



Inter-Agency Task Force on
Social and Solidarity Economy

Le domaine de la santé comme extension des activités des coopératives

Un projet pilote au Kenya et au Cameroun

*Jean-Pierre Girard
Université du Québec à Montréal
Canada*

15 mai 2019

Document provisoire préparé pour le Groupe de travail
interinstitutionnel des Nations Unies sur l'économie sociale et
solidaire (UNTFSSSE)

Appel à contributions 2018

Mise en œuvre des objectifs de développement durable : quel rôle pour l'économie sociale et solidaire ?

Présenté à la conférence internationale de l'UNTFSSSE à Genève, 25-26 juin
2019

Les opinions exprimées dans ce document relèvent uniquement de la responsabilité des auteurs et leur mise en ligne sur la Plate-forme de l'ESS pour les ODD (unsse.org) ne constitue pas une approbation par Groupe de travail interinstitutionnel des Nations Unies sur l'économie sociale et solidaire (UNTFSSSE) ou ses membres, partenaires et observateurs, des opinions qui y sont exprimées. Aucune publication ou diffusion de ce document n'est permise sans autorisation préalable des auteurs, excepté pour usage personnel.

Ce document est rendu disponible sur la Plate-forme de l'ESS pour les ODD dans la forme et le langage dans lesquels il a été reçu.

Résumé

Le projet présenté vise à soutenir des coopératives ou autres entreprises d'économie sociale existantes et performantes au Kenya et au Cameroun pour qu'elles intègrent dans leur offre de service des prestations de santé. Ce projet est une contribution directe au troisième objectif des ODD, celui lié à la *santé et le bien-être* et, par la forte mobilisation de nombreux partenaires à la réussite du projet, le 17^e, *des partenariats pour la réalisation des objectifs*.

L'article permet de comprendre les fondements, la genèse et les composantes du projet en préparation depuis 2017. La première section porte sur l'idée de coopératives aux activités plurisectorielles incluant des cas de coopératives qui au cours de leur développement, décident d'inclure la santé dans leur portefeuille. Elle porte aussi sur des coopératives qui collabore avec les autorités publiques pour gérer des établissements de santé et offrir des services. La seconde traite de la reconnaissance des défis posés par la santé en Afrique et de l'apport potentiel de coopératives et autres formes d'entreprises de l'économie sociale. La troisième section présente l'évolution du dialogue vers la formulation du projet actuel. On esquisse également ce que pourrait être le projet 2019-2023. Enfin, la dernière section présente des limites ou contraintes à ce projet.

Mots-clés

Santé, coopérative, partenariat

Bio

Chercheur associé, Chaire de coopération Guy-Bernier et chargé de cours, à l'École des sciences de la gestion/Université du Québec à Montréal. Coordonnateur du projet présenté et consultation international. Récente publication : Pezzini, Enzo et Jean-Pierre Girard *Les coopératives, une utopie résiliente*, Montréal, Fides, 2018
<http://auteurs.uqam.ca/par-date/2018/item/2650-les-cooperatives.html>

Introduction

On ne peut évoquer le bilan sociosanitaire en Afrique sans penser à de grands défis à relever dans un contexte de fortes poussées démographiques et de répartition de la richesse plutôt inégalitaire. Que ce soit sous l'angle de la couverture-santé, la disponibilité de prestations de santé de qualité, l'augmentation inquiétante de maladies non transmissibles, la vulnérabilité de populations, l'accès aux médicaments, les défis sont nombreux et complexes.

Par qui doit venir la réponse? La réponse n'est pas simple, mais complexe et doit bien entendu, mobiliser plusieurs acteurs tant sur le plan du financement que de la livraison des services de santé. Comme l'a révélé une importante étude réalisée par les Nations unies en 1997 (United Nations, 1997), dans le monde de la santé, on a tendance à oublier un acteur qui est un peu à cheval entre le public et le privé, les organisations coopératives. Il s'agit donc de corporations privées au sens de la loi, mais par leur souci du bien commun et de l'intérêt général, ont aussi une dimension publique. Dans certains pays, tels le Brésil, l'Espagne et le Japon, ces organisations sont très présentes. L'étude des Nations unies de 1997 avait cependant révélé une très faible présence de ces organisations en Afrique même si les besoins en cette matière sur ce continent sont immenses. Une autre étude plus récente, soit 2014 cette fois réalisée pour le compte du Sommet international des coopératives en est arrivée à la même conclusion (Girard, 2014). Donc en 18 ans, ce modèle ne s'est guère développé en Afrique.

L'étude de 2014 a aussi levé le voile sur une pratique originale de plusieurs coopératives oeuvrant dans d'autres secteurs que celui de la santé, mais soit à la demande de leurs membres ou des pouvoirs publics, décident d'étendre leur service au domaine de la santé, et ce avec grand succès. Ces pratiques coopératives que l'on retrouve en nombre important en Amérique centrale et en Amérique du Sud, ne pourraient-elles pas se transposer dans le contexte africain? En d'autres mots, prendre des coopératives performantes, par exemple dans le domaine des services financiers, de l'assurance, de la production de cacao ou autres et, par divers soutiens, les emmener à intégrer dans leurs offres de services, des prestations ou couverture santé? Ce faisant on évite de créer de toute pièce (*ex nihilo*) une coopérative et de plus, on tire avantage d'un lien déjà existant avec la communauté, un bassin de sociétaires déjà engagés et d'une bonne réputation.

C'est le but de l'actuel projet : *à partir de travaux préliminaires d'évaluation, identifier des organisations coopératives performantes qui avec le soutien nécessaire, accepteront d'intégrer et déployer des services de santé dans leur offre et au final, améliorer l'accès à ces services, rejoindre un plus grand bassin de personnes et de communautés.*

Projet bilingue, donc permettant de surmonter la barrière linguistique trop souvent présente dans l'échange de savoir, il se déroulera en anglais au Kenya et en français au Cameroun avec une passerelle technologique dynamique et bilingue favorisant l'échange des pratiques. Il fera aussi appel à de multiples partenariats à divers niveaux : sud-sud, nord-sud, partenaires coopératifs nationaux et internationaux, Organisation internationale du travail et gouvernement suisse. Projet en évolution, il pourrait aussi éventuellement intégrer l'Organisation mondiale de la Santé et une grande firme privée pour son soutien financier. Enfin, dernier aspect original et non le moindre, il s'appuie sur une collaboration pluricontinentale : Le terrain d'intervention est l'Afrique, le financement principal et des ressources proviennent de l'Europe, la coordination et des partenariats sont d'origines canadiennes.

Débuté à l'été 2017, les travaux d'évaluation préliminaire -- contacts avec les acteurs, évaluation des organisations potentielles, esquisse des programmes d'intervention, détermination des indicateurs de performance et de la méthodologie d'évaluation, devraient être complétés au printemps 2019 et le projet lui-même, débiter fin 2019 et s'étendre sur une période de 3 à 4 ans.

Ce projet est donc en phase étroite avec divers agendas internationaux dont la Couverture sanitaire universelle¹ (CSU) portée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la protection sociale² pour tous encouragée par l'Organisation internationale du travail (OIT) ou encore, l'atteinte des objectifs du développement durable³ (ODD) soutenu par l'Organisation des Nations unies (ONU) plus spécifiquement avec le troisième objectif, celui lié à la santé et le bien-être et le 17^e, des partenariats pour la réalisation des objectifs.

Cet article permet de comprendre les fondements, la genèse et les composantes du projet. La première section porte sur l'idée de coopératives aux activités plurisectorielles incluant des cas de coopératives qui au cours de leur développement, décident d'inclure la santé dans leur portefeuille. La seconde traite de la reconnaissance des défis posés par la santé en Afrique et de l'apport potentiel de coopératives et autres formes d'entreprises de l'économie sociale. La troisième section présente l'évolution du dialogue vers la formulation du projet actuel soit un parcours s'étendant de 2014 à 2017, les démarches réalisées depuis août 2017 à aujourd'hui ainsi que celle qui sont en chantier. D'un point de vue prospectif, on esquisse également ce que pourrait être le projet 2019-2023. Enfin, la dernière section présente des limites ou contraintes à ce projet.

1-Des coopératives aux activités plurisectorielles

Lorsque l'on analyse le développement des coopératives depuis ses origines au milieu du XIX^e siècle, force est de constater que la majorité de ces organisations se sont concentrées dans un secteur d'activité. Cette tendance a été à la source de la constitution de très grands groupes coopératifs que ce soit dans le domaine bancaire, de l'assurance, de la production et transformation agroalimentaire. Y faisant écho, depuis quelques années, la publication annuelle produite en collaboration avec l'European Research Institute on Cooperative and Social Enterprise (EURICSE), le *World Co-operative Monitor*⁴ focalise ainsi sur les plus grandes coopératives selon des secteurs d'activités.

Cette concentration dans un secteur d'activité n'est pourtant pas inscrite dans le code génétique des coopératives. Ici n'est pas le lieu pour débattre des fondements philosophiques de la coopération, mais on peut simplement mentionner que le projet coopératif qui est souvent vu comme la matrice originale des coopératives, soit la coopérative des Équitables pionniers de Rochdale (1844) en Angleterre aspirait à un développement plurisectoriel et non pas, la simple exploitation —avec succès faut-il souligner, d'un commerce de consommation ou les membres pourront s'approvisionner avec des denrées de bases, beurre, farine, thé, etc. Depuis cette expérience fondatrice au milieu du XIX^e siècle, de nombreuses coopératives ont vu le jour, et en réponse aux besoins des membres, n'ont pas hésité à diversifier leurs activités plutôt que de prendre l'option de se concentrer dans un seul domaine. Cependant, la littérature fait peu écho à ces cas comme le *World Co-operative Monitor*.

Sur une période de 4 ans, à l'initiative de l'Alliance coopérative internationale et du Mouvement Desjardins, le plus grand groupe financier coopératif au Canada, s'est tenu trois éditions du Sommet international des coopératives soit en 2012, 2014 et 2016. Une des aspirations de ces événements rassemblant plus de 2 500 participants était d'illustrer des contributions méconnues ou originales des organisations coopératives pour bâtir un monde meilleur. Cela s'est fait par la présence de nombreux invités, table ronde, plénières, mais aussi des travaux de recherche, sondages, enquêtes.

¹ http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/

² <http://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--fr/index.htm>

³ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

⁴ <https://monitor.coop/>

C'est dans ce contexte qu'il faut situer la démarche du Sommet en 2014 de commander une nouvelle enquête mondiale sur l'état des coopératives de santé dans le monde. La première et unique jusqu'alors, ayant été produite par l'ONU en 1997, une mise à jour s'imposait donc pour connaître les avancements du modèle coopératif et mutualiste autour d'un enjeu aussi important que celui de la santé.

Par sa sensibilité à l'innovation, l'étude de 2014 a donc exposé des cas très intéressants, souvent méconnus (Girard, 2014).

Au Costa-Rica, depuis plus de 20 ans, l'autorité publique en santé (Caja Costarricense de Seguro Social ou simplement CCSS) a des ententes avec 4 coopératives de santé pour offrir des services de santé à une population d'un territoire donné. Trois de ces coopératives ont un statut de coopérative de travail, une, celui de coopérative à partenaires multiples. Les coopératives gèrent donc des cliniques et autres types d'établissements en plus d'offrir les services de à la population de leur territoire au même titre que des organismes publics. Point positif de cette expérience, on relève tant une efficience qu'une qualité de services dans la prestation des coopératives. Ce cas de partenariat public-coopératif en santé n'est pas unique. En Espagne, le réseau coopératif associé à la Fondation Espriu a un mandat de gestion d'hôpitaux dans le cadre d'entente avec les autorités publiques en santé. Ceci a permis de réaliser des économies en plus d'accroître la satisfaction des usagers.

Un des apprentissages clés de l'étude de 2014 et qui n'avait pas été réellement envisagé au début des travaux de recherche, porte sur l'identification de nombreux cas de diversification d'activités de coopératives évoluant dans un autre secteur vers celui de la santé ou des services sociaux. En recoupant les données, on note que ces cas proviennent pour la vaste majorité de coopératives en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Amérique du Sud. En voici un court échantillonnage⁵ :

- Au Guatemala, la Cooperative Agrícola Integral 'El Recuerdo' R.L. a été fondée en 1984 à titre de coopérative offrant divers services dans le domaine agricole. Elle comptait 1993 membres en 2012. Depuis 2010, la coopérative a convenu d'un accord avec le ministère de la Santé publique et du Bien-être de ce pays pour offrir des services de santé dans 8 municipalités couvrant une population de 90 429 personnes dans le département de Jalapa. Le modèle d'intervention est la constitution de petites équipes mobiles composée comme suit : un médecin, un animateur de groupe, un éducateur sanitaire et un spécialiste en technique rurale. Dans chaque municipalité, 1 à 5 animateurs ou infirmières maternelles néonatales sont affectés à chaque point de service. Ils fournissent des soins préventifs, aident à l'accouchement et fournissent des soins à domicile. En 2012, on a relevé plus de 92 860 consultations médicales par la coopérative (Girard, 2014, p. 75)
- En Bolivie, dans la municipalité d'Oruro, la coopérative minière Cooperativa Multiactiva Corazón de Jesús a établi un centre de santé qui comprend un médecin, un orthodontiste et deux infirmières pour offrir les services aux membres en raison des services de piètre qualité reçue dans les établissements du réseau public de santé (Girard, 2014, p. 17);
- Au Pérou, SERVIPERÚ a été constitué en 1966 comme coopérative offrant des produits d'assurance. En raison de changements réglementaires, cette coopérative de service au niveau national qui regroupe des coopératives de base en plus de trois centrales nationales et la Fédération des coopératives d'épargne et de crédit, compte donc un total de plus de 520 000 membres individuels. Elle a dû transformer son offre de service en constituant des filiales pour agir comme courtier d'assurance et pourvoyeur de services funéraires. La coopérative a développé un programme en santé sous le nom de SERVISALUD

⁵ Une mise en garde s'impose, les données datent de 2013 ou au mieux, 2014, il est donc possible que la situation ait évolué, i.e. plus grand rayonnement du projet, évolution dans d'autres directions, etc.

permettant la dispense directe de services de santé par deux établissements, une clinique et une polyclinique. Les services comprennent notamment des chirurgies. Elle a pu compter sur la collaboration de l'ONG canadien SOCODEVI ce qui a ouvert la porte à un soutien inédit : Un autre ONG de la ville de Québec, Collaboration santé international a fait don d'un conteneur d'équipements médicaux et médicaments à cette organisation péruvienne. En 2013, dans sa clinique située au nord de la zone métropolitaine de Lima, la coopérative offrait l'accès à une vingtaine de spécialités médicales. On a alors dénombré plus de 36 000 consultations médicales et 1244 chirurgies de diverses natures. (Girard, 2014, p. 130).

- Au Venezuela⁶, la coopérative centrale de services sociaux (Central Cooperativa de Servicios Sociales) ou simplement CECOSOLA est une coopérative de second niveau qui regroupe donc des coopératives de base comptant elle-même plus de 20 000 membres individuels. Fondé en 1967 dans l'État de Lara, elle est active dans une grande variété de secteurs : production agroalimentaire, transport, services funéraires, épargne et crédit, est également engagée dans la distribution alimentaire, en plus d'organiser des marchés paysans, permettant le lien direct entre les producteurs et les consommateurs⁷. En 2007, CECOSOLA a créé un centre de santé global (Centro Integral Cooperativa de Salud CICS) qui exploite un hôpital en plus de six cliniques permettant aux utilisateurs (200 000 personnes) de réaliser une économie de plus de 60% par rapport aux coûts pratiqués dans des établissements privés. Fait intéressant, on y propose l'ensemble des services médicaux standards – pédiatrie, chirurgie, médecine générale en plus de thérapies alternatives. Le Centre comptait plus de 70 professionnels de santé en 2013 (Girard, 2014, p. 186).

Par ailleurs, un cas très inspirant en Afrique est mentionné dans cette étude. Ainsi, en Éthiopie, Oromia Coffee Farmers Cooperative Union (OCFCU) constitué en 1999 par 34 coopératives regroupant 22 691 membres a connu une expansion spectaculaire au cours des ans, l'intérêt pour ce café équitable et de qualité ne faisant pas de doute. Avec les surplus financiers accumulés, à l'écoute des membres, la coopérative a investi dans divers projets visant l'amélioration du niveau de vie de la population y compris dans le domaine de la santé⁸. On peut en tracer le portrait suivant :

Soutien offert par Oromia Coffee Farmers Cooperative Union (Éthiopie) dans le domaine de la santé⁹

Activités	Nombre	Nombre de personnes touchées
Case santé	10	72 000
Site avec équipement médical	3	21 000
Toilette sèche	7	4250

Pourquoi on relève de telles situations ? En l'occurrence des coopératives qui s'engagent dans le domaine de la santé en sortant des sentiers battus, mais son très inspirant sur le plan du développement coopératif? Formulons quelques hypothèses :

⁶ L'information provient du rapport de 2014. Les événements politiques et tensions sociales des dernières années dans ce pays ont peut-être modifié la situation.

⁷ En 2013, plus de 600 tonnes de fruits et légumes ont ainsi été vendus à plus de 60 000 familles avec une économie moyenne de 30% par rapport aux prix en vigueur dans les supermarchés.

⁸ <https://www.oromiacoffeeunion.org/life-improvement/>

⁹ Données tirées du portail de la coopérative en juin 2018.

- Perception dans certains milieux de la coopérative comme moyen de répondre aux besoins variés d'une population donnée plutôt qu'à la satisfaction d'un seul besoin;
- En lien avec ce dernier, l'enjeu du développement local est perçu plus important que celui d'une spécialisation sectorielle ou d'une filière économique;
- Vie associative dynamique qui permet à la coopérative de rester à l'affût des besoins du milieu, de ses membres plutôt que de se concentrer dans un seul secteur;
- Savoir-faire déjà acquis par la coopérative dans l'extension d'activités vers un autre secteur et développement d'une confiance dans les capacités d'agir ainsi.

Par ailleurs, si on revient sur les cas du Costa-Rica et de l'Espagne, des cas qui ne sont qu'un échantillonnage tiré de l'étude de 2014, on peut plaider pour une meilleure connaissance de ces partenariats publics-coopératifs en santé et dans un second temps, le souhait de la multiplication de ces exemples. Pourquoi ? Les organisations coopératives n'œuvrent pas dans une finalité de rendement sur le capital mais plutôt de satisfaction des besoins. Pour ce faire, elles mettent en place des moyens pour être à l'écoute des besoins de leurs usagers. Cette orientation en fait un partenaire de choix pour les autorités publiques en santé dans des stratégies de diversifications des structures de livraison des services de santé avec une finalité d'améliorer l'accès aux services de santé, un enjeu clé des ODD.

2-Besoins en santé et apport des coopératives en Afrique

Le rapport de 2014 a donc clairement illustré le rayonnement très limité du modèle des coopératives de santé en Afrique, à l'exception du cas du Bénin¹⁰ alors que les besoins en matière de santé sur ce continent ne sont rien de moins que patent. On évoque à l'occasion la contribution des mutuelles santé à la couverture santé, mais à quelques exceptions près dont celui, très spectaculaire du Rwanda¹¹, ce rôle reste encore peu développé dans un contexte où la couverture santé ne rejoint qu'autour de 10 à 15% de la population.

Cela étant, la contribution potentielle des coopératives aux défis sociosanitaires en Afrique a été soulignée à de nombreuses reprises depuis une dizaine d'années. Ainsi, dans le cadre de l'année internationale des coopératives, à l'initiative de l'ONU, sous le thème : *Harnessing the Cooperative Advantage to Build a Better World*, la tenue d'un forum à Addis-Abeba en Éthiopie en septembre 2012 a regroupé plus de 200 intervenants pour 1) mieux comprendre le modèle coopératif 2) renforcer les coopératives et 3) mobiliser les coopératives autour des défis du développement local et mondial¹².

Dans les conclusions, s'est dégagé l'enjeu de mobiliser le modèle coopératif pour répondre à des besoins criants en santé, et ce à de multiples niveaux : accès à des services de qualité, accès dans des zones rurales où la qualité des infrastructures routières laisse sérieusement à désirer, amélioration de la santé maternelle, activités de prévention des maladies transmises sexuellement (MTS), intervention auprès des jeunes, actions dans les écoles, etc.

Si besoin était, ce forum a donc permis du même coup de constater la très faible présence du modèle coopératif dans le domaine de la santé sur ce continent.

¹⁰ On retrouve des coopératives de médecins qui ont bénéficié d'un financement passé de la Banque mondiale pour se constituer.

¹¹ Au Rwanda, près de 90% de la population bénéficie d'une couverture santé offerte par des mutuelles santé. Il faut cependant préciser que le financement global du système de santé profite de soutiens externes en particulier de sources américaines (Girard, 2014, p. 144).

¹² <https://social.un.org/coopsyear/egm.html>

Avec la volonté de stimuler des actions concrètes sur le terrain et aussi dans le prolongement de l'étude de 2014 citée précédemment, le Sommet international des coopératives s'est tout d'abord engagé dans la préparation d'un atelier dans le cadre de l'édition 2016 du Geneva Health Forum permettant un échange entre représentants africains intéressés aux coopératives et à la santé et un délégué du plus grand complexe coopératif en santé au monde, UNIMED du Brésil.

Le Sommet s'est aussi impliqué activement dans la co-organisation du premier séminaire en Afrique portant spécifiquement sur les coopératives de santé. Deux autres partenaires se sont aussi associés dans la préparation de l'événement, la Conférence panafricaine coopérative et le Centre International de Recherche, de l'Enseignement et des Soins (CIRES), une ONG camerounaise regroupant des professionnels de la santé et ayant ses activités à Akonolinga non loin de Yaoundé. Ainsi, en mai 2016, durant deux journées, une quarantaine de participants vont se retrouver à Yaoundé pour apprendre, échanger et proposer¹³.

Quelques mois plus tard, cette fois dans la ville de Québec, dans le cadre de l'édition 2016 du Sommet international des coopératives, les participants seront invités à formuler des suggestions à l'ONU en termes de contribution des coopératives à l'atteinte des ODD. Dans cette foison d'idées qui portent sur l'ensemble des secteurs, quelques-unes traitent directement sur l'apport des coopératives dans le domaine de la santé et font donc écho aux défis particuliers de l'Afrique

¹⁴.

3-Bâtir un projet concret

En marge de ces événements, dès le Geneva Health Forum de 2014, une discussion préliminaire s'est engagée avec la Direction du développement et de la coopération (DDC) de la Suisse sur une collaboration éventuelle dans un projet d'appui aux coopératives pour une action en Afrique avec l'idée initiale de contribuer à l'atteinte d'ODD, mais plus encore, inspirer le mouvement coopératif en particulier les grandes organisations de coopératives de santé du monde¹⁵ pour qu'elles s'engagent elles-mêmes dans un rôle proactif sur divers projets dans le domaine sociosanitaire.

Nourrie par le contenu et les idées des divers événements subséquents –le sommet international des coopératives de 2014 et 2016, le séminaire de Yaoundé, le Geneva Health Forum de 2016 en plus de l'étude de 2014, au fil des mois, l'échange initial a permis d'intégrer dans le dialogue d'autres partenaires nationaux et internationaux autour de l'idée de reprendre de façon très concrète en Afrique la stratégie identifiée dans le rapport de 2014 soit l'approche de diversification des activités existantes de coopératives pour inclure la prestation de services de santé.

On ne parle donc pas de faire du «copier-coller» de ce qui s'est fait en Amérique latine, mais d'une adaptation intelligente et spécifique au contexte africain.

Ainsi, au fil du temps, s'est joint au projet, l'Unité des coopératives de l'Organisation internationale du Travail, la coopérative de santé Nor West de Winnipeg au Canada, la Fédération italienne des coopératives de santé (ConfcooperativeSanità), l'ONG suisse Association de soutien aux centres de recherches, d'enseignements et de soins (ASCRES), l'ONG française Réseau éducation Santé, l'ONG du Kenya Alliance for Health Promotion Kenya en sus du CIRES déjà mobilisé pour la préparation du séminaire de Yaoundé de mai 2016.

¹³ Le compte rendu de ce séminaire est disponible à l'adresse URL : <https://www.cpc-africoop.org/fr/actualites/130-la-cpc-intensifie-la-promotion-des-societes-cooperatives-de-sante-en-afrique-seminaire-international-sur-les-cooperatives-de-sante-en-afrique-declaration-de-yaounde>

¹⁴ Peut-être consulté à : http://www.odco.gov.ma/sites/default/files/declaration_preliminaire_fr_1.pdf

¹⁵ Par exemple, UNIMED au Brésil, la Fondation Espriu et ses coopératives de santé en Espagne et la Fédération des coopératives de santé du Japon (HeW).

Le soutien financier de la DDC et de l'Unité des coopératives de l'OIT¹⁶ a permis une première action d'août à décembre 2017 soit de mener une consultation préliminaire auprès d'acteurs de deux pays témoins, le Kenya et le Cameroun¹⁷ pour valider l'intérêt d'une telle intervention basée sur les prémisses suivantes :

- Identifier une ou quelques organisations locales qui auraient un intérêt et une volonté à étendre leurs services au domaine de la santé et des services sociaux;
- Associer divers partenaires au projet, sur le plan local ou national et aussi d'autres pays dans le but de se donner le plus de chance de succès;
- Expérimenter des approches différentes en santé, par exemple dans un cas, une intervention en promotion santé et dans l'autre, une approche de type curative avec, possiblement un volet accès à des médicaments;
- Identifier des opportunités de mettre en oeuvre des ressources technologiques pour rejoindre le plus grand nombre.

Ce travail de quelques mois s'est appuyé sur des consultations variées de divers acteurs incluant des rencontres terrain.

Le rapport de cette première intervention a donc été déposé en décembre 2017 (Girard, 2017). L'édition 2018 du GHF tenue en avril 2018 à Genève a permis de partager les résultats de ces travaux avec les participants et recueillir des commentaires additionnels permettant d'en enrichir le contenu.

En mai 2018, avec le soutien de l'Unité des coopératives de l'OIT, s'est tenue à Genève une réunion de coordination du projet qui a également permis d'accueillir de nouveaux partenaires au projet soit le regroupement international des coopératives de santé, *International Health Cooperative Organisation (IHCO)*, la Fondation Espriu (Espagne) et Novartis, social business¹⁸. Avec la volonté de réaliser un éventuel projet portant sur 3 ou 4 ans dans les deux pays témoins, le consensus qui s'est dégagé est de réaliser deux activités dans les mois ultérieurs :

- Un pré-projet permettant d'identifier les conditions gagnantes pour le projet Kenya-Cameroun: partenaires potentiels (qui seront l'objet d'une évaluation de type FFOM¹⁹), programmes, rôles, besoins, échéancier, indicateurs de performance et mécanisme d'évaluation de l'impact des interventions;
- Consulter les principales coopératives de santé à l'échelle internationale pour valider l'intérêt de constituer une plate-forme collaborative qui serait donc éventuellement une base d'information, mais aussi un mécanisme permettant de mettre en oeuvre des projets concrets d'appui au développement de coopératives ou autres structures de l'économie sociale dans le domaine de la santé.

Ces deux activités s'étendent donc de janvier à mai 2019. Le pré-projet ne part pas de zéro, mais exploite le savoir acquis et les contacts établis dans les travaux portant sur la période d'août à décembre 2017, toujours du côté du Kenya et du Cameroun. La seconde activité s'appuie

¹⁶ En sus d'un engagement financier plus modeste de Nor West et ConfederationeSanità

¹⁷ L'idée d'un projet bilingue, français-anglais, reflète de la dynamique spécifique de l'Afrique, en tout respect des autres langues et dialectes parlés, s'est graduellement imposée.

¹⁸ Voir le compte rendu préparé par l'Unité coopérative (en anglais seulement) http://www.ilo.org/global/topics/cooperatives/news/WCMS_630600/lang--en/index.htm

¹⁹ Forces, faiblesses, opportunités, menaces

principalement sur les membres de IHCO²⁰. À terme, est souhaitée une synergie entre les deux activités.

À ce stade, à quoi pourrait ressembler le projet 2019-2023? Il est évidemment trop tôt pour statuer définitivement, il faut attendre le résultat des travaux en cours et un engagement de partenaires financiers, mais on peut esquisser les éléments suivants :

-Une construction commune : Au Kenya et au Cameroun, les projets terrains, la programmation ne viendront pas seulement d'une perception ou évaluation externe, mais en sus, d'un dialogue avec l'ensemble des partenaires :

- les coopératives ou les entreprises d'économie sociale (3-4 par pays) qui accepteront de s'engager dans le projet pour élargir la gamme des services ou produits offerts pour inclure des services de santé;
- des partenaires locaux de ces deux pays déjà engagés dans la santé et qui seront en appui à l'engagement des acteurs précédents, par exemple, pour le déploiement de programmes ou ressources en santé;
- des partenaires coopératifs d'autres pays qui rendront accessibles des ressources pour les partager dans une optique d'adaptation;
- des partenaires institutionnels tel l'OIT qui met à contribution sa fine connaissance du dossier coopératif, son savoir-faire et son vaste réseau de contacts mondial;
- des partenaires financiers tel la DDC, qui accompagneront les projets pour une durée de temps significatif permettant de mesurer un quelconque impact.

-Une approche santé plurielle : L'approche santé ne se réduit pas à la seule approche curative ou biomédicale, mais ouvre sur d'autres dimensions, par exemple, la prévention et la promotion. Dans ce dernier registre, une idée déjà discutée et fort prometteuse est celle d'adapter un programme originaire du Japon connu sous le nom de Hans Kai, et qui permet à un groupe de participants volontaires, l'application régulière de mesures d'évaluation d'indicateurs de santé, par exemple, la pression artérielle, le taux de sucre dans le sang. Ce faisant, on peut pratiquer la détection précoce de maladie dont le diabète de type B. Il a aussi été discuté de la possibilité d'intégrer une filière approvisionnement de médicaments.

-L'intégration d'une composante éducation : Par ailleurs, la participation d'un organisme comme le Réseau éducation et solidarité pourrait permettre d'intégrer dans le projet une composante d'éducation à la santé auprès d'enseignants intervenant auprès d'élèves de parents associés au projet.

-Des valeurs incarnées dans le projet : Dans tous les cas, les valeurs d'habilitation, de prise en charge, de solidarité sont transversales à ce projet.

-Méthodologie : La composante méthodologique implique la sélection d'indicateurs clés de performance et les instruments de mesures et d'évaluation. À ce stade, on pourrait esquisser un aperçu. Après avoir défini les groupes (populations) cibles et les programmes d'intervention, la méthodologie va se découper au moins en deux dimensions, soit sur le plan personnel et sur le plan des communautés concernées. Pour le premier volet, cela pourrait consister à évaluer au départ, la santé des participants autour de quelques indicateurs clés, et poursuivre ces mesures tout au long du projet (évolution) en plus de mesures à la fin. Le même type d'approche

²⁰ Il est important de mentionner que deux membres d'IHCO participent au projet Kenya-Cameroun, Nor West (membre indirect par son association à la Health Care Cooperative Federation of Canada) et ConfcooperativeSanità.

d'évaluation va porter sur la perception des populations concernées sur l'accès aux services de santé dans les communautés données, soit entre un point a (2019) et un point b (2023).

4-Limites du projet

Ce projet doit composer avec des exigences et défis tout au long du parcours. En voici quelques-unes :

- Nombre limité de partenaires terrain : Devant l'ampleur des besoins en santé dans ces deux pays, ce projet ne pourra les satisfaire à lui seul. Il est possible et probable que des organisations soient déçues de ne pas avoir été retenues pour le projet;
- Arrimage et complémentarité avec l'offre publique en santé : Ce projet ne doit pas être vu comme un substitut à l'offre publique en santé, mais une activité complémentaire.
- Rythme de croisière : Les attentes sur la vitesse d'évolution de ce projet ne sont pas les mêmes pour tous, par exemple, certains souhaitent des résultats plus rapides. Cela peut aussi générer des insatisfactions;
- Gestion de la diversité, de la complexité : ce projet implique de composer avec de nombreuses parties prenantes, aux attentes variées, aux modes de travail différents. Une des stratégies envisagées pour faciliter cette gestion est l'usage des diverses plates-formes de communication et un flux régulier de communication;
- Trouver un équilibre entre la méthodologie et l'innovation. Une méthodologie trop rigide peut enlever la place à l'innovation, la capacité de créer avec ce projet des approches nouvelles.
- Contraintes du terrain : Pour ne citer que ces deux exemples, les problèmes de transport –état de la chaussée, ou de communication –accès limité à des réseaux, peuvent limiter et retarder le déploiement éventuel de certains programmes.

En somme

Ce projet est audacieux. Il repose sur des paris; pari d'adapter à l'Afrique avec toute l'intelligence une recette réussie de développement coopératif en Amérique centrale et Amérique du Sud; pari de mobiliser plusieurs acteurs actifs à des niveaux variés sur quelques années dans un projet en évolution, en transformation; pari de mettre en relief et faire vivre, les valeurs pivot de la coopération, la solidarité, l'entraide, le *self-help*. Pari de réussir d'ici 2023 une action innovante susceptible de contribuer positivement, mais modestement à l'atteinte des ODD notamment ceux en lien avec la santé et le bien-être et des partenariats pour la réalisation des objectifs.

Références

Girard, Jean-Pierre in collaboration with Willy Tadjudje and Veronica Shiroya «Exploring the potential of cooperatives to advance Universal Health Coverage and Sustainable Development Goals in Cameroon and Kenya», Montréal, LPS Productions, 2017

Girard, Jean-Pierre (Eds) *Better Health & Social Care How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worldwide? An International survey of co-ops and mutual at work in the health and social care sector (CMHSC 14)*, Montréal, LPS Productions, 2014 Disponible en ligne en format pdf à l'adresse suivante :

http://productionslps.com/wp-content/uploads/2014/10/International-survey-co_op-and-mutual-Health-and-social-care-CMHSC-14.pdf

United Nations *Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors, A global survey*, New-York, 1997