques pour réaliser leurs objectifs communs en matière de développement humain. Inspirée d'un mécanisme d'éradication de la pauvreté qui bénéficie déjà à plus de 6,6 millions de familles les plus pauvres du monde, **la stratégie proposée suggère d'allier l'éducation en santé génésique avec les services de microfinance dans les pays en voie de développement.**

La première partie de ce document rend compte et fait l'examen des liens étroits entre la pauvreté, les mauvaises conditions de santé et l'inégalité. La partie suivante présente la microfinance en tant que stratégie efficace de réduction de la pauvreté et analyse son incidence réelle sur la pauvreté et ses incidences plus générales. La troisième partie du document démontre qu'une combinaison des programmes de microcrédit et d'éducation en santé peut servir à améliorer la santé génésique, la prévention contre le VIH/sida et l'autonomisation des femmes. On y présente des résumés d'études de cas sur les institutions boliviennes ayant déjà fait l'expérience de cette combinaison, de même que des données probantes sur l'impact des services intégrés de microcrédit et d'éducation en santé. Enfin, le document formule des recommandations qui incitent les agences de développement, les gouvernements, les IMF et les donateurs à passer à l'action et à privilégier cette stratégie.

### Les objectifs du Millénaire pour le développement

- 1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim.** Réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour - Réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim.
- 2. Assurer l'éducation primaire pour tous.** Donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.
- 3. Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes.** Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard.
- 4. Réduire la mortalité infantile.** Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- 5. Améliorer la santé maternelle.** Réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle.
- 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.** Stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle - Maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle.
- 7. Assurer un environnement durable.** Réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et aux services d'hygiène et de salubrité.
- 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.** Réformer l'aide internationale et le commerce avec un traitement spécial pour les pays les plus pauvres.

<sup>1</sup> Dans ce document, les « très pauvres » sont considérés comme les personnes faisant partie de la moitié inférieure de celles vivant au-dessous du seuil de pauvreté national ; ou les personnes faisant partie des 1,2 milliards de personnes vivant avec moins d'un dollar américain par jour ajusté à la parité du pouvoir d'achat (PPA).

<sup>2</sup> Les quatre plus importants programmes de microfinance au Bangladesh regroupent une clientèle totalisant plus de 15 millions de personnes, incluant quelque 75 millions de membres des familles de ces clients, ce qui équivaut à plus de la moitié de la population totale du Bangladesh.

## PAUVRETÉ, MAUVAISES CONDITIONS DE SANTÉ ET INÉGALITÉ

*Pour chaque enfant qui meurt, des millions d'autres tomberont malades ou manqueront l'école, piégés dans le cercle vicieux qui fait des enfants en mauvaise santé des adultes plongés dans la pauvreté. Comme les 500 000 femmes par an qui meurent de causes liées à une grossesse, plus de 98 % des enfants qui meurent chaque année vivent dans des pays pauvres. En d'autres termes, ils meurent parce qu'ils y sont nés.*

Rapport mondial sur le développement humain 2005

La pauvreté, les mauvaises conditions de santé et l'inégalité sont si étroitement liées qu'il est pratiquement impossible de distinguer les causes de l'une des effets de l'autre. Plus d'un milliard de personnes vivant dans la pauvreté extrême, particulièrement des femmes, portent de façon disproportionnée le fardeau des maladies, des mauvaises conditions de santé et de l'inégalité sur la planète. À chaque minute, une femme meurt des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, et plus de 20 d'entre elles souffrent de graves complications ; la majorité de ces femmes vivent dans les pays en voie de développement. Une femme qui vit dans la pauvreté a plus de chances d'avoir trop d'enfants en un espace de temps réduit et à un trop jeune âge ; de mourir pendant l'accouchement ; d'accoucher d'un enfant souffrant d'insuffisance pondérale due à la malnutrition ; de contracter le VIH/sida ; et de voir mourir ses jeunes enfants. Le manque de ressources financières appropriées limite la capacité de ces familles pauvres à faire face à ces événements traumatisants qui les plongent très souvent dans des situations économiques critiques que plusieurs générations ne réussiront pas à surmonter.

**Plus d'un milliard de personnes vivant dans la pauvreté extrême, particulièrement des femmes, portent de façon disproportionnée le fardeau des maladies, des mauvaises conditions de santé et de l'inégalité sur la planète.**

### Les conséquences de la pauvreté, des mauvaises conditions de santé et de l'inégalité

- Une personne sur cinq dans le monde, soit plus d'un milliard de personnes survit avec moins d'un dollar par jour, un niveau de pauvreté tellement odieux qu'il menace la survie. De plus, 1,5 milliards de personnes vivent avec un à deux dollars par jour. Plus de 40 % de la population mondiale constitue en fait une sous-classe qui fait face chaque jour à la réalité ou à la menace de la pauvreté extrême.
- En 2004, on estimait à trois millions le nombre de personnes mortes du VIH/sida, et à cinq millions celui des personnes infectées. Presque la majorité de ces décès se trouvait dans les pays en voie de développement, avec 70 % en Afrique.
- On estime à 530 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année pendant la grossesse ou lors de l'accouchement... Au moins huit millions de femmes par an souffrent de complications sévères de la grossesse ou de l'accouchement, courant des risques élevés de décès... La grande majorité de ces décès se trouve dans les pays en voie de développement.

Source: Rapport mondial sur le développement humain 2005

Par ailleurs, les familles pauvres qui connaissent un accroissement modeste de leurs ressources financières gèrent mieux les problèmes de santé qui peuvent surgir. Par exemple, l'argent généré par une petite entreprise contribue à accroître le revenu du foyer, ce qui améliore la sécurité alimentaire de la famille et permet l'éducation des enfants. Une famille qui possède ne serait-ce que de modestes épargnes peut les utiliser pour faire rapidement face aux événements traumatisants, tels que le décès ou la maladie du membre de la famille responsable du revenu.

L'augmentation du revenu des ménages n'est pas l'unique solution à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la santé. Aucun de ces résultats ne peut être obtenu sans l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Les études ont démontré que l'inégalité des sexes et l'absence

d'autonomisation des femmes sont des obstacles à la croissance économique et au développement. Un rapport de la Banque mondiale sur l'égalité des sexes note que « dans aucune région des pays en voie de développement, les femmes ont les mêmes droits légaux, sociaux et économiques que les hommes. Les inégalités entre les sexes

sont fréquentes au plan de l'accès ainsi que du contrôle des ressources et des opportunités économiques, du pouvoir et de l'espace politique. Les femmes et les jeunes filles subissent les effets directs de ces inégalités ; mais ces effets touchent également toute la société, affectant presque tout le monde<sup>3</sup> ». En choisissant comme troisième des huit objectifs la promotion de l'égalité et l'autonomisation des femmes, les OMD reconnaissent l'importance de ces aspects dans l'éradication de la pauvreté.

L'amélioration de la santé génésique est aussi un facteur clé de la réduction de la pauvreté, tout comme l'amélioration de la santé en général et la promotion de l'égalité des sexes. À l'échelle mondiale, la promotion de l'accès aux informations et aux ressources relatives à la santé génésique pour les familles pauvres aura des retombées positives sur plusieurs aspects du développement. Le document du Fonds des Nations Unies pour la population intitulé : « Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action » (*Beijing +10 : L'engagement de l'UNFPA envers le programme d'action*) soutient clairement ce point de vue :

**« Nous savons que la pauvreté ne se résume pas seulement au manque d'argent ; c'est aussi le manque de choix. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes. Aujourd'hui beaucoup de femmes ne peuvent pas faire leurs propres choix en ce qui concerne la grossesse et la procréation ; elles ne peuvent pas faire leurs propres choix en termes de soins de santé. Ces choix sont faits pour elles et au pire des cas, il n'y a tout simplement pas de choix ».**

Thoraya Ahmed Obaid,  
directeur exécutif, UNFPA

*La possibilité pour les femmes de contrôler leur fécondité est absolument fondamentale pour leur autonomisation et l'égalité des sexes. Si une femme peut planifier sa famille, elle peut planifier le reste de sa vie. Si elle est en santé, elle peut être plus productive. Et lorsque ses droits génésiques sont promus et protégés, elle a la liberté de participer pleinement et équitablement à la société.*

Des progrès vers les objectifs de développement mondiaux mentionnés précédemment seront réalisés lorsque la croissance du statut économique des familles pauvres se fera de pair avec les améliorations dans le domaine de la santé génésique. Une famille qui compte moins d'enfants et est en mesure de prévenir les maladies est aussi mieux préparée à utiliser, investir et accroître ses maigres ressources financières.

<sup>3</sup> « Engendering development through gender equality in rights, resources, and voices ». Résumé du Rapport. <http://www.worldbank.org/gender/prt/engendersummary.pdf>

## LA MICROFINANCE :

### UNE STRATÉGIE EFFICACE POUR RÉDUIRE LA PAUVRETÉ À L'ÉCHELLE MONDIALE

*La microfinance s'impose comme étant l'un des outils les plus prometteurs et rentables de la lutte contre la pauvreté mondiale... Des preuves claires démontrent que la microfinance peut bénéficier aux plus pauvres. Beaucoup de personnes parmi les plus pauvres recherchent activement les meilleurs moyens d'emprunter, d'épargner et d'acheter une assurance ; malheureusement, elles se heurtent très souvent au refus des banques publiques ou des institutions commerciales traditionnelles. Certes, ces personnes ne seraient pas toutes des clients sûrs, mais les opérateurs de la microfinance ont démontré qu'il était possible de servir un grand nombre de personnes parmi les plus pauvres.*

Jonathan Morduch, président, Groupe d'experts des Nations Unies sur les statistiques de la pauvreté, 20 septembre 2005

#### Qu'est-ce que la microfinance ?

Le microcrédit consiste en de petits prêts offerts aux personnes pauvres, très souvent des femmes, afin de les aider à développer leur petit commerce ou à démarrer de nouvelles entreprises. Après que les institutions de microcrédit aient réalisé dans les années 1990s que les pauvres avaient besoin d'une variété de produits financiers (non seulement du crédit), le microcrédit s'est en quelque sorte transformé en « microfinance » pour inclure l'épargne et d'autres services financiers, telles les assurances.

Le mécanisme utilisé le plus fréquemment par les institutions de microfinance pour servir leurs clients est le crédit de groupe. Les emprunteurs se constituent en groupe pour garantir mutuellement leurs emprunts. Le groupe se rencontre une fois par semaine ou par quinzaine pour effectuer des remboursements ou des dépôts. Les cycles de prêts ou les échéanciers de remboursement sont courts, très souvent de quatre à six mois, pour tenir compte de la nature de la plupart des microentreprises ou micro-activités commerciales qui ont une dynamique de roulement journalière ou

hebdomadaire. Les taux d'intérêt sur les prêts sont généralement moins élevés que les taux appliqués par d'autres sources de crédit aux femmes pauvres, telles que les prêteurs à gages et les usuriers.

#### Pourquoi les services de microfinance sont-ils offerts en priorité aux femmes ?

- Les femmes représentent un meilleur risque de crédit que les hommes.
- En plus des bénéfices économiques, les femmes profitent de la création d'un réseau social et d'une autonomisation accrue.
- La structure de groupe offre une source de soutien mutuel et de courage collectif qui n'existerait pas en dehors des services de microfinance.
- Les revenus affectent positivement et directement la santé des membres de la famille lorsqu'ils sont contrôlés par les femmes et gagnés par petits montants réguliers.

Un montant spécifique tiré des épargnes du groupe est généralement requis pour que ce dernier reçoive un prêt. Pour la plupart des femmes membres, l'épargne représente une première occasion d'accumuler de l'argent dans le but d'acheter des actifs ou de parer aux urgences. Les membres du personnel local qui soutiennent les groupes de crédit constituent donc un maillon essentiel dans le processus : ils représentent généralement le « visage » d'un programme de microfinance, puisqu'ils assistent aux réunions de groupe et forment les membres à choisir leurs leaders, à décider du montant des prêts et à gérer leurs ressources financières. Certes, chaque programme de microfinance est différent mais cette approche méthodologique de base constitue le fondement de la plupart des programmes de microfinance à travers le monde.

#### La microfinance aujourd'hui

Après trois décennies d'existence, la croissance et l'expansion des services de microfinance se poursuivent. Selon la

## L'histoire de Sufia

Sufia Begum, du district de Feni au Bangladesh, épousa Bachhu Mia avant d'avoir 13 ans. Ils eurent trois enfants mais son mari se remaria et abandonna Sufia et ses enfants. Sufia avait beaucoup de mal à nourrir ses enfants. Comme elle, ils étaient très souvent affamés. Les enfants n'allaient pas à l'école et la famille dormait par terre.

Sans aucun autre moyen de survie, Sufia Begum dut se mettre à mendier. « Mon estomac est vide » disait-elle aux passants. « Pour l'amour de Dieu, pourriez-vous me donner un peu de nourriture ? » Un jour, Sufia rencontra Mowara, présidente de Basanti Landless Women's Group (Groupe des femmes sans terre de Basanti), membre de ASA au Bangladesh. Monwara informa Sufia du programme de prêts pour les gens très pauvres. Sufia s'inquiétait de ne pas pouvoir rembourser un prêt. Monwara l'encouragea et Sufia contracta un emprunt d'environ 40 USD qu'elle utilisa pour acheter du poisson séché, des biscuits, des arachides, du chocolat et d'autres denrées alimentaires. De sa ville dans le district de Feni, Sufia alla dans les petits villages ruraux pour vendre ses produits.

Au lieu de mendier, Sufia disait : « Avez-vous besoin de churi, de shanka, de poisson séché ou de chocolat ? » Petit à petit, les villageois commencèrent à la reconnaître comme une commerçante régulière et devinrent des clients habituels. Sufia transportait la nourriture dans un panier posé sur sa tête.

Dès juin 2004, Sufia avait remboursé son emprunt et avait contracté un nouvel emprunt d'environ 80 USD afin d'élargir ses activités commerciales. Avec les bénéfices qu'elle avait générés, Sufia acheta un lit pliant pour que ses enfants puissent y dormir et mit un toit en tôles sur la maison de sa famille.

## L'histoire d'Ana

Avant de recevoir un microprêt de 100 USD pour agrandir son commerce de tortillas, Ana Ruiz du Nicaragua vivait dans une cabane en bois avec ses huit enfants. Elle n'avait pas de meubles, hormis sa table de travail. Ses enfants n'avaient jamais de chaussures et n'allaient pas à l'école. À la suite de son second emprunt, elle a été capable d'envoyer ses quatre enfants les plus âgés à l'école et d'acheter huit chaises en plastique pour que ses enfants n'aient plus à s'asseoir dans la poussière. Avant son microprêt, ses enfants étaient sous-alimentés. « Les petits courent partout maintenant », dit-elle. « Ils vont de bonne heure au lit parce qu'ils sont fatigués d'avoir trop joué, pas parce qu'ils sont trop faibles ».

Campagne du Sommet du Microcrédit, il y a plus de 3 100 institutions de différents types qui offrent des services de microfinance à plus de 92 millions de clients, dont 80 % sont des femmes. Les principales priorités des opérateurs de microfinance au cours de la décennie à venir sont les suivantes :

- offrir des services à grande échelle ;
- atteindre l'autonomie financière ;
- desservir un pourcentage significatif de pauvres dans chaque pays avec des services de microfinance ;
- jouer un rôle important dans la réduction de la pauvreté.

Plusieurs institutions de microfinance, notamment de pays tels le Bangladesh, la Bolivie et l'Ouganda, ont déjà atteint les deux premiers objectifs prioritaires et sont en voie d'atteindre les troisième et quatrième. Ces institutions ont fait la preuve qu'elles peuvent desservir un grand nombre de personnes pauvres tout en atteignant l'autonomie financière.

Les 3 164 institutions se rapportant à la Campagne du Sommet du Microcrédit estiment que 72 % de leurs clients comptaient parmi les plus pauvres au moment de contracter leur premier prêt. « En supposant qu'il y a cinq personnes par famille, les 66,6 millions de clients les plus pauvres qui ont adhéré au programme dès la fin de 2004 affecteront positivement 333 millions de membres de leur famille », d'après le Rapport 2005 de la Campagne du

Sommet du Microcrédit. Ce qui apparaît le plus révolutionnaire dans la microfinance en tant que stratégie de développement, c'est le caractère renouvelable des fonds de prêts, la ferme volonté de s'adresser aux plus pauvres et le succès dans l'atteinte de cet objectif.

### Données sur l'impact de la microfinance sur la pauvreté

*Les clients de la microfinance gèrent et utilisent leurs fonds de façon à répondre aux besoins domestiques qu'ils estiment indispensables à leur bien-être. De ce fait, la microfinance constitue une approche de développement participative et non paternaliste. L'accès à des services financiers flexibles, commodes et abordables responsabilise les pauvres et leur permet de faire leurs propres choix, de se frayer un chemin hors de la pauvreté de façon durable et autonome.*

Elizabeth Littlefield, Jonathan Morduch, et Syed Hashemi, *Is Microfinance an Effective Strategy to Reach the Millennium Development Goals?*, CGAP Focus Note no 24.

L'accumulation de données démontrant les répercussions positives de la microfinance sur la pauvreté est telle que l'efficacité de la microfinance en tant que mécanisme d'éradication de la pauvreté est devenue indéniable à condition que les services ciblent les pauvres et que l'institution de microfinance soit bien gérée. Bien que des recherches fassent état

de résultats neutres ou négatifs dans certains cas, dans l'ensemble, les données recueillies prouvent que la microfinance est devenue une stratégie indispensable dans la réduction de la pauvreté. Voici les preuves les plus significatives de l'impact de la microfinance sur la pauvreté :

- Après une période de deux ans, les participants à trois programmes de microfinance en Ouganda ont vu s'accroître à la fois leurs actifs et leur épargne de façon plus notable qu'un groupe témoin de non-participants ; ils ont de plus enregistré une croissance des bénéfices provenant de leurs micro-entreprises (Barnes 2001).
- Une étude menée en Inde a révélé que le statut économique des trois quarts des personnes ayant participé à un programme de microfinance sur une longue période s'était nettement amélioré (Todd 2001).
- Une étude menée auprès des clients de la Grameen Bank, au Bangladesh, a démontré qu'après avoir participé à un programme de microfinance pendant huit à dix ans, 57,5 % des ménages n'étaient plus pauvres (Todd 1996).
- Une autre étude réalisée au Bangladesh a révélé que les fonds prêtés aux femmes avaient augmenté de 20 % les revenus, sous la forme de dépenses des ménages (Khandker 2005).
- En comparant les taux de pauvreté sur une période de sept ans, la même étude a démontré que la pauvreté avait décliné de 18 % dans les villages desservis par un programme de microfinance et de 13 % dans les villages non desservis. De plus, l'étude estime que plus de la moitié de la réduction de la pauvreté est directement attribuable à la microfinance (Khandker 2005).

### Les incidences générales de la microfinance

Bien que l'impact de la microfinance sur les femmes et les familles pauvres soit parfois difficile à mesurer, ses retombées vont bien au-delà du niveau de revenus et de pauvreté. En effet, les chercheurs ont documenté les effets positifs de la microfinance sur l'autonomisation des femmes et la nutrition, notamment.

L'observation directe effectuée auprès des clients de la microfinance a révélé que l'augmentation de la confiance en soi, particulièrement chez les femmes pauvres, est l'un des premiers changements à se manifester. L'aptitude à con-

tracter et à rembourser un prêt ainsi qu'à épargner est sans aucun doute une expérience d'autonomisation pour les femmes pauvres. Inspirées par le soutien mutuel et le courage collectif qu'offre la dynamique du groupe de crédit, les femmes se sentent responsabilisées et motivées à participer aux prises de décisions familiales et communautaires et sont davantage outillées pour surmonter les obstacles liés aux inégalités.

**Une étude menée auprès des clients de la Grameen Bank, au Bangladesh, a démontré qu'après avoir participé à un programme de microfinance pendant huit à dix ans, 57,5 % des ménages n'étaient plus pauvres (Todd 1996).**

La plupart des études sur l'autonomisation des femmes considèrent le pouvoir de décision dans différents aspects de la vie comme un indicateur de leur niveau d'autonomisation. Une étude menée au Bangladesh a démontré que les clientes de la Grameen Bank avaient 7,5 fois plus de possibilités d'autonomisation que les autres femmes et que les membres de BRAC, une ONG qui offre une variété de services sociaux et financiers à ses clients, en avaient 4,5 fois plus. En outre, le niveau d'autonomisation augmentait avec la durée de leur adhésion au programme de microfinance (Hashemi 1996). Au Népal, une autre étude a démontré que 68 % des femmes

participant au programme de microfinance du Women's Empowerment Program jouaient un plus grand rôle dans les processus de décision qui étaient traditionnellement dominés par les hommes (Cheston et Kuhn 2002). Au Ghana, les participantes aux programmes de microfinance ont fait montre de l'accroissement de leur autonomie lorsqu'elles ont commencé à conseiller d'autres femmes ; en Bolivie, les femmes se sont impliquées davantage dans la politique locale après avoir adhéré à un programme de microfinance (MkNelly et Dunford 1998 et 1999).

Les recherches visant à mesurer les effets de la microfinance sur la santé ont démontré que les familles ayant un accès à la microfinance ont de meilleures pratiques sanitaires, une meilleure nutrition et sont moins malades que les familles qui n'y ont pas accès. L'accroissement des revenus leur permet de se procurer plus de nourriture de meilleure qualité,

**« Nous sommes heureuses chaque fois que nous nous réunissons [dans les caisses villageoises] et parlons de nos progrès ».**

Participante du groupe de discussion et membre de CARD aux Philippines

## L'histoire de Hermelil

Grâce à un programme de microfinance aux Philippines, Hermelil participe à des sessions d'éducation en santé, de nutrition et de développement des affaires. Elle a utilisé le petit prêt qu'elle a contracté pour ouvrir une petite boutique. Elle dort sur le plancher de sa boutique tandis que ses enfants et sa mère passent la nuit dans une cabane voisine.

« Avant de rejoindre mon association de crédit, je passais tout mon temps chez moi. Je ne m'associais pas aux autres. Je pensais que puisque j'étais pauvre, les autres femmes ne m'accepteraient pas. Mais elles m'ont acceptée.

Je sais distinguer mes dépenses de mes recettes et je peux ainsi calculer mon profit. Je connais même le coût de chaque produit, ce qui me permet de déterminer les produits qui rapportent le plus d'argent. Je consacre mes gains au paiement des frais de scolarité de mes enfants ».

d'améliorer leurs conditions de vie et d'avoir accès à de meilleurs soins de santé, incluant ceux reliés à la prévention des maladies. Lorsque l'on combine l'éducation en santé et la microfinance, une stratégie abordée à la section suivante, tous ces effets positifs s'accroissent considérablement.

Les analyses effectuées par Freedom from Hunger au Ghana et en Bolivie ont démontré que, dans ces deux pays, les participants aux programmes avaient une meilleure connaissance des pratiques sanitaires dans les domaines de l'allaitement maternel, du traitement de la diarrhée et de la vaccination, grâce à l'éducation reçue par le biais du programme de microfinance (MkNelly et Dunford 1998 et 1999). Au Ghana, les enfants des parents participants avaient une meilleure alimentation que les enfants des parents non participants. Après avoir bénéficié d'une éducation en santé, les clients de FOCCAS en Ouganda avaient de meilleures

**Les recherches visant à mesurer les effets de la microfinance sur la santé ont démontré que les familles ayant un accès à la microfinance ont de meilleures pratiques sanitaires, une meilleure nutrition et sont moins malades que les familles qui n'y ont pas accès.**

pratiques sanitaires que les non-clients et 32 % des clients avaient utilisé au moins une technique de prévention contre le VIH/sida, comparé à 18 % de non-clients (Barnes 2001).

### La microfinance : une stratégie efficace pour éradiquer la pauvreté à l'échelle mondiale

Les études citées précédemment illustrent de façon éloquente le rôle crucial joué par la microfinance dans la réduction de la pauvreté parmi les participants aux programmes. Mais qu'en est-il des effets de la microfinance à l'échelle nationale ? La microfinance peut-elle avoir un impact réel sur la pauvreté mondiale ? Les données récentes démontrent qu'elle le peut. Les analyses de Khandker, par exemple, concluent que la microfinance a été à l'origine de 40 % de l'ensemble de la réduction de la pauvreté modérée dans les zones rurales du Bangladesh.

Ces résultats sont encore plus significatifs lorsqu'ils sont comparés aux données contenues dans le *Rapport sur le développement humain 2005* du PNUD. Le rapport cite en exemple le Bangladesh, considéré comme un pays ayant connu une progression remarquable de ses indicateurs de

développement humain sans pour autant enregistrer une croissance économique comparable à celle d'autres pays.

Le RDH 2005 compare les résultats obtenus par le Bangladesh en matière de développement humain à ceux de l'Inde, un pays avec un revenu plus élevé et une croissance économique beaucoup plus importante mais dont les progrès sociaux ont été inférieurs à ceux du Bangladesh. Le rapport note que : « Si l'Inde avait progressé au même rythme que le Bangladesh en termes de mortalité infantile pendant la dernière décennie, 732 000 enfants de moins mourraient cette année [en Inde] ». Le RDH 2005 explique les avancées du Bangladesh par la mise en œuvre de quatre stratégies déterminantes, citant en particulier les travaux de BRAC (une organisation qui fournit des services de microfinance et autres services) vue comme l'une des ONG qui contribue à « améliorer l'accès aux services primaires à travers des programmes innovateurs ».

L'une des quatre stratégies identifiées dans le RDH 2005, celle des « cercles vertueux et de l'autonomisation des femmes », met l'accent sur l'argumentation suivante :

*L'amélioration de l'accès des femmes à la santé et à l'éducation ainsi que de meilleures opportunités d'emploi et d'accès au microcrédit ont élargi le champ des possibilités des femmes et les ont responsabilisées. Malgré la persistance des disparités entre les sexes, les femmes s'imposent de plus en plus comme de puissants catalyseurs de développement, exigeant un plus grand contrôle sur leur fécondité, l'espacement des naissances, l'éducation de leurs filles et l'accès aux services.*

En d'autres termes, grâce à l'existence de programmes tels que la microfinance, de pair avec l'autonomisation des femmes et l'accès aux services de santé génésique, le Bangladesh a été capable d'améliorer son niveau de développement social, même si sa croissance économique

**« Si l'Inde avait progressé au même rythme que le Bangladesh en termes de mortalité infantile pendant la dernière décennie, 732 000 enfants de moins mourraient cette année [en Inde] ».**

n'est en aucun cas comparable à celle de l'Inde. La performance du Bangladesh est illustrée par une intéressante anecdote racontée par Jeffrey Sachs dans son livre intitulé *The End of Poverty*. Celui-ci décrit brièvement les effets de la microfinance dans la vie des usagers. Au cours d'une visite effectuée chez les clientes du programme de microcrédit de BRAC, il apprend que toutes les femmes présentes n'ont pas eu plus de deux enfants chacune ou encore, ne comptent pas en avoir davantage.

*L'attitude des femmes par rapport à la procréation était peut-être plus étonnante que ce qu'elles racontaient à propos du soutien de la microfinance dans le développement des petites entreprises... On trouvait ici un groupe de femmes où la moyenne d'enfants par femme était comprise entre un et deux enfants... Cette norme sociale était nouvelle, démontrant un changement de paradigme tellement radical que le Dr Rosenfield [doyen de l'École de santé publique de l'Université Columbia] s'y intéressa durant toute la visite... Il se rappelait encore des jours où les femmes du Bangladesh avaient entre six et sept enfants<sup>4</sup>.*

L'exemple du Bangladesh illustre bien le potentiel de la microfinance à l'échelle nationale, mais il est aussi permis d'imaginer l'impact potentiel de celle-ci sur la réduction de la pauvreté à l'échelle mondiale. La reconnaissance du lien étroit entre pauvreté, mauvaises conditions de santé et inégalité, de pair avec l'existence de données prouvant les importantes retombées de la microfinance sur ces différentes réalités sociales, milite en faveur d'une expansion des services de microfinance à tous les pauvres et de sa mise en œuvre en tant que stratégie privilégiée dans la réalisation des OMD.

<sup>4</sup> Sachs, Jeffrey (2005): *The End of Poverty*, The Penguin Press, pp. 13-14.



## MAXIMISER LE POTENTIEL :

### MAXIMISER LE POTENTIEL : LA MICROFINANCE COMME VÉHICULE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ GÉNÉSIQUE, PRÉVENIR LE VIH/SIDA ET ACCROÎTRE L'AUTONOMISATION DES FEMMES

*Les institutions de microcrédit reconnaissent de plus en plus leur dépendance vis-à-vis de la santé de leurs clients et de leurs familles. Beaucoup constatent les circonstances difficiles dans lesquelles se trouvent leurs clientes qui doivent jouer le triple rôle d'épouse, de mère et de femme d'affaires. Les autorités locales de santé publique confirment qu'une grande part du risque auquel sont exposés les clients et les institutions de microcrédit serait considérablement réduite grâce à l'utilisation de méthodes efficaces de planning familial. Dans certains pays, la pandémie de VIH/sida est tellement grave que certaines institutions de microcrédit font face à un ralentissement de la croissance de leur portefeuille de prêts, à une faible rétention de leurs clients, à une croissance des échéances impayées et à une baisse continue des dépôts. Le décès du personnel qualifié et une indisponibilité récurrente des employés qui doivent s'occuper de leurs parents mourants affectent aussi la rentabilité de ces institutions.*

Pathways Out of Poverty, 2002

L'intégration de l'éducation en santé génésique à la microfinance tient compte du fait que les pauvres, particulièrement les plus pauvres, auront peu de chance d'avoir accès à l'éducation et aux services de santé génésique sans la promesse de bénéfices immédiats, qu'une offre de crédits abordables peut combler. La perspective d'obtenir un prêt peut attirer les personnes à adhérer à un programme qui leur offre également d'autres types de services. Certaines caractéristiques des programmes de crédit de groupe en font un instrument idéal pour l'intégration de l'éducation en santé génésique :

- 1) La microfinance de groupe permet de réunir les femmes sur une base régulière pendant des mois, voire des années dans le cadre du remboursement de leurs prêts ou du dépôt de l'épargne. Ces rencontres leur permettent de suivre des sessions d'éducation en santé génésique (et sur d'autres sujets reliés à la santé) sur une plus longue période. Ces services sont dispensés aux mères, aux jeunes femmes et aux femmes plus âgées qui n'auraient pas pu les recevoir autrement.
- 2) La croissance des revenus et des actifs générés par la microfinance devrait permettre aux clientes de mettre en pratique leur apprentissage sur la santé génésique et d'accroître leur utilisation des services de santé et de contraception.
- 3) La microfinance permet l'autonomisation des femmes, conforte leur rôle dans la prise des décisions au sein de la famille et rend possible les changements de comportement.
- 4) Les programmes de microfinance atteignent très souvent la rentabilité financière grâce aux intérêts perçus sur les prêts. Ces programmes peuvent générer suffisamment de ressources pour supporter non seulement les services financiers, mais aussi des services supplémentaires d'éducation en santé génésique offerts par le même personnel. La plus grande part des budgets reliés à l'éducation est consacrée à rassembler un nombre suffisant de personnes en présence d'un éducateur, à un moment et à un endroit précis ; cette tâche est déjà accomplie dans le cadre du programme de microfinance.

#### L'impact d'une combinaison des services de microfinance et d'éducation en santé génésique

À la lumière des impacts générés par la microfinance tels que mentionnés précédemment, il est permis de présumer qu'un accroissement de cet impact serait possible en

### L'histoire de Saraswathi

« La nuit, lorsque mes enfants pleuraient parce qu'ils avaient faim, je pensais à me suicider », se souvient Saraswathi Krishnan, qui vit en Inde. Le mari de Saraswathi gagnait très peu d'argent en tant que manœuvre non qualifié et, très souvent, il gaspillait cet argent dans l'alcool. Finalement, lorsque la toiture de leur petite maison était sur le point de s'écrouler, Saraswathi, qui n'avait pas de bijoux ni d'autres possessions pour garantir un emprunt afin de réparer la toiture, décida de vendre sa fille de sept ans à un marchand local pour un prix de 2 000 roupies indiennes (environ 40 USD).

« Tous les jours, ma petite fille se plaignait d'être maltraitée par le marchand. Sa famille prenait ses repas devant elle sans rien lui donner ». Cinq ans plus tard, Saraswathi adhère au Working Women's Forum, un programme d'entraide et de microcrédit basé à Madras en Inde. Elle put rembourser sa dette au marchand à l'aide de son premier emprunt, libérant de la servitude sa fille qui commença à aller à l'école. Puis Saraswathi démarra une micro-entreprise de vente de légumes.

Aujourd'hui, le commerce de légumes de Saraswathi progresse grâce à son travail ardu et à la formation qu'elle a reçue du programme de microcrédit. Elle est heureuse de pouvoir offrir à ses enfants des possibilités d'avenir. Grâce à cette nouvelle source de revenus familiale, Saraswathi ressent de la fierté et une sécurité qu'elle n'avait pas éprouvée auparavant. « Je ne vendrai plus mes enfants ; ils seront éduqués. Maintenant, je veille à ce que mon mari soit bon et ne me batte plus ».

ajoutant l'apport des services d'éducation en santé, particulièrement en santé génésique. Il existe peu d'études sur l'impact de ces programmes intégrés en matière de santé. Cependant, les études existantes nous permettent de formuler de façon éclairée des hypothèses sur les retombées générées par ce type de programmes.

Plusieurs études se sont penchées en particulier sur la relation entre l'utilisation des contraceptifs par les clientes et leur participation aux programmes de microfinance. Certains programmes de microfinance offraient des services d'éducation en santé alors que d'autres n'en offraient pas.

La plupart de ces études ont conclu qu'il y avait une augmentation de l'utilisation des contraceptifs chez les clientes des programmes de microfinance. Chez BRAC au Bangladesh, les membres ayant participé pendant plus de quatre ans au programme avaient un taux d'utilisation de contraceptifs plus élevé (Khandker 1998). Une autre étude sur un nouveau programme de microfinance au Bangladesh a conclu que les participants ayant adhéré au programme durant une année ou plus avaient 1,8 fois plus tendance à utiliser des contraceptifs que le groupe comparé (Steele et al. 1998).

## L'histoire de Janet

Janet Mwima est âgée de 50 ans et participe en Ouganda à un programme intégré de microfinance et d'éducation en santé.

« Ma principale source de revenus provient de la vente du charbon de bois. J'ai un lopin de terre où je cultive du maïs, des haricots et des bananes. Ma famille consomme ce que je cultive ».

« L'éducation [dispensée par le programme de microfinance] me renseigne beaucoup plus sur les soins de santé et je peux prendre soin de ma famille. Puisque j'ai arrêté d'avoir des enfants, je transmets aux autres femmes qui peuvent encore procréer les informations sur le planning familial [reçues au programme], plus précisément les informations relatives à l'espacement des naissances et à l'allaitement maternel ».

Dans le cadre de l'élaboration de ce document, la Campagne du Sommet du Microcrédit a commandé sa propre étude qualitative à la fin 2005, mettant sur pied des groupes de discussion sur trois continents afin d'évaluer l'impact des services intégrés en santé génésique. Un résumé des résultats de cette étude est présenté dans cette section.

### Groupes de discussion

La Campagne du Sommet du Microcrédit a mis sur pied plusieurs groupes de discussion afin de documenter ce texte et de mieux cerner les effets chez les clients d'une participation dans les programmes intégrés de microfinance et d'éducation en santé, particulièrement sur l'autonomisation, la santé génésique et le VIH/sida. Les groupes de discussion se sont déroulés dans trois pays : la Bolivie, le Ghana et les Philippines. Les clientes des organisations offrant des services intégrés et, dans certains cas, les membres de leurs familles, participaient à ces groupes de discussion.

Dans chaque pays, différentes catégories de personnes assistaient aux discussions ; certains groupes ne comprenaient que les clients des programmes, d'autres réunissaient les clients ainsi que les membres de leurs familles. Pendant les discussions, on demandait aux participants comment leur

participation aux programmes de microcrédit avait affecté leur vie, notamment en ce qui concerne les compétences commerciales, la charge de travail, la prise de décisions au sein de la famille, les soins de santé avant et après l'accouchement, le planning familial et la sensibilisation au VIH/ sida.

Dans les trois pays, les femmes ont massivement reconnu avoir apprécié leur participation aux programmes intégrés et ont mentionné les effets positifs de ces programmes sur la plupart des aspects signalés. Dans les trois pays, (a) les clientes ont reconnu avoir acquis des compétences et des informations importantes relativement à la gestion de leurs activités, telles que la séparation des dépenses commerciales et personnelles, la budgétisation et la diversification des produits et (b) les femmes ont reconnu qu'elles participaient conjointement avec leur mari aux prises de décisions familiales quant à l'utilisation de l'argent du foyer.

Au Ghana, dans les groupes de discussion menés avec les clients de Upper Manya Kro Rural Bank, les participants ont reconnu que leur charge de travail avait considérablement diminué depuis leur accession au programme intégré de microfinance et d'éducation en santé. Les femmes ont expliqué qu'elles n'avaient plus besoin d'emprunter de l'ar-

gent d'autres sources ou d'acheter à crédit, ce qui était très souvent la source d'ennuis pécuniaires, de stress et de querelles dans le foyer.

« Avant, à la moindre provocation, il y avait des querelles à la maison à cause de la charge de travail élevée que chaque membre de la famille devait accomplir juste pour répondre à ses besoins essentiels. Maintenant, nous vivons en paix parce que nous n'avons plus besoin de nous surmener », a expliqué l'une des participantes.

En matière de santé génésique, beaucoup de femmes ont reconnu qu'elles utilisaient les services de soins de santé pré- et post-natals offerts par les cliniques locales, en dépit des difficultés d'accès à ces services, dans certains cas. De même, dans ces trois pays, la plupart des femmes ont donné naissance à domicile avec l'assistance d'une sage-femme ou d'un membre du personnel médical de la clinique. D'autres, particulièrement dans le cas des grossesses difficiles ou avec d'autres formes de complications, ont donné naissance à l'hôpital ou dans une clinique.

Les conclusions tirées des groupes de discussion mettent particulièrement l'accent sur le besoin pressant de services, produits et formations supplémentaires en matière d'espacement des naissances et de contraception. Les femmes des trois pays ont reconnu avoir reçu de l'aide et des informations de la part du personnel sur le planning familial, la disponibilité des services de santé et le VIH/sida. Elles perçoivent le programme de microfinance comme une source précieuse d'information sur ces questions et estiment qu'il constitue un lieu adéquat pour recevoir des conseils et de l'information sur la santé génésique et le VIH/sida. En Bolivie, les participantes de deux des quatre groupes de discussion ont reconnu avoir prodigué des conseils aux membres de leurs familles et à leurs amis en matière de planning familial et de VIH/sida. L'offre de conseils semble être un service très apprécié par les participantes au programme de CRECER.

Aux Philippines, les participantes des groupes de discussion, qui étaient aussi des clientes de CARD, ont reconnu avec beaucoup d'émotion que leur groupe de crédit les avait soutenues et leur avait permis d'accroître leur confiance en elles. Le modérateur du groupe de discussion a commenté ainsi le témoignage de l'une des participantes :

**Nous avons appris [sur le VIH/sida] avec CRECER. Parfois nous n'avons pas l'occasion de parler avec nos époux, mais ici [dans le groupe] nous pouvons nous parler entre nous.**

*Elle pense que la participation à CARD lui donne une grande responsabilité mais elle en est heureuse : elle en éprouve de la fierté et un sentiment d'épanouissement en tant que femme et épouse. Sa participation au CARD et l'entreprise qu'elle a lancée ont encouragé son mari à mieux travailler. Cela a inspiré ce dernier à vivre une vie plus rangée ; ses loisirs liés aux combats de coqs et autres vices ne sont plus que des souvenirs. Elle est également heureuse de pouvoir aider d'autres personnes et générer des emplois. Elle ne voit plus le travail comme un effort, mais plutôt comme un accomplissement.*

### Résumé des conclusions de l'évaluation des ateliers

Nous avons également recueilli, à partir des évaluations des ateliers de formation organisés par la Campagne du Sommet du Microcrédit en Afrique et en Asie, des informations sur les services intégrés de microfinance et d'éducation en santé. Grâce à l'assistance technique de Freedom from Hunger, de la fin 2004 jusqu'en septembre 2005, et au soutien financier du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Fondation des Nations Unies et de la Fondation Johnson and Johnson, la Campagne du Sommet du Microcrédit a conduit une série d'ateliers de trois et cinq jours sur l'intégration de l'éducation en santé aux programmes de microfinance. Ces ateliers de formation furent organisés dans huit pays d'Asie et d'Afrique, avec des représentants de plus de 160 institutions qui ont assisté à un ou deux ateliers. Des évaluateurs indépendants avaient été recrutés pour faire le suivi avec les institutions et évaluer les progrès dans l'exécution des services intégrés.

Les résultats des évaluations effectuées dans sept pays indiquent le degré d'intérêt des organisations locales à offrir des services intégrés et révèlent le potentiel d'expansion de ces services. Parmi les 164 institutions ayant pris part aux ateliers de formation dans sept des huit pays, 46 ont commencé à intégrer les services d'éducation en santé à leurs programmes de microfinance. La plupart le font à travers des projets pilotes, impliquant de 3 à 70 % des fonds de leurs caisses villageoises, selon les organisations. Une fois que ces 46 institutions étendront leurs services combinés à tous leurs clients, elles toucheront plus de 463 000 partici-

**Une fois que ces 46 institutions étendront leurs services combinés à tous leurs clients, elles toucheront plus de 463 000 participants, affectant ainsi près de 2,3 millions de membres de leurs familles.**

pants, affectant ainsi près de 2,3 millions de membres de leurs familles. Trente-huit autres institutions n'ont pas encore commencé l'intégration des services d'éducation en santé mais sont en processus de planification ; ces institutions représentent 270 000 clients de microfinance supplémentaires.

Les évaluateurs ont effectué des visites auprès d'un échantillon d'institutions ayant débuté des sessions d'éducation en santé dans deux domaines cruciaux : la prévention et les soins relatifs au VIH/sida, et la gestion intégrée des maladies infantiles. Les évaluateurs ont utilisé des questionnaires différents en début et en fin d'activité pour mieux cerner le degré de connaissance des clientes avant et après les sessions d'éducation, de même que les types d'action qu'elles prévoyaient mener à la suite de la formation.

Lors des visites effectuées sur le terrain, les évaluateurs ont demandé aux organisations de quel type d'aide elles auraient besoin pour renforcer et multiplier les services

intégrés. De façon unanime, elles ont exprimé le besoin d'un financement accru pour faire face aux coûts additionnels représentés par la formation et l'achat de matériel dans le but d'intégrer l'éducation en santé à leurs programmes de microfinance. **La plupart ont exprimé leur désir de voir « normaliser l'éducation en santé » dans les services de microfinance, et d'obtenir le soutien et la reconnaissance des donateurs.** Les institutions de microfinance ont également exprimé le besoin d'une assistance technique en matière de suivi et d'évaluation des services intégrés pour mieux comprendre l'impact de l'éducation sur la santé.

Les évaluations des ateliers d'intégration de la Campagne du Sommet du Microcrédit démontrent l'intérêt et la volonté des institutions de microfinance à fournir l'éducation en santé conjointement avec les services financiers. La portée de tels services intégrés est significative étant donné que la première série d'ateliers a le potentiel d'atteindre plus d'un demi-million de clients et, par ricochet, plusieurs millions de membres de leurs familles.

Les évaluateurs ont utilisé des questionnaires différents en début et en fin d'activité pour mieux cerner le degré de connaissance des clientes avant et après les sessions d'éducation, de même que les types d'action qu'elles prévoyaient mener à la suite de la formation.

Ce que les clientes connaissaient déjà	Ce que les clientes ont appris	Actions qu'elles prévoient mener
<p><b>VIH/sida :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le sida ne se soigne pas</li> <li>Le VIH se transmet par voie sexuelle et l'utilisation commune d'outils tranchants</li> <li>L'abstinence et l'utilisation des préservatifs freinent la propagation du VIH</li> <li>Les prostitués et les personnes vivant dans la promiscuité sexuelle sont vulnérables</li> </ul> <p><b>Maladies infantiles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les enfants qui vomissent, ont du sang dans les selles et ont des convulsions doivent aller à l'hôpital</li> <li>Tous les cas de diarrhée ne nécessitent pas impérativement des soins médicaux</li> <li>Les médicaments doivent être administrés sans délai aux enfants</li> </ul>	<p><b>VIH/sida :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le VIH peut être contracté par voie sexuelle, par l'utilisation commune d'outils tranchants, par l'accouchement et l'allaitement maternel, ainsi que par transfusion sanguine</li> <li>Il est important de savoir si l'on est ou non porteur du VIH</li> <li>L'utilisation du préservatif et de nouvelles seringues peut prévenir le VIH</li> <li>Les tests sanguins peuvent vous révéler si vous êtes ou non porteur du VIH</li> </ul> <p><b>Maladies infantiles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer les signes qui indiquent que l'enfant a besoin d'une attention médicale immédiate</li> <li>Les enfants malades ont besoin d'une alimentation riche plus fréquente</li> </ul>	<p><b>VIH/sida :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Éduquer les membres de la famille, les amis et les voisins</li> <li>Se protéger contre le VIH grâce à une vigilance accrue lors de l'utilisation commune d'outils tranchants</li> <li>Donner aux personnes des groupes à haut risque des conseils au sujet des tests de dépistage et de la réduction des risques</li> <li>Rester fidèle à leur époux/épouse</li> <li>Éviter les relations sexuelles non protégées</li> <li>Se faire tester pour le VIH</li> </ul> <p><b>Maladies infantiles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informé le médecin de tous les problèmes de santé rencontrés par leurs enfants</li> <li>Emmener immédiatement les enfants à l'hôpital au moindre signe de danger</li> <li>S'assurer que les médecins administrent à leurs enfants les examens nécessaires</li> <li>Administrer les soins à domicile pour les maladies infantiles fréquentes</li> </ul>

## DEUX ÉTUDES DE CAS EN BOLIVIE :

### INTÉGRATION RÉUSSIE DE L'ÉDUCATION EN SANTÉ AUX SERVICES DE MICROFINANCE

*« Le prêt me permet d'acheter des légumes en plus grosse quantité pour que je puisse vendre davantage. Cela me permet d'augmenter mes bénéfices. Je peux alors acheter du lait pour mon fils. Mes revenus me permettent aussi de faire des économies. Maintenant j'ai suffisamment d'épargne pour faire face à une urgence et aider ma famille durant les périodes difficiles. Avant, je ne pouvais pas. Nous avons appris beaucoup de choses sur la manière de nourrir les nourrissons et les enfants. Nous avons aussi appris l'importance d'une bonne hygiène pour prévenir les maladies telles que la diarrhée. Cet apprentissage est primordial. Beaucoup de femmes du village ont perdu leurs enfants lorsqu'ils sont tombés malades. Je sais comment protéger mon fils et je partage cette connaissance avec les autres femmes de ma communauté – même les plus âgées ».*

Rosemary Flores, mère de 20 ans, avec un fils âgé de deux ans, membre de Crédito con Educación Rural de CRECER en Bolivie.

On trouve beaucoup d'exemples d'institutions de microfinance ayant réussi à intégrer des services non financiers à la microfinance sans pour autant compromettre les bénéfices recueillis par les clients ou la viabilité financière de l'institution. L'approche la plus prometteuse d'un service intégré de microfinance et d'éducation en santé génésique est celle qui combine les deux services à tous les niveaux de l'institution. Le modèle repose sur l'apport d'un personnel de terrain qui offre conjointement des services de microfinance et d'éducation dans un contexte unique : la réunion de groupe. Cela permet à l'institution de faire des économies puisqu'il n'est pas nécessaire de mettre en place des structures administratives et programmatiques séparées pour gérer les deux services, permettant ainsi de couvrir les

coûts marginaux liés à l'éducation par les revenus de la microfinance.

Deux institutions en Bolivie – CRECER et Pro Mujer – illustrent de façon éloquente l'intégration réussie de l'éducation en santé, y compris la santé génésique et la prévention contre le VIH/sida, aux services de microfinance. Ces deux organisations orientent leur offre de services vers les femmes pauvres et reconnaissent la nécessité d'offrir des services variés pour améliorer le statut des familles pauvres. Cette section résume les études de cas de ces deux institutions.

#### Résumé du cas de CRECER<sup>3</sup>

##### Introduction

Crédito con Educación Rural (CRECER) est la plus vaste organisation de prêt de groupe en Bolivie, largement reconnue au cours des années précédentes pour avoir réussi à atteindre l'autonomie financière sans compromettre son engagement envers les services d'éducation en santé ni son offre de services aux clients pauvres. La mission de CRECER est d'offrir aux femmes pauvres et aux familles des zones rurales et des zones urbaines marginalisées de Bolivie une gamme appropriée de services intégrés de finance et d'éducation, afin de soutenir leurs initiatives en vue d'améliorer leur santé, leur alimentation et leur statut économique.

##### Méthodologie

L'approche méthodologique utilisée par CRECER repose sur les caisses villageoises (ou associations communales), qui sont composées de 15 à 20 membres. Les membres de chaque caisse élisent un conseil d'administration de cinq personnes pour diriger le groupe. Les prêts de CRECER sont octroyés au groupe et sont ensuite répartis parmi les membres. La taille des prêts individuels est en moyenne de 150 USD, montants qui doivent être remboursés à l'intérieur d'une période de 16 à 24 semaines. Pour être admissible à un prêt, au moins 10 % de la valeur de celui-ci doit être déposée dans un compte d'épargne.

<sup>3</sup> Le texte complet de l'étude de cas de CRECER se trouve à l'adresse <http://www.microcreditsummit.org>.

Des rencontres entre les caisses villageoises de CRECER ont lieu chaque semaine ou chaque quinzaine dans les communautés qui ont adhéré au programme. Le personnel local de CRECER (ou promoteurs) participe à ces rencontres au cours desquelles les membres remboursent une partie de leur prêt et déposent leur épargne. Les promoteurs forment non seulement les nouvelles caisses villageoises et les nouveaux membres sur la gestion des finances du groupe, mais ils animent aussi des sessions d'éducation sur une variété de sujets tels que la santé des mères et des enfants, la santé génésique, l'estime de soi et la gestion des affaires. Quelque 124 promoteurs sont employés par CRECER pour administrer les services intégrés sur le terrain. CRECER soutient que l'intégration de l'éducation en santé à ses produits financiers constitue un avantage compétitif sur le marché dynamique de la microfinance en Bolivie.

#### Sujets d'éducation en santé offerts par CRECER :

- [Planning familial](#)
- [Santé des femmes](#)
- [Allaitement](#)
- [Gestion intégrée des maladies infantiles](#)
- [Alimentation des nourrissons et des enfants](#)
- [Vaccination](#)
- [Prévention et traitement de la diarrhée](#)
- [Estime de soi](#)

CRECER cherche à améliorer la qualité de l'éducation en santé offerte lors de ses rencontres hebdomadaires. Dans certaines régions, CRECER a établi des partenariats avec des fournisseurs de services de santé – telles les cliniques rurales – pour orienter les malades vers les services ou les cliniques appropriés. Le personnel des cliniques participe aussi aux rencontres des caisses villageoises pour évaluer les besoins en soins médicaux. De plus, à l'occasion des rencontres de caisses villageoises, CRECER fait la promotion de campagnes sanitaires telles les campagnes de vaccination et de tests de Papanicolaou (analyse de frottis vaginaux).

CRECER a aussi mis sur pied un réseau innovateur au sein de son programme Crédit avec éducation, qui fournit des informations sur le planning familial et offre des contraceptifs aux clientes des caisses villageoises. Le programme, appelé Système de distribution communautaire, identifie un

membre de la caisse villageoise qui devient la Distributrice communautaire (DC). Les 330 DC suivent une formation spéciale sur l'utilisation de différentes méthodes de planning familial et sont approvisionnées en contraceptifs à prix subventionné<sup>6</sup>. Le stock d'une DC est réapprovisionné par le promoteur, mais limité par réglementation gouvernementale aux préservatifs et aux colliers du cycle. Cependant, la DC est formée pour offrir des conseils sur un ensemble d'options de planning familial et entretient des liens avec des fournisseurs de service en planning familial.

#### Couverture et autonomie financière

En septembre 2005, CRECER offrait des services à 68 748 clients, en majorité des femmes, dans huit des neuf départements de la Bolivie. Même si CRECER dispense des services d'éducation en sus de ses services financiers et dessert principalement une clientèle pauvre, sa performance financière est impressionnante avec un ratio d'autosuffisance d'exploitation de 133 %<sup>7</sup>. Les progrès accomplis par CRECER au cours des dernières années en termes de croissance, d'efficacité et d'autonomie financière ont été constants, en dépit du maintien de l'offre de services supplémentaires d'éducation en santé – dont les coûts sont entièrement couverts par les revenus des services financiers.

En décembre 2001, par exemple, CRECER dispensait des services à quelque 30 989 clients. Le montant de ses encours de prêts atteignait près de 4 millions USD, le ratio de productivité de son personnel était de 223 clients par agent et son ratio d'autosuffisance d'exploitation était de 102 %. Quatre ans plus tard, le nombre de ses clients avait plus que doublé, de même que le nombre de clients servis par chaque agent. Le portefeuille avait augmenté de plus de 30 % et son ratio d'autosuffisance d'exploitation était de 133 %.

**CRECER soutient que l'intégration de l'éducation en santé à ses produits financiers constitue un avantage compétitif sur le marché dynamique de la microfinance en Bolivie.**

#### CRECER en chiffres :

Nombre de caisses villageoises	4 306
Nombre de membres	68 748
Montant des prêts en cours	12 462 959 USD
Montant des épargnes	3 237 807 USD
Taille moyenne des prêts par emprunteur	150 USD
Portefeuille à risque	0,17 %
Autosuffisance d'exploitation	133 %

Afin de mieux connaître le profil de sa clientèle et de s'assurer que ses services atteignaient bien les populations ciblées, CRECER donna en 2001 au Programme de finance rurale de l'Université de l'État de l'Ohio (Ohio State University) et à AGRODATA le mandat d'évaluer le niveau de pauvreté de ses clients. Voici un bref résumé de ces études :

- Environ trois quarts (73 %) des foyers clients de CRECER vivaient en dessous du seuil de pauvreté national. Plus spécifiquement, environ un quart (23 %) de la clientèle de CRECER était identifiée comme étant « la plus pauvre », la moitié (50 %) comme « modérément pauvre », un cinquième (21 %) se trouvait au seuil de pauvreté et seulement quelques-uns (6 %) faisaient partie des « non pauvres » (Gonzalez-Vega, 2001)<sup>8</sup>.
- Au début de l'année 2002, l'outil de mesure de la pauvreté de CGAP fut utilisé sur un échantillon de nouveaux clients de CRECER et de non-clients. Les résultats de cette analyse confirmèrent que les services favorisaient les pauvres, avec 39 % des clients classés dans le tiers le plus pauvre, 40 % dans le tiers du milieu et seulement 22 % dans le tiers des mieux nantis (Jimenez, 2002)<sup>9</sup>.

CRECER réussit à atteindre son objectif d'autonomie financière tout en dispensant des services à un grand nombre de clients pauvres. Elle le fait en couvrant le coût marginal lié à l'offre de services d'éducation en santé et à la gestion commerciale. CRECER est de plus en plus reconnue dans la

communauté de la microfinance pour ses réalisations. CRECER fut l'une des deux organisations mentionnées dans un article commandé par la Campagne du Sommet du Microcrédit comme étant des modèles reconnus dans l'atteinte de l'autonomie financière tout en dispensant des services aux plus pauvres.

#### Résumé du cas de Pro Mujer Bolivie<sup>10</sup>

##### Introduction

Pro Mujer est une institution bolivienne non réglementée dont la mission est de « soutenir les femmes exclues socio-économiquement par le biais de services participatifs intégrés pour les aider à améliorer leurs conditions de vie personnelles, familiales et communautaires ». Pro Mujer Bolivie fut le premier membre du réseau Pro Mujer qui comprend des organisations du Pérou, du Nicaragua et du Mexique. Pro Mujer Bolivie possède aujourd'hui des bureaux dans 41 communautés situées dans les régions de El Alto, La Paz, Cochabamba, Sucre, Tarija, Potosí, Santa Cruz, Oruro et Beni.

##### Méthodologie

Les services intégrés de microfinance et de santé de Pro Mujer Bolivie sont offerts à des femmes regroupées dans des associations communales. L'institution offre la plupart de ses services à des femmes pauvres analphabètes vivant dans des zones urbaines et périurbaines ; elle croit que « ces segments de la population ont besoin d'un type d'intervention intégral de la part de l'institution, comprenant de services de développement humain qui répondent à leurs besoins sociaux et personnels et qui renforcent les effets positifs du crédit ».<sup>11</sup> Les associations communales sont en moyenne composées de 25 membres. Pour fonder une association communale, les groupes doivent recevoir une formation (d'un total de 10 heures environ) en gestion et en administration de leurs groupes de même qu'en autonomisation des femmes. Ces sessions de formation sont dispensées par le personnel de Pro Mujer.

Les prêts sont offerts aux groupes pour des périodes de trois à sept mois et sont ensuite répartis parmi les membres individuels. Le montant des prêts varie de 100 à 1000 USD et les clientes remboursent le principal et les intérêts lors des rencontres hebdomadaires. Pour recevoir un prêt, chaque cliente doit aussi déposer un montant spécifique tiré de ses épargnes, calculé selon la durée du prêt et le montant emprunté par la cliente.

<sup>6</sup> CRECER achète les contraceptifs à des prix subventionnés auprès de fournisseurs locaux.

<sup>7</sup> En d'autres mots, 133 % des coûts totaux du programme sont couverts par les revenus du programme.

<sup>8</sup> Gonzalez-Vega, Claudio (2001) : « Profile of the Clients of CRECER and Their Households in Bolivia ». Résultats préliminaires du programme de finance rurale, Ohio State University, Columbus, OH.

<sup>9</sup> Jimenez, Miguel (2002) : « A Poverty Assessment of Micro-finance CRECER, Bolivia » au nom du Groupe consultatif d'assistance aux pauvres.

<sup>10</sup> Le texte complet sur le cas de Pro Mujer Bolivie se trouve à l'adresse <http://www.microcreditsummit.org>

<sup>11</sup> Rapport annuel 2005 de Pro Mujer Bolivie

Les services non financiers ou de développement humain offerts par Pro Mujer Bolivie sont de deux types : développement d'entreprise et santé. Le service de développement d'entreprise est offert dans le but d'améliorer les compétences commerciales des clients. Les services de santé dispensés par Pro Mujer doivent répondre aux objectifs suivants :

- sensibilisation et orientation des femmes sur les divers aspects reliés à la santé familiale de sorte qu'elles puissent prévenir les maladies les plus courantes qui pourraient affecter leurs familles ;
- orientation en santé sexuelle et en santé génésique pour que les femmes réalisent l'importance d'espacer les naissances et entrevoient la possibilité de contrôler leur fécondité ;
- offre d'assistance et d'orientation élémentaire pour résoudre les problèmes de santé de premier degré et, dans le cas de problèmes plus complexes, orientation vers des centres de santé.

### Une étude menée par Pro Mujer sur les perceptions concernant l'accès aux services de santé génésique

En 1996 et 1997, Pro Mujer Bolivie mena une étude à El Alto et Sucre pour mieux comprendre les perceptions des utilisateurs et des non-utilisateurs concernant les services de santé génésique ainsi que les perceptions des fournisseurs à propos de ces services. Les résultats ont permis de mieux comprendre l'attitude de la clientèle potentielle et celle des fournisseurs de services de santé vis-à-vis de cette clientèle. Pro Mujer fut particulièrement intéressée par le fait que les principales raisons invoquées par les utilisateurs et les non-utilisateurs de services de santé génésique pour expliquer qu'ils n'avaient pas accédé à ses services de santé étaient l'absence de ressources économiques et un sentiment de peur, de honte et d'embarras. Afin d'améliorer l'accès aux services de santé, les participants à l'étude suggèrent qu'un personnel chaleureux et bien formé soit disponible à tous les points de service et que ces services soient dispensés rapidement, en privé et dans la langue des bénéficiaires<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> De la Quintana, Claudia, Gretzel Jové et Carmen Velasco (1998) : Salud Reproductiva en Población Migrante. Estudio comparativo El Alto – Sucre, Pro Mujer & Family Health International, Bolivie.

Les services de santé offerts par Pro Mujer à ses clientes sont dispensés dans des salles de consultation situées dans les bureaux de Pro Mujer ou dans les centres de rassemblement (centres focaux). Une attention particulière est portée sur les services relatifs à la santé génésique et sexuelle, la santé des nourrissons et la santé familiale. L'éducation en santé traite de diverses questions reliées à la santé génésique ainsi qu'à la santé maternelle et de l'enfant. En juin 2005, plus de 45 000 membres avaient accès aux consultations sur la santé sexuelle ou la santé génésique dans les centres focaux, plus de 5700 membres recevaient des consultations prénatales et plus de 9000 sessions d'éducation en santé étaient organisées.

#### Sujets d'éducation en santé traités par Pro Mujer :

- Responsabilités des pères et des mères
- Méthodes de planification familiale
- Grossesse et accouchement
- Avortement
- Infections sexuellement transmissibles
- Cancer de l'utérus et cancer du sein

Les rencontres des associations communales ont lieu chaque semaine à des endroits établis par Pro Mujer. Ces centres focaux peuvent loger le personnel et offrir tous les services de l'organisation. Les 41 centres focaux sont situés dans des endroits géographiquement stratégiques de sorte que la plupart des clients n'ont pas à effectuer des déplacements de plus de 30 minutes pour arriver au centre. Le personnel en santé et en développement d'entreprise est logé au centre focal de sorte que les clients peuvent avoir directement accès aux services pendant les jours de rencontre hebdomadaire.

La grande différence en matière d'offre de service entre Pro Mujer et CRECER est que le personnel de CRECER va vers les clients et offre en même temps des services financiers et d'éducation en santé dans les communautés, tandis que les clients de Pro Mujer viennent au centre focal où un personnel varié leur offre différents services.

#### Couverture et autonomie financière

En septembre 2005, Pro Mujer offrait ses services intégrés de microfinance, santé et développement d'entreprise à plus de 68 000 clients, dont la plupart étaient des femmes. Le ratio d'autosuffisance d'exploitation des services de microfi-

nance de l'organisation était de 107 %, excluant les coûts des services non financiers. Pro Mujer Bolivie a augmenté régulièrement la couverture de son programme à plus de 20 % par an au cours des trois dernières années. Le portefeuille total de ses prêts a crû encore plus rapidement.

L'organisation a fait des progrès afin d'assurer la couverture des coûts des services non financiers par les revenus générés par le programme. En début d'année, l'ensemble du réseau des institutions Pro Mujer a participé à une étude menée dans le cadre du Practitioner Learning Program (Programme d'apprentissage pour les opérateurs) du réseau SEEP (Small Enterprise Education and Promotion). Dans le cadre de cette étude, Pro Mujer participa à un exercice d'affectation des coûts pour établir les coûts réels reliés à ses services financiers et de santé. Voici l'une des conclusions tirée de cette étude. « Fait intéressant, les niveaux d'autonomie financière en matière d'offre de services financiers se sont améliorés en moyenne de 20 % après affectation des coûts, tandis que les services de santé couvraient jusqu'à 142 % de leurs coûts grâce aux revenus et aux dons et jusqu'à 70 % grâce aux revenus générés à eux seuls ».<sup>13</sup>

L'étude calcula également que les services de Pro Mujer Bolivie – financiers et éducatifs rassemblés – coûtaient à l'institution 5,60 USD par client par an. Pro Mujer considère l'autosuffisance financière de ses services non financiers comme étant une priorité institutionnelle et estime que celle-ci lui permet d'améliorer la performance de ses services financiers.

#### Pro Mujer en chiffres :

Nombre de caisses villageoises	3 329
Nombre de membres	68 883
Nombre d'épargnants	14 477
Montant de prêts en cours	8 416 345 USD
Montant des épargnes des clients	4 092 107 USD
Taille moyenne des prêts par emprunteur	183 USD
Portefeuille à risque	0,5 %
Autosuffisance d'exploitation	107 %

<sup>13</sup> Berry, John (2005) : « Healthy Women, Healthy Business: A Comparative Study of Pro Mujer's Integration of Microfinance and Health Services », Résumé d'étude de cas, SEEP Network Practitioner Learning Program.

<sup>14</sup> FINRURAL (2003) : Evaluación de Impactos de Programas para La Mujer (Pro Mujer) Bolivia, Rapport final.

Pro Mujer vérifie le profil de ses nouveaux clients pour s'assurer que sa population cible, les femmes pauvres et marginalisées, ait réellement accès à ses services. En fait, les nouveaux membres des associations communales sont presque entièrement des femmes marginalisées avec un faible statut socio-économique et la plupart ne possèdent pas de microentreprise. La majorité des nouveaux clients de Pro Mujer ont un accès limité au crédit, un faible revenu familial et très peu d'éducation formelle. Plus de la moitié des familles des nouveaux clients ont traversé une crise alimentaire pendant l'année précédente.

Une évaluation d'impact complète de Pro Mujer Bolivie fut menée en 2003 par FINRURAL. L'étude analysait l'impact des services intégrés sur le niveau de pauvreté des clients membres depuis plus de deux ans, en les comparant à un groupe similaire n'ayant pas bénéficié des services de Pro Mujer. Le rapport a conclu que les services de Pro Mujer avaient permis de diminuer le niveau de pauvreté puisque 20 % des foyers des participants au programme étaient maintenant considérés comme pauvres, contre 40 % des foyers des non-participants<sup>14</sup>.

Le modèle d'intégration de Pro Mujer offre des bénéfices intéressants en fournissant non seulement des services d'éducation mais aussi des soins de santé génésique. De plus, l'institution démontre que ces services ne l'ont pas empêché de progresser vers l'autonomie financière à condition qu'une aide subventionnée modeste soit fournie aux services de santé et de développement d'entreprise. Pro Mujer pense qu'en offrant ses services intégrés, l'organisation peut compter sur une plus grande loyauté de la part de ses clients et jouit ainsi d'un positionnement plus compétitif sur le marché bolivien.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ce document a démontré la viabilité de la microfinance comme stratégie d'éradication de la pauvreté au niveau local, national et international. Il a aussi confirmé que la microfinance représentait un véhicule idéal pour offrir des services d'éducation en santé génésique à un grand nombre de femmes pauvres et très pauvres. Des institutions telles que CRECER et Pro Mujer en Bolivie, ainsi que BRAC et la Grameen Bank au Bangladesh, ont déjà réussi à le faire et des douzaines d'autres organisations ont manifesté un intérêt croissant pour offrir des services intégrés d'éducation en santé et de microfinance. **Mais que peut-on faire pour s'assurer que ces services réalisent leur plein potentiel ?**

Intégrer la microfinance et l'éducation en santé génésique peut constituer un outil déterminant permettant d'atteindre les OMD d'ici 2015, particulièrement lorsqu'ils sont mis en place par des institutions de microfinance bien gérées qui réussissent à rejoindre des gens très pauvres. Cependant, deux conditions doivent être respectées pour maximiser l'efficacité de cet outil. Premièrement, la microfinance doit devenir un pilier dans la stratégie de réduction de la pauvreté extrême de moitié d'ici 2015. Deuxièmement, les services intégrés de santé génésique et de microfinance doivent être offerts à une échelle suffisamment large pour que leur impact sur la santé soit ressenti aux niveaux national et mondial.

Lors du Sommet mondial tenu à New York en septembre 2005, 151 chefs d'État provenant de tous les continents se sont réunis pour évaluer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des OMD. Le document faisant état des Résultats du Sommet mondial 2005 a reconnu les vertus de la microfinance. « Nous reconnaissons le besoin d'accéder aux services financiers, en particulier les services pour les pauvres, y compris la microfinance et le microcrédit ».

D'autres organisations internationales partagent cette vision,

**La microfinance est l'une des stratégies et approches qui doivent être exécutées et soutenues pour réaliser l'ambition audacieuse de réduire de moitié la pauvreté mondiale.**

*Investir dans le développement, Projet du Millénaire des Nations Unies*

corroborée notamment par les Déclarations du G8 de 2004 et 2005, la Commission sur le développement du secteur privé, le Projet du Millénaire des Nations Unies et le Rapport de la Commission sur l'Afrique. Ces instances ont reconnu dans leurs déclarations que la microfinance était une stratégie essentielle pour endiguer la pauvreté. Cependant, malgré l'appel lancé par les leaders internationaux et les agences internationales visant à faire de la microfinance le pivot des stratégies de réduction de la pauvreté, les engagements financiers sont plutôt minces en termes réels. La Banque mondiale, dont la mission est « d'aider les pays en voie de développement et leurs peuples à atteindre les OMD en travaillant avec leurs partenaires pour faire disparaître la pauvreté »<sup>15</sup>, contribue moins de un pour cent de son budget annuel à la microfinance. Les gouvernements et autres organisations de développement doivent aussi mettre en pratique la théorie.

**Les agences de développement, les gouvernements, les IMF et les donateurs peuvent accroître et renforcer leur contribution visant à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en soutenant l'intégration de l'éducation en santé génésique, incluant la prévention et les soins du VIH/sida, à des services de microfinance durables centrés sur la réduction de la pauvreté et bénéficiant à des groupes de femmes pauvres et très pauvres.** Selon les données les plus récentes de la Campagne du Sommet du Microcrédit, le nombre de clients desservis par la microfinance augmente rapidement chaque année. La microfinance permet aux familles d'augmenter leurs compétences économiques et de réduire leur vulnérabilité face à des événements traumatisants. Beaucoup d'organisations de microfinance cherchent à intégrer aux services de microfinance des services d'éducation de qualité en santé génésique. Lorsque ces organisations apportent aux groupes de femmes pauvres et très pauvres un soutien bienveillant

**« Je suis contente d'avoir appris quelque chose sur le planning familial, surtout parce que je suis jeune. J'ai appris comment me protéger en utilisant des préservatifs ».**

*Sarah Wanyenze, membre de FOCCAS, un programme intégré de microfinance en Ouganda*

### L'histoire de Rajamma

Rajamma vit à Karnataka en Inde. Avant de recevoir son premier prêt de l'organisation The Bridge Foundation (TBF), elle faisait le ménage dans les maisons des « castes supérieures », ce qui lui permettait notamment de nourrir ses filles avec les restes de nourriture de ces foyers. Elle était si désespérée qu'elle emprunta de l'argent auprès d'un riche propriétaire terrien. Incapable de le rembourser, elle fut obligée d'envoyer ses filles travailler chez lui comme quasi-esclaves. Rajamma devint membre du Groupe d'entraide local de TBF et contracta un emprunt de 7000 Rs. (196 USD) pour acheter une vache laitière. En 10 mois, elle remboursa l'emprunt et libéra ses filles de leur engagement. Elle gagne aujourd'hui plus de 1200 Rs. (34 USD) chaque mois. Avec son épargne, elle a acheté la moitié d'un acre de terre et contracté un autre emprunt pour irriguer le terrain afin d'y cultiver des arachides. La fille aînée de Rajamma est en train d'apprendre le métier de tailleur tandis que les plus jeunes vont à l'école. Rajamma dit avec fierté que TBF l'a aidée à retrouver sa dignité et son estime de soi. Elle est l'un des membres les plus actifs du groupe et est considérée avec respect dans son village.

et adapté à leur culture locale, elles aident au renforcement de leur confiance en elles et de leur pouvoir décisionnel au sein de la famille et de la communauté – facteurs essentiels de progrès pour toutes les femmes, particulièrement les plus pauvres.

### Actions recommandées pour les agences de développement, les gouvernements et les donateurs

Les agences de développement, les gouvernements et les donateurs peuvent concentrer leurs énergies sur huit mesures visant à renforcer leur contribution aux OMD en intégrant l'éducation en santé génésique aux programmes de microfinance :

- Octroyer des ressources financières considérables – destinées à l'intégration de services d'éducation en santé génésique et autres problématiques reliées à la santé – aux organisations de microfinance, celles dont le travail est axé sur l'offre de services aux pauvres et aux plus pauvres, en particulier aux femmes, et sur l'atteinte de l'autonomie financière.
- Promouvoir auprès d'autres organismes de développement, des gouvernements et des donateurs l'intégration de l'éducation en santé génésique à la microfinance en distribuant ce document, en organisant des réunions d'information et en élaborant d'autres outils de promotion.

<sup>15</sup> Site Internet de la Banque Mondiale : <http://www.worldbank.org/>

- Promouvoir la microfinance durable pour les très pauvres en tant que stratégie essentielle pour atteindre les OMD à l'aide de déclarations, de présentations et de diverses publications.
- Promouvoir et financer les efforts visant à évaluer l'impact des services intégrés d'éducation en santé génésique et de microfinance sur la santé des familles pauvres.
- Identifier, soutenir et collaborer avec les institutions (opérateurs et organisations offrant une assistance technique internationale) ayant de l'expérience et des compétences en matière d'intégration de l'éducation en santé génésique à la microfinance.
- Organiser des symposiums sur ce sujet parmi les donateurs avec la participation de directeurs d'institutions telles que Grameen Bank, Pro Mujer, CRECER et Freedom from Hunger.
- Capitaliser sur le dynamisme actuel généré par les séminaires organisés dans le cadre de la Campagne du Sommet du Microcrédit en faisant la promotion et soutenant la tenue de séminaires subséquents et autres mécanismes visant à disséminer les stratégies d'intégration.
- Financer des voyages de donateurs, journalistes et parlementaires pour visiter les meilleures institutions de microfinance intégrant l'éducation en santé génésique et autres soins de santé à la microfinance durable pour les très pauvres.

Un soutien explicite et notable aux services intégrés de microfinance et d'éducation en santé génésique, accompagné d'un effort de promotion de la microfinance en tant que mécanisme clé dans la lutte contre la pauvreté, est essentiel pour réaliser nos objectifs partagés de développement humain. Mettre en pratique ces huit recommandations marquera le passage de la rhétorique à l'action. Ce document se termine avec une citation du Rapport sur le développement humain 2005 :

*Si des promesses solennelles, des engagements ambitieux, une volonté sincère et des conférences à haut niveau pouvaient tirer la population de la pauvreté, scolariser tous les enfants et réduire la mortalité infantile, il y a longtemps que les OMD auraient été atteints. À l'heure actuelle, la monnaie des engagements pris par la communauté internationale est si dépréciée par leur non-respect qu'elle a perdu de sa valeur aux yeux du plus grand nombre. La réévaluation de cette monnaie est d'une importance capitale, non seulement pour la réalisation des OMD, mais également pour l'instauration d'une confiance dans le multilatéralisme et la coopération internationale, les bases jumelées en vue d'un renforcement de la paix et de la sécurité internationales.*

## BIBLIOGRAPHIE

Barnes, Carolyn, Gary Gaile, et Richard Kimbombo (2001) : « Impact of Three Microfinance Programs in Uganda », Washington, D.C.: AIMS.

« Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action », 2005, New York, New York, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

Berry, John (2005) : « Healthy Women, Healthy Business. A Comparative Study of Pro Mujer's Integration of Microfinance and Health Services », Résumé d'étude de cas, SEEP Network Practitioner Learning Program.

Cheston, Suzy et Lisa Kuhn (2002) : « Le renforcement du pouvoir d'action des femmes par la microfinance », New York, New York, UNIFEM.

Daley-Harris, Sam (2005) : « Rapport 2005 sur la Campagne du Sommet du Microcrédit », Campagne du Sommet du Microcrédit.

Daley-Harris, Sam, ed. (2002) : « Chemins hors de la Pauvreté : Innovations en microfinance pour les familles les plus pauvres », Campagne du Sommet du Microcrédit.

De la Quintana, Claudia, Gretzel Jové et Carmen Velasco (1998) : *Salud Reproductiva en Población Migrante: estudio comparativo El Alto – Sucre*, Pro Mujer & Family Health International, Bolivie.

Dunford, Chris et Ellen Vor der Bruegge (2002) : « Microfinance in the Perspective of Reproductive Health and UNFPA », deuxième version, Freedom from Hunger.

FINRURAL (2003) : *Evaluación de Impactos de Programas para La Mujer (Pro Mujer) Bolivia*, Rapport final.

Gonzalez-Vega, Claudio (2001) : « Profile of the Clients of CRECER and Their Households in Bolivia », Résultats préliminaires par le Rural Finance Program, Université de l'état de l'Ohio, Columbus, OH.

Hashemi, Syed, Sidney R. Schuler, S., et Ann P. Riley (1996) : « Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh », *World Development* 24(4): 635-653.

Jimenez, Miguel (2002) : « A Poverty Assessment of Microfinance CRECER, Bolivia » au nom du Groupe Consultatif d'Assistance aux Pauvres.

Khandker, Shahidur (1998) : *Fighting Poverty with Microcredit*, Dhaka, Bangladesh : University Press Limited.

Khandker, Shahidur (2005) : « Micro-Finance and Poverty: Evidence Using Panel Data from Bangladesh », *World Bank Economic Review* 19(2): 263-286.

Littlefield, Elizabeth, Jonathan Morduch et Syed Hashemi (2003) : « CGAP Focus Note 24: Is Microfinance an Effective Strategy to Reach the Millennium Development Goals? » Washington, D.C., Groupe Consultatif d'Assistance aux Pauvres.

« Microfinance Matters: Building Inclusive Financial Sectors », Parution 16, Septembre 2005, Fonds d'équipement des Nations Unies.

« Microfinance and the Millennium Development Goals: A reader's guide to the Millennium Project Reports and other UN documents », octobre 2005, Fonds d'équipement des Nations Unies.

MkNelly, Barbara et April Watson (2003) : *Credit with Education Impact Review*, no 3 : « Children's Nutritional Status », Davis, Californie, Freedom from Hunger.

MkNelly, Barbara et Christopher Dunford (1998) : « Impact of Credit with Education on Mothers and Their Young Children's Nutrition. Lower Pra Rural Bank Credit with Education Program in Ghana », Davis, Californie, Freedom from Hunger.

MkNelly, Barbara et Christopher Dunford (1999) : « Impact of Credit with Education on Mothers and Their Young Children's Nutrition. CRECER Credit with Education Program in Bolivia », Davis, Californie, Freedom from Hunger.

MkNelly, Barbara et Mona McCord (2001) : *Credit with Education Impact Review*, no 1, « Women's Empowerment », Davis, Californie, Freedom from Hunger.

Morduch, Jonathan (2005) : « Implementing the Microenterprise Results and Accountability Act of 2004 », Washington, D.C., Témoignage au Sous-comité sur l'Afrique de la Chambre des relations Internationales, des droits humains mondiaux et des opérations internationales, 20 septembre 2005.

Pitt, Mark et Shahidur Khandker (1998) : « The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh. Does the Gender of Participants Matter? » *Journal of Political Economy* 106(5): 958-996.

Sachs, Jeffrey (2005) : *The End of Poverty*, The Penguin Press, pp. 13-14.

Schuler, S.R. et S.M. Hashemi (1994) : « Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh », *Studies in Family Planning* 25, no 2.

Steele, Fiona, Sajeda Amin et Ruchira T. Naved (1998) : « The Impact of an Integrated Micro-credit Program on Women's Empowerment and Fertility Behavior in Rural Bangladesh », *Population Council*.

Todd, Helen (1996) : *Women at the Center*, Dhaka, Bangladesh : University Press Limited.

Todd, Helen (2001) : « Paths out of Poverty: The Impact of SHARE Microfin Limited in Andhra Pradesh, India », Rapport non publié de Imp-Act.

Watkins, Kevin (2005) : « Rapport mondial sur le développement humain 2005 : La coopération internationale à la croisée des chemins. Laide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités », New York, New York, Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).