
Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement

Pascal Ndiaye¹, Séré Kaba², Mamady Kourouma³, Aïssatou Noumou Barry⁴,
Alhassane Barry⁵ & Bart Criel⁶

Résumé

La Guinée est classée parmi les pays les plus pauvres du monde et ceci est révélé par ses indicateurs de santé. Selon l'Enquête Démographique et de Santé III de 2006 (DNS/Macro 2006), le ratio de mortalité maternelle est de 980 pour 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale de 39 pour 1.000 naissances vivantes.

Le gouvernement guinéen, en collaboration avec l'UNICEF, a mis en place en 1997 un projet de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau du district sanitaire de Dabola. Ce projet était basé non seulement sur l'amélioration de la qualité des prestations mais aussi sur la promotion de la participation communautaire à travers la mise en place de MUTuelles de santé pour la prise en charge des RISques liés à la Grossesse et à l'Accouchement (MURIGA). Après évaluation de ce projet pilote, l'approche MURIGA a été retenue comme l'une des stratégies nationales de réduction de la mortalité maternelle et a été développée dans 17 des 33 districts sanitaires de la Guinée.

Une adhérente paie aujourd'hui entre 0,9 et 1,8 Euro par an, suivant les sous-préfectures sous forme de contribution pour être prise en charge en cas de complications obstétricales y compris la césarienne, contre 15 à 20 € pour

¹ Institut de Médecine Tropicale (IMT - Anvers). Email : pndiaye@itg.be (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

² Coordinatrice Programme National Maternité Sans Risques (PNMSR - Conakry)

³ Spécialiste Santé Maternelle et Néonatale (UNICEF - Conakry)

⁴ Coordinatrice ONG Dynamic Mutualiste (DYNAM - Conakry)

⁵ Conseiller Technique/Renforcement des capacités Programme Santé et lutte contre le VIH/SIDA/GTZ (PSS - Mamou)

⁶ Institut de Médecine Tropicale (IMT - Anvers)

une patiente non adhérente à une MURIGA, sans compter les paiements officiels et d'autres coûts indirects éventuels.

Bien que les membres des MURIGA et les organisations qui supportent leur mise en place soient généralement plutôt satisfaits des résultats du système, on relève encore beaucoup d'imperfections dans la conduite des activités et l'implication des populations. La couverture globale des MURIGA reste encore faible avec une couverture médiane de la population cible d'environ 10%. Aussi, malgré les efforts pour étendre progressivement la gamme des prestations et le public cible, les MURIGA restent encore très sélectives.

Mots-clés : mortalité maternelle, soins obstétricaux d'urgence, qualité des soins, mutuelles de santé, Guinée.

Introduction

Malgré les efforts pour améliorer les services de santé de base, la mortalité maternelle et néonatale restent encore un problème préoccupant en Guinée. Selon l'Enquête Démographique et de Santé III (DNS/Macro 2006), le ratio de mortalité maternelle était de 980 pour 100.000 naissances vivantes alors qu'il était de 528 selon l'EDS de 1999 (DNS/Macro 2000). Sur 1.000 naissances vivantes, 39 enfants meurent dans les 28 jours et 91 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (DNS/Macro 2006). Ces indicateurs reflètent partiellement le niveau de pauvreté de la Guinée (Eckert 2002).

Jusqu'en 1996 les principales activités menées par les différents programmes de santé ont surtout consisté à améliorer le suivi des grossesses et accouchements au niveau des centres et postes de santé délaissant les soins obstétricaux d'urgence au niveau des hôpitaux de districts. Suite à l'atelier sous-régional sur la maternité sans risque tenu à Bingerville en janvier 1995, le gouvernement guinéen en collaboration avec l'UNICEF a initié en 1997 un projet de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau du district sanitaire de Dabola. Ce projet appelé SONU/MURIGA avait pour mission l'amélioration de l'accès aux Soins Obstétricaux Essentiels et aux Soins Obstétricaux d'Urgence de qualité, le renforcement de l'équipe de district, la mobilisation sociale, la promotion des mutuelles de santé. C'est dans le cadre de ce projet que les MUtuelles pour la prise en charge des RISques liés à la Grossesse et à l'Accouchement, appelées MURIGA, ont été

prises en place.

Cette approche SONU/MURIGA expérimenté à Dabola ayant eu des résultats satisfaisants (Kourouma 2005), la revue annuelle du Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé Primaires/Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME-1998) a recommandé son extension à tout le pays. Une étude de base, financé par la Banque Mondiale, a alors été réalisée. Cette étude a tenté de préciser les facteurs socioculturels et économiques de la mise en place des MURIGA. Les résultats de cette étude ont mis en exergue les principaux obstacles aux références obstétricales et ont révélé que 85% des personnes interrogées souhaitaient la mise en place de mutuelles. Cette étude a également fourni des propositions de conditions préalables à la mise en place effective de ces mutuelles en termes de sensibilisation de la communauté, de mise en place de comités de gestion et d'amélioration de la qualité des soins et services. En 2000, le Ministère de la Santé a décidé d'étendre les MURIGA dans tout le pays. Les bailleurs de fonds impliqués dans le financement du secteur de la santé (UNFPA, UNICEF, PAM, OMS, GTZ, BM/APNDS et BAD/PRSS) ont accepté et soutenu cette décision (Soumaré 2004).

L'accès des femmes aux services de santé, avec l'objectif explicite de réduire la mortalité maternelle et néonatale, est le premier axe stratégique du Programme National de Développement Sanitaire 2001 - 2010 (PNDS 2001-2010). La stratégie de la mutualisation du risque y est clairement définie comme une des interventions destinées à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

L'objectif de ce chapitre est de décrire le processus et le contexte de développement des MURIGA, d'évaluer leur fonctionnement et les résultats des MURIGA en termes d'utilisation des services de santé maternelle et enfin de présenter la perception du système par les différents acteurs. Nous discuterons également les potentialités et les limites de ce type de mutuelles.

Contexte

La Guinée regorge d'énormes potentialités agropastorales, halieutiques, hydrauliques et minières. Cependant, malgré cette richesse naturelle inestimable, le pays pose un paradoxe. En 2005 le pays était classé par le PNUD 156^{ème} sur 177 pays par rapport à l'indice du développement socio-économique du pays (PNUD 2006). Les enquêtes réalisées sur les conditions

de vie des ménages montrent l'importance du phénomène de la pauvreté : 49% de la population vit au dessous du seuil de pauvreté et 13% au dessous du seuil extrême de pauvreté. Toutefois, ces proportions constituent des moyennes qui cachent en réalité d'importantes disparités au regard du milieu, du genre et de l'accès aux biens et services, en particulier sociaux (Ministère du plan 2004). Selon les résultats de l'EIBEP réalisée en 2002/2003, la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 53,6 % en 2005 contre 50,1 % en 2004 et 49,2% en 2002, soit une détérioration de 4,4% en quatre ans (FMI 2007). La faiblesse des performances économiques, l'acuité des problèmes économiques et sociaux et les difficultés budgétaires ont entre autres entraîné le pays dans la pauvreté et une des crises économiques des plus aiguës de son histoire.

Une femme sur cinq (21%) n'a aucune activité génératrice de revenu. Chez les adultes le taux d'analphabétisme était de 83,5% pour les femmes contre 55% pour les hommes.

Tableau 1. Indicateurs de base de la santé des femmes et des enfants, Guinée, EDS 2005

Indicateurs	
Pourcentage de jeunes filles de 15-19 ans ayant déjà accouché ou enceinte pour la première fois au cours de l'enquête	32 %
Taux de scolarisation des filles (niveau primaire)	40,8%
Prévalence de l'excision	96%
Prévalence contraceptive moderne	5,7%
Indice synthétique de fécondité	5,7%
Prévalence VIH chez les femmes ⁷	1,9%
Couverture en CPN	82 %
Accouchements assistés (structure de santé)	38 %
Couverture en post-natal	59 %
Taux de mortalité néonatale	39 ‰
Ratio de mortalité maternelle	980 /100.000
	NV
Taux de mortalité infantile	91‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans)	163‰

Source : Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005

⁷ Prévalence nationale chez les hommes et femmes, de 15 - 49 ans est 1,5 % avec une prédominance chez les femmes (1,9 % contre 0,9 % pour les hommes)

La Guinée a figuré parmi les premiers pays à introduire les soins de santé primaires basés sur l'Initiative de Bamako (I.B.). En 1988, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses principaux partenaires, notamment l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale, et d'autres organismes de coopération bi et multilatérale a mis en place un programme national de soins de santé primaires basé sur l'I.B. Ce programme a permis de revitaliser et rendre fonctionnels environ 382 centres de santé, améliorant ainsi l'accessibilité géographique des populations aux soins curatifs (60% à moins de 5 km) et aux soins préventifs (90% à moins de 5 km) (DNS 2000). Cependant, une importante proportion de la population (40%), notamment les femmes, fait l'objet d'exclusion en matière d'accès aux services de santé. Cette exclusion, surtout dans les zones rurales, est liée à un problème d'accessibilité financière aux soins de santé (Kourouma 2005).

Méthodes

Ce travail est d'abord basé sur une revue des documents relatifs à l'expérience des MURIGA. La plupart des documents n'ont pas été publiés dans des revues scientifiques : documents officiels du Ministère de la Santé guinéen, rapports des partenaires au développement de la santé en Guinée, notamment ceux impliqués dans l'accompagnement du programme de réduction de la mortalité maternelle.

Dans une deuxième étape, nous avons pris contact avec différents acteurs (gestionnaires du système de santé, prestataires de soins, organismes d'appui au secteur de la santé, etc.) pour clarifier les informations, notamment sur le processus. Les données les plus récentes (2006, 2007) qui n'avaient pas encore été publiées ont été collectées par le bureau de l'UNICEF Conakry, chargé du suivi des MURIGA et le PNMSR (Programme National de Maternité Sans Risque).

Les informations recherchées concernaient l'étendue géographique et le nombre de MURIGA fonctionnelles, le taux d'adhésion, l'impact sur l'utilisation des services, la qualité des soins, la gestion administrative et financière, la prise en charge des indigents, et enfin la perception des MURIGA par la population et le personnel de santé.

L'absence et/ou l'incohérence de certaines données recueillies ont été une grande contrainte à cette étude ; nous n'avons conservé que les données fiables et complètes.

Caractéristiques des MURIGA

LA GENESE DES MURIGA

L'origine des MURIGA remonte à une expérience réussie de caisse de solidarité dans le district de Dabola en 1997. La maternité de l'hôpital avait en effet eu l'idée de créer un système de crédit à partir d'une caisse de solidarité alimentée par la direction de l'hôpital et correspondant au montant de la prise en charge de 10 patientes référées. Le principe était simple : les frais de transport et les frais d'hospitalisation des malades référées étaient payés avec cette caisse pour ne pas retarder les soins et les familles devaient ensuite rembourser à la caisse de la maternité. Ce fut un succès. En 1997, 192 femmes ont été prises en charges avec cette caisse sur 205 patients référées. Seulement 1% soit deux familles n'ont payé leurs soins alors qu'en 1996, 33% des familles n'avaient pas réglé leurs frais de soins. C'est à partir de ces résultats encourageants obtenus avec cette caisse que l'idée d'organiser la communauté autour de leur propre caisse a été lancée. Ces caisses ainsi constituées dans les sous-préfectures ont reçues l'appellation de MURIGA. Les sections suivantes vont décrire les caractéristiques actuelles des MURIGA.

SERVICES COUVERTS

Les MURIGA prennent en charge les coûts de services qui relèvent exclusivement du domaine de la maternité:

Le coût des soins des femmes enceintes et accouchées

- consultation prénatale (y compris les médicaments)
- accouchement
- complications obstétricales (y compris l'hospitalisation et les médicaments)

Le coût du transport en cas de référence à une structure sanitaire d'un niveau supérieur en cas de besoin (soit le coût du carburant pour l'ambulance soit le paiement des frais)

La priorité est dévolue aux complications obstétricales et au transport des femmes référées vers la structure de référence dont les frais sont obligatoirement couverts par la MURIGA. La couverture des autres prestations (consultation prénatale, accouchement simple, consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans, planning familial) et d'autres types de

charges (accompagnant + nourriture) sont déterminées par la communauté et dépendent de la capacité contributive de la communauté. Les prestations couvertes varient donc d'une localité à une autre. C'est ainsi que les MURIGA de Dabola et Mandiana ont progressivement introduit les consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans et celle de Baté Nafadji (région de Kankan) a élargi les prestations couvertes aux consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans et à la planification familiale.

La proportion des frais de prestations couverte par les MURIGA est de 100% excepté à Mandiana où elle est de 80% comme défini par la communauté. Cette dernière a introduit une forme de ticket modérateur laissant 20% du coût de la prestation à l'assurée. Pour bénéficier des prestations de la MURIGA, le membre doit être à jour de ses cotisations.

MODALITES D'ADHESION

La dénomination de cette forme de mutualité indique déjà la principale cible. Il s'agit des femmes en âge de procréer⁸ qui cotisent durant l'année afin de prévenir les éventuelles difficultés liées à la grossesse et aux accouchements compliqués (Tambalou 2005). Adhérer à une MURIGA est une décision libre et volontaire. En général, cette décision est prise par le chef de ménage. Trois formes d'adhésion coexistent. Le premier modèle, de loin le plus fréquent, est celui où le ménage constitue l'unité d'adhésion: les ménages cotisent alors pour couvrir les soins maternels des femmes en âge de procréer appartenant à ces ménages. Dans le deuxième modèle ce sont les femmes en âge de procréer qui paient elles-mêmes la contribution. Mais ce deuxième modèle a été déconseillé et minorisé par une action intense d'information et d'appui technique à la suite des supervisions du PNMSR. En effet, dans ce modèle, la question du partage du risque a plus de probabilité de se poser car le statut de membre et la prise en charge ont une durée limitée. Dans le troisième modèle, qui est plus rare, certaines localités demandent à toute la population imposable de contribuer à la MURIGA (par exemple, dans le cas de la sous-préfecture de Sinta). La population imposable est définie par l'administration du territoire comme étant toute personne à partir 18 ou 21 ans (suivant la localité) qui ne travaille pas dans

⁸ Le public cible des premières MURIGA concernait uniquement les femmes enceintes. Après quelques années expérimentales la cible a été étendue aux femmes en âge de procréer, ce qui a permis d'élargir la base d'adhésion.

la fonction publique. Ce modèle est beaucoup plus difficile à suivre quand on connaît les lacunes de l'administration fiscale de la plupart des pays africains.

Pratiquement, l'adhésion à la MURIGA est concrétisée par l'achat du livret de membre qui octroie le statut de membre de la MURIGA. Ce montant rentre dans la constitution du budget annuel de la MURIGA. La carte de membre est la preuve que la bénéficiaire est en règle de ses cotisations. Elle sert par ailleurs à rassurer le prestataire que la bénéficiaire en question remplit les conditions de prise en charge par la MURIGA et confirme qu'elle sera prise en charge conformément aux termes définis. La carte de membre constitue la lettre de garantie de la MURIGA vis-à-vis du prestataire. Elle permet en principe de réduire les retards dans l'offre des soins que pourrait entraîner la recherche d'une lettre de garantie⁹.

Dans certaines localités, pour avoir le statut de membre de la MURIGA, l'adhérent paie des frais d'adhésion non remboursables. Une partie de ce montant est destiné aux frais administratifs tels l'acquisition de carnets/fiches d'adhérents et l'autre partie est versée dans un fonds de réserve qui permet à la mutuelle de faire face à des difficultés de trésorerie et des dépenses exceptionnelles.

MODALITES DE DETERMINATION DE LA COTISATION

Le montant et les modalités de paiement des cotisations varient d'une localité à une autre et sont déterminés par la communauté. Généralement, la cotisation est demandée une fois par an, à la période des pics de revenus dans la localité. En milieu rural, c'est au moment des récoltes que les ménages disposent des revenus les plus importants. La période de recouvrement des cotisations dure souvent deux mois.

Pour déterminer le montant de la cotisation, les initiateurs de la MURIGA se basent sur le coût annuel des prestations et les frais de fonctionnement de l'organisation, notamment les frais de confection des outils de gestion. Ces deux éléments constituent le budget annuel de la MURIGA.

Le coût annuel des prestations concerne les frais sanitaires et le transport. Il est calculé en prenant en compte les paramètres suivants :

⁹ La plupart des mutuelles classiques pratiquent la présentation d'une lettre de garantie que l'assuré va chercher auprès du Bureau de la mutuelle avant de recourir aux soins.

- le nombre de grossesses attendues
 - le nombre de complications obstétricales attendues¹⁰
 - le nombre de césariennes attendues
 - le coût des prestations cliniques (césarienne, prise en charge des complications obstétricales et selon le choix : consultation prénatale, accouchement normal, etc.)¹¹
 - le coût du transport des malades de leur localité vers la structure de référence (ambulance ou transport en commun par le syndicat des transporteurs)¹².
- Plusieurs paquets de prestation (garanties) sont alors proposés aux membres (Tableau 2).

Tableau 2. Différents garanties possibles

Prestations	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
Prise en charge des complications obstétricales	x	x	x	x
Césarienne	x	x	x	x
CPN		x	x	x
Accouchement normal		x	x	x
Transport	x	x	x	x
Nourriture				x

La garantie 1 est la garantie de base, obligatoire pour toute nouvelle MURIGA. Le coût annuel de fonctionnement intervient également dans le calcul de la cotisation. Il concerne les frais de confection des outils de gestion et les frais de fonctionnement administratif. Ce coût s'élève généralement à 10% du montant annuel total des prestations. La cotisation est déterminée pour une périodicité annuelle. Elle est obtenue en divisant le

¹⁰ Le nombre de complications obstétricales attendues au cours d'une année dans une localité est estimé à 15% des accouchements attendus (UNICEF/ OMS/ UNFPA 1997). Ce taux est confirmé ou modulé lors de l'étude de faisabilité.

¹¹ Le tarif d'hospitalisation d'une complication obstétricale (tarif forfaitaire en vigueur dans le pays de 10.000 francs guinéens (FG) par complication obstétricale y compris la césarienne, la grossesse extra utérine). Cependant, depuis la dislocation du système de santé en 2002-2003, ce tarif est calculé en fonction du coût réel des prestations.

¹² Le tarif du transport est calculé au km (250 FG/km en 2000 et 300 FG/km à partir de 2002) (Kourouma 2005)

montant du budget annuel de la MURIGA par le nombre de cotisants. L'unité cotisante est variable : individu, ménage, village, association ou groupement etc. Le choix d'une garantie détermine le calcul de la cotisation (cf. formule Annexe 1).

Suivant le choix de garantie, le montant de la cotisation par unité cotisante varie. Ainsi la cotisation annuelle par ménage a évolué de 6.000 à 12.000 francs guinéens (FG) dans plusieurs MURIGA (environ 0,9 et 1,8 Euro)¹³. Par contre, en milieu rural, on peut trouver des MURIGA qui donnent droit aux prestations avec une prime extrêmement basse: entre 300 et 600 FG (0,05 à 0,1 Euro). Ce cas de figure s'observe lorsque les communautés n'ont pas été accompagnées adéquatement dans la détermination du nombre d'accouchements et de complications attendues, des coûts afférents, et, à partir de là, la contribution à payer.

ORGANISATION GEOGRAPHIQUE

Une MURIGA couvre l'ensemble d'un district sanitaire qui correspond administrativement à la Préfecture. Les MURIGA sont organisées donc à l'échelle de la Préfecture où toutes les sous-préfectures sont concernées, sauf dans les Préfectures de Pita et Téliélé qui comptent respectivement 4/12 et 4/14 sous-préfectures couvertes par des MURIGA. En pratique, les sièges des MURIGA se trouvent au niveau des chefs-lieux des Communautés Rurales de Développement (CRD) et/ou des Communes Urbaines (CU). Ensuite, des antennes sont mises en place au niveau des districts ou villages. Des personnes de confiance sont désignées dans la population pour être des délégués de ces localités auprès des organes de décision et de contrôle de la MURIGA (Assemblée Générale, Conseil d'Administration, Bureau Exécutif, etc.). Les districts et quartiers constituent ainsi les cellules de la MURIGA. L'ensemble des districts/quartiers d'une même CRD et CU se regroupe pour constituer la MURIGA à cette échelle administrative.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

La structuration des MURIGA est similaire à celle des mutuelles de santé classiques. Au démarrage, une assemblée générale constitutive (AGC) regroupe les bénéficiaires du système et procède officiellement à la création de la MURIGA en lui donnant une personnalité morale. Cependant, les

¹³ 10.000 francs guinéens = 1,47 € (<http://www.xe.com>, octobre 2008)

MURIGA, ne disposent pas de statut juridique et les mutuelles 'classiques' sont déclarées comme associations auprès du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (Gautier 2005). Ensuite, l'AG se réunit normalement une fois par an.

L'organisation interne de la MURIGA est régie par ses statuts et son règlement intérieur. Ces documents sont supposés garantir le fonctionnement démocratique de la mutuelle. Le statut définit les différents organes et leurs attributions, tandis que le règlement intérieur précise les modalités de fonctionnement de la mutuelle (recours aux soins, prestataires conventionnés, droits et obligations des membres, etc.). Les statuts et le règlement intérieur déterminent les attributions des organes des MURIGA, dont le bureau exécutif et le comité de contrôle. Le bureau exécutif assure la gestion courante de la mutuelle à savoir la gestion des adhésions, des cotisations, des subventions éventuelles et des prestations. Les membres de ses organes, désignés, doivent bénéficier d'une grande confiance de la communauté et être scolarisés ou alphabétisés.

Les fonds de la MURIGA, gérés par ses membres (comité de gestion composé de 5 à 10 membres) sont déposés au crédit mutuel ou au crédit rural, une banque locale de microcrédits qui existe dans la presque totalité des sous-préfectures. Dans les localités qui n'en disposent pas, les fonds sont gardés par le trésorier de la MURIGA. Ce dernier assure avec le/la Président(e) et le Secrétaire Général les principales fonctions de ce comité de gestion. Un comité de contrôle s'assure de la conformité des activités de la MURIGA avec ses statuts et son règlement intérieur. Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement suivies et veille également à la bonne tenue de la comptabilité et la transparence des opérations financières. L'équipe préfectorale de la santé, composé principalement du Directeur Préfectoral de la Santé (DPS), du Directeur des Microréalisations (DMR), de la Directrice Préfectorale de la condition féminine, vient en appui au suivi du fonctionnement et à la gestion de la MURIGA.

Le crédit rural au niveau duquel les fonds de la MURIGA sont déposés, donne des crédits agricoles mais également d'autres crédits pour des activités informelles (commerce, artisanats etc.) aux mutuelles, groupements ou associations. La pression sociale facilite le remboursement des crédits qui sont accordés aux organisations qui s'engagent à rembourser même en cas de disparition d'un des membres.

Processus de mise en place d'une MURIGA

La mise en place d'une MURIGA se fait en 3 étapes (à intervalle d'environ 3 mois) selon la démarche adoptée par les Equipes cadres de districts sanitaires en collaboration avec le Programme National de Maternité Sans Risque (PNMSR) et l'UNICEF (Cadre 1) : une phase de mobilisation sociale et d'information, la mise en place du bureau de gestion de la MURIGA et le lancement de cette dernière.

La mise en place d'un système d'assurance maladie nécessite habituellement une étude de faisabilité menée aux fins de déterminer la part des bénéficiaires dans le financement des soins pris en charge. Dans le cas des MURIGA, une étude de faisabilité n'a été faite que pour les premières expériences. Celles qui ont suivi ont été mises en place en se basant sur une analyse situationnelle, notamment sanitaire, renforcée par l'expérience et les résultats des premières MURIGA. Dans un nouveau *Guide technique de mise en place des mutuelles pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement* élaboré en 2006, le PNMSR recommande la réalisation d'une étude de faisabilité et en donne les différentes étapes.

La constitution d'une MURIGA comporte l'élaboration des textes réglementaires (conventions avec les prestataires de soins, statuts, règlement intérieur, etc.) et la mise en place des instances et organes. La MURIGA, en tant qu'organisation mutualiste, établit une convention avec les prestataires de soins. Ces conventions portent notamment sur les tarifs, le mode de facturation et le mode de paiement. Pour assurer régulièrement et en permanence la référence qui se fait du Centre de santé à l'Hôpital préfectoral, les MURIGA établissent un contrat avec des chauffeurs membres du Syndicat des Transporteurs ou des individus disposant d'un véhicule car l'ambulance peut être en panne ou en service dans une autre localité. Par cette convention le poids d'une dépense qui est l'une des plus lourdes ne pèse pas sur le ménage. Le coût du transport pour l'évacuation d'une urgence obstétricale est de 80.000 FG au minimum, soit environ 12 euros, ce qui représente environ 5 mois de revenu d'un ménage. Un seul cas d'évacuation peut ainsi causer des dépenses catastrophiques pour le ménage concerné (Kourouma 2005).

En terme de transparence, les informations générales sur l'organisation du système, le tarif de transport et des soins ainsi que le contenu du paquet

de soins pris en charge par les MURIGA sont affichées dans les centres de santé, les bureaux des Communes Rurales de Développement (CRD) et dans les bureaux du Syndicat des Transporteurs.

A la fin du mois, chacune des trois structures (l'hôpital préfectoral de référence, le centre de santé et le bureau du Syndicat) délivre au bureau de la mutuelle sa facture. Après vérification, le bureau de la MURIGA autorise le paiement de ces factures par le crédit rural. Ce mécanisme de fonctionnement est résumé dans l'Encadré 1 .

Encadré 1. Mise en place d'une MURIGA en trois phases

Phase 1. Activités de mobilisation sociale, d'information et de sensibilisation

Les thèmes abordés lors de la sensibilisation sont :

- objectifs du projet maternité sans risque
- rôle de la communauté
- modalités de fonctionnement et d'adhésion

Phase 2. Mise en place d'un bureau de gestion de la MURIGA et début des cotisations

- description de la composition et des rôles des membres
- désignation des membres du bureau de la MURIGA
- établissement d'un accord de partenariat avec l'hôpital relatif aux SOE et SOU (tarifs, facturation, mode de paiement)
- établissement d'un accord de partenariat avec le Syndicat des transporteurs pour le transport des femmes en grossesse (tarifs, mode de paiement)
- début de l'enregistrement des adhésions

Phase 3. Lancement de la MURIGA et démarrage des activités

- vérification du contenu de la caisse (démarrage quand 50% des cotisations attendues)
- lancement des activités en moyenne trois fois après le début du processus de sa mise en place

Source : Soumaré 2004

Système de monitoring et évaluation

La supervision et le suivi des MURIGA sont conjointement assurés par l'équipe cadre de district sanitaire, le Programme National Maternité Sans Risques, les ONG et les partenaires impliqués dans le processus. Le suivi se fait en même temps que la supervision des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, semestriellement par le niveau central,

tous les trois mois par le niveau régional et tous les mois par le niveau préfectoral. Les informations à recueillir s'organisent ainsi en trois catégories de données : les données relatives à la gestion administrative et financière des MURIGA, les données concernant la couverture en matière de besoins obstétricaux et les données visant à mesurer l'impact des MURIGA sur l'utilisation de l'hôpital (proportion de mutualistes parmi les patientes reçues à l'hôpital pour complications obstétricales). Cependant, la compilation des données pose de sérieux problèmes d'exploitation.

En 2001, 2002 et 2004, des évaluations ont été entreprises pour les différentes MURIGA mises en place en vue d'apprécier les progrès, améliorer le système et assurer la pérennisation. Ces évaluations ont permis de montrer les succès initiaux et la grande demande existant auprès des femmes enceintes et leur famille pour de tels mécanismes financiers d'entraide, mais aussi les difficultés et contraintes liées au fonctionnement de ces mutuelles. Elles ont permis, notamment celle de 2004, d'accélérer la réflexion en ce qui concerne la méthodologie d'extension de cette approche aux autres districts sanitaires (Soumaré 2004).

Le ministère de la santé a utilisé ces recommandations pour définir les grands axes stratégiques de développement, de promotion et de pérennisation des MURIGA en République de Guinée. Un des principaux produits est l'élaboration d'un Guide Technique de Mise en Place des Mutuelles pour la Prise en Charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement qui fournit une réponse technique au processus de mise en place des MURIGA.

Rôle des acteurs

Plusieurs acteurs sont impliqués dans le développement des MURIGA. Il s'agit notamment des partenaires au développement du secteur de la santé. Leur appui au concerne essentiellement les aspects techniques, financiers et institutionnels (Ndiaye 2006).

Le ministère de la santé, à travers le Programme National de Maternité Sans Risques (PNMSR), est le principal initiateur des MURIGA. Le PNMSR est la structure coupole qui organise la stratégie, mène des actions de plaidoyer et sert de répondant auprès des partenaires. Dans son organisation, le processus est porté par l'Equipe Cadre du District sanitaire avec le soutien des partenaires au développement et des autorités administratives (Directeur

des microréalisations, Directrice des affaires sociales et de la promotion féminine, sous-préfets et maires). Ces derniers n'apportent pas d'appui financier ou matériel mais un soutien technique. Ils contribuent aussi à l'information et la sensibilisation¹⁴, en partenariat avec les leaders locaux, sur l'ampleur de la mortalité maternelle soutenue par la pauvreté et à la nécessité de la mise en place d'un mécanisme de solidarité et d'entraide pour y faire face.

La disponibilité de services de santé de qualité dans un environnement proche des populations cibles est l'une des conditions préalables à la mise en place des MURIGA. Assister les communautés à se prendre en charge financièrement signifie que cette communauté bénéficie de soins adéquats. Cela suppose la disponibilité du personnel de santé formé, la disponibilité des équipements/matériels roulants (ambulance médicalisée, moto et véhicule de supervision) et la disponibilité des équipements et matériels médico-techniques y compris les radios autonomes de communication (RAC), les outils de gestion des centres de santé et des maternités, la disponibilité des médicaments et consommables. Le financement nécessaire au remplissage des conditions préalables à la mise en place des MURIGA a été soutenu par la coopération bilatérale et multilatérale.

Les premières expériences de MURIGA ont été initiées par l'UNICEF. La Coopération technique Allemande (GTZ) a, dans le cadre du partenariat, fourni un appui à la mise en œuvre du projet pilote de Dabola. Le Projet Population et Santé Génésique (PPSG) de la Banque Mondiale, le FNUAP, la Banque Africaine de Développement (BAD) et la Coopération technique bilatérale Américaine (USAID) par le biais de projets et ONG (PRISM, Save The Children et Adventist Development of Rural Areas - ADRA) ont rejoint l'UNICEF dans l'appui financier et technique à la mise en place des MURIGA. Le PPSG a accordé aux MURIGA, dont il a appuyé la mise en place, une subvention qui s'élève à 75 % de leur montant cotisé. Les ONG nationales (Association Mère Enfant, Association pour la Défense des Droits de la Femme en Guinée, Coalition Nationale de Guinée pour les Droits et la Citoyenneté des Femmes, Corps Guinéen pour la Paix et développement et l'Association pour le Développement Durable de la Femme) et plus

¹⁴ Certains organismes tels l'OMS contribuent ponctuellement à la réalisation d'activités de sensibilisation ou de prévention comme la distribution de moustiquaires imprégnées (Afro 2005)

particulièrement DYNAM, ont fourni une expertise et un appui technique important pour la mise en place des MURIGA.

Le Tableau 3 ci-dessous résume la forme d'implication des différents partenaires dans le développement des MURIGA et le tableau 4, leur aire et année d'intervention.

Tableau 3. Rôle des acteurs dans le développement des MURIGA

Acteurs	Rôle
Ministère de la santé et ses services décentralisés (PNMSR, Districts)	Décision de créer une MURIGA Mise en place de la MURIGA
Autorités administratives	Soutien technique dans la mise en place Participe à la mobilisation communautaire
Acteurs de première ligne (prestataires de soins, transporteurs, banques)	Respect des conventions les liant au MURIGA
Familles, Femmes enceintes	Contributeur (cotisation) Bénéficiaires
Agences internationales (UNICEF, UNFPA, SCF,...)	Disponibilité de services de qualité (formation du personnel aux SOE et SOU, dotation en matériel médicaux et en moyens de communication) Appui méthodologique Suivi- Evaluation
ONGs nationales, DYNAM, PRISM	Appui à la mise en place Suivi Evaluation Extension du paquet à d'autres problèmes de santé (enfants de moins de 5 ans, etc.)

Tableau 4. Années d'intervention des institutions partenaires dans les préfectures couvertes par les MURIGA

Préfectures	Année de mise en place des MURIGA	Intervenants
Dabola	1996	UNICEF
Boffa	1999	
Kouroussa	2001	
Kissidougou	2002	
Forécariah	2003	
Kindia	2006-2007	
Dinguiraye (*)	2007-2008	
Faranah (*)	2008-2009	
Mali (*)	2008-2009	
Mandiana	2000-2002	BM (PPSG) OMS
Siguiri		
Beyla		
Lola		
Kérouané (*)	2003	USAID (PRISM,SAVE CHILDREN, ADRA)
Koubia (*)	2007-2008	BM (APNDS)
Lelouma (*)		
Mali (*)		
Dalaba (*)		
Gueckedou (*)		
Gaoual	2003	BAD UNICEF
Koundara		
Tougué		
Boké	2007 -2011	UNFPA
Lélouma		
Pita (*)		
Téléélé(*)		

Source : PNMSR 2007

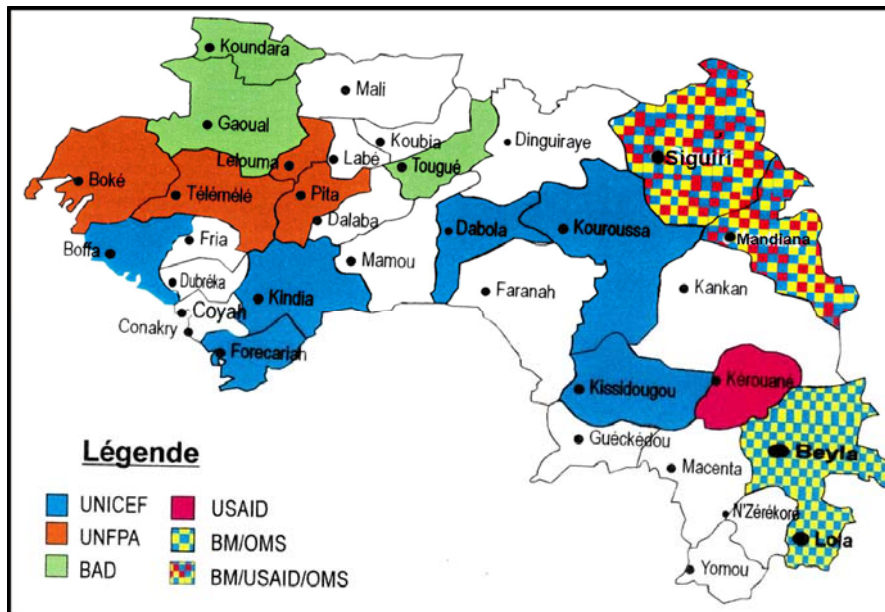
* La mise en place est en cours

Résultats

COUVERTURE PAR LES MURIGA

A ce jour, 17 des 33 districts sanitaires sont couverts en MURIGA (Tableau 4), bien que certaines ne soient pas encore entièrement fonctionnelles. La carte ci-dessous donne un aperçu de la répartition géographique (par district) des MURIGA.

Carte 1. Couverture géographique des MURIGA (PNMSR 2007)



Cependant, dans une même préfecture, le taux d'adhésion varie d'une localité à l'autre : elle va de quelques pourcents à plus de la moitié des femmes enceintes avec une couverture médiane d'environ 10%. Dans la période 2000-2006, 15% des femmes enceintes habitant les zones avec des MURIGA opérationnelles ont été prises en charge par le système (Tableau 5).

Tableau 5. Nombre de femmes prises en charge par les MURIGA par rapport aux femmes enceintes attendues dans les différentes préfectures couvertes (2000-2006)

Années	Nombre de grossesses attendues	Nombre de femmes enceintes bénéficiant de la MURIGA	Pourcentage %
2000	70.115	11.016	16
2002	92.959	18.977	20
2004	149.706	16.493	11
2006	165.944	26.144	16
Total	478.724	72.630	15

UTILISATION DES SERVICES

Les indicateurs de processus retenus pour le suivi du système sont présentés dans le Tableau 6. Il s'agit des résultats chiffrés qui portent sur la période de 2000 à 2006 et qui sont tirés des exercices de monitoring conduits tous les six mois par l'équipe du district, des registres de gestion des MURIGA, ainsi que des différents rapports de supervision du PNMSR et des partenaires. On constate que dans les zones couvertes par les MURIGA la couverture en consultations prénatales est passée de 55 à 79% et le taux d'accouchements assistés par le personnel de santé est resté globalement faible, de 17 à 22%.

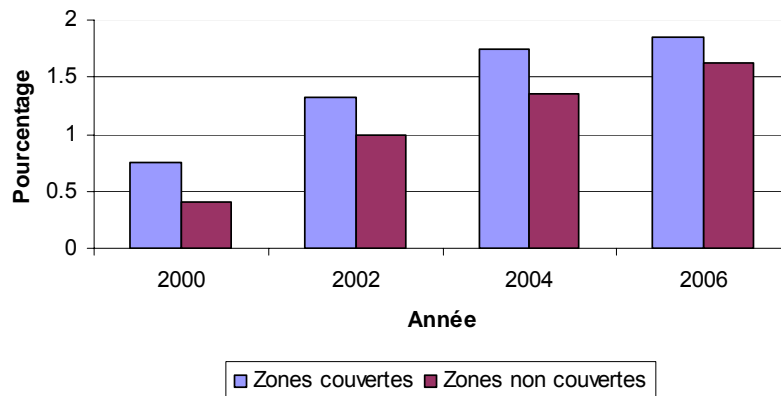
Tableau 6. Evolution de quelques indicateurs au niveau préfectoral ¹⁵ (2000-2006)

Indicateurs	Années			
	2000	2002	2004	2006
Couverture effective en CPN	55%	65%	73%	79%
Taux d'accouchements assistés	17%	20%	20%	22%
Taux de référence	5%	10%	12%	15%
Taux de césarienne	0,5%	1,32%	1,75%	1,85%

¹⁵ Il s'agit en 2000 des préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiiri, Beyla et Lola (N=6 préfectures); en 2002 les préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiiri, Beyla, Lola et Kouroussa (N=7 préfectures); en 2004 les préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiiri, Beyla, Lola, Kouroussa, Kissidougou, Forecariah et Kérouané (N=10 préfectures); et en 2006 les préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiiri, Beyla, Lola, Kouroussa, Kissidougou, Forecariah, Kérouané, Boké, Pita et Téliélé (N=13 préfectures).

S'agissant du taux de référence des centres de santé vers l'hôpital préfectoral et du taux de césariennes, on constate une augmentation progressive entre 2000 et 2006. Si dans les zones non couvertes le taux de césariennes augmente également, ce taux reste inférieur à celui des zones couvertes par les MURIGA (Figure 1).

Figure 1. Evolution du taux de césarienne dans les zones couvertes en comparaison aux zones non couvertes



QUALITE DES SOINS

Le processus de mise en place des MURIGA produit des effets induits. Ainsi les différents partenaires nationaux et internationaux qui appuient la mise en place d'une MURIGA s'engagent à assurer la disponibilité de soins de qualité : formation du personnel de santé, renforcement du plateau technique, amélioration des conditions de communication et de transport qui contribuent à améliorer la qualité des soins.

Cependant la volonté d'améliorer la qualité des soins et d'établir les conditions préalables à la création des MURIGA ne se concrétise pas toujours dans les faits. Ainsi pendant plusieurs années les accouchements normaux à Dabola et Forécariah ont eu lieu à l'hôpital préfectoral plutôt qu'au centre de santé, respectivement par manque de personnel et par manque de place. A Forécariah, le centre de santé jouxtait l'hôpital préfectoral et les autorités n'avaient pas jugés utiles de faire les accouchements au centre de santé. Cette situation a entraîné des dépenses

supplémentaires pour les MURIGA (un accouchement simple coûte 1.000 FG au centre de santé contre 6.000 FG à l'hôpital préfectoral). A Dabola, ceci a renforcé les barrières géographiques et culturelles, ainsi en 2004, 80% des femmes de cette localité préféraient accoucher avec une accoucheuse traditionnelle à la maison plutôt qu'à l'hôpital préfectoral. Cette situation à Dabola et Forécariah a perduré jusqu'en 2007, aujourd'hui les accouchements sont possibles au centre de santé.

PRISE EN CHARGE DES PLUS PAUVRES

En Guinée, les indigents représentent 15% de la population (Condé 2004). La charge financière des MURIGA dans une localité donnée est, selon les instructions, supportée par les ménages capables de payer. Les femmes des ménages indigents, identifiés par la population locale, seraient automatiquement prises en charge à partir des contributions des autres. Cependant, lors de l'évaluation de 2004, sur les 12 MURIGA enquêtées aucune n'avait pris en charge des cas d'indigence en raison des difficultés de définition des critères (Soumaré 2004). Les responsables interrogés rapportent des prises en charge d'indigents à Dabola, Konindou mais aucune information ne permet de savoir quel pourcentage cela représente-t-il. Par ailleurs, un fond d'indigence a été créé sur les ressources issues de 'l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés' (IPPTTE). Les ressources sont versées directement à chaque hôpital, sur la base de la population couverte et non pas en fonction du niveau de pauvreté de district pour des raisons de facilité de gestion. Ces fonds sont destinés exclusivement à la prise en charge des malades hospitalisés. Il n'est pas rapporté d'expérience de l'utilisation de tels fonds par les MURIGA.

GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

Lors ce travail, nous avons été confrontés à un problème de manque de données ou d'incohérence des données. Il existe un écart important entre ce qui devrait être collecté de manière régulière par les organes de gestion des MURIGA et ce qui est fait dans la réalité. Le niveau de fonctionnement des organes des MURIGA reste souvent faible. Le faible taux de scolarisation ou d'alphabétisation constitue un obstacle dans la gestion et, dans une certaine mesure, dans l'appropriation communautaire des MURIGA. Dans l'étude de 2004, seule une MURIGA avait bénéficié d'une formation à la gestion.

Concernant la gestion administrative, certains supports de gestion

conçus pour des mutuelles de santé classiques ne sont pas adaptés aux caractéristiques des MURIGA, d'autre fois ce sont les outils qui ne sont pas correctement remplis. Les assemblées générales sont rarement organisées et le renouvellement ne se fait pas avec la périodicité fixée par le règlement intérieur. Les responsables ne sont pas tous informés de leurs rôles et se plaignent du manque de formation pour assurer les fonctions qui leur sont dévolues. Le manque de siège propre aux MURIGA réduit la participation des membres dirigeants. Elles utilisent les locaux de l'Etat et très souvent ceux des formations sanitaires.

Pour ce qui relève de la gestion financière, l'évaluation faite en 2004 relevait que seulement la moitié des MURIGA avait réalisé un bilan et compte de résultat à la fin de chaque exercice (Soumaré 2004). Il est donc très difficile d'avoir des données sur la viabilité financière des MURIGA. En 2003, dans le district sanitaire de Dabola, 5 sous-préfectures sur 9 avaient dépensé plus que le montant des cotisations recouvrées (Kourouma 2005). La majorité des déficits ont été comblés par les communes rurales de développement (CRD). Si l'ensemble des caisses avaient été regroupées, la charge partagée n'aurait été que de 70% du montant des cotisations recouvrées

Tableau 7. Pourcentage des dépenses par sous-préfecture par rapport au montant de cotisation recouvré de 2000 à 2003

Sous préfecture	2000	2001	2002	2003
Banko	41%	45%	46%	39%
Konindou	56%	52%	105%	111%
Konso	91%	88%	93%	104%
Kankama	94%	61%	43%	102%
Bassikrima	91%	83%	87%	15%
Dogomet	60%	40%	44%	49%
Arfamoussaya	73%	50%	71%	102%
Kindoye	75%	84%	104%	109%
Dabola Centre	77%	24%	39%	16%
Total	72%	53%	64%	72%

Source : Kourouma (2005)

La mise en œuvre des conventions avec les structures de soins connaît également des insuffisances. Dans l'enquête de 2004, 8 MURIGA sur 12 disaient avoir passé des conventions mais aucun des documents n'a pu être retrouvé (Soumaré 2004). L'absence ou l'indisponibilité des accords écrits laisse la porte ouverte au non respect des modalités de paiement. Il arrive souvent que les prestataires prennent en charge au nom de la mutuelle des patients qui ne sont pas en règle avec leurs cotisations. Les prestataires demandent aussi parfois un paiement en avance. Ces pratiques posent un problème de viabilité du système. La faible disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires demeure également un problème. Des ruptures importantes de stocks des médicaments résultent de la dépréciation de la monnaie et de la performance des structures d'approvisionnement (FMI 2007). Les médicaments qui sont contenus dans le paquet des prestations sont souvent en rupture. Les mutualistes sont obligés de ce fait de s'en procurer sur fonds propres (Dynam 2004-2005). Le même 'flou' se retrouve au niveau des conventions avec le Syndicat des Transporteurs ; aucune des MURIGA enquêtées en 2004 n'avait formalisé une convention signée avec le Syndicat des Transporteurs, il s'agissait seulement de contrats verbaux pouvant être rompus à tout moment de manière unilatérale (Soumaré 2004).

PERCEPTION DES ACTEURS SUR LES MURIGA

Malgré les contraintes et difficultés, l'expérience MURIGA semble avoir procuré une satisfaction auprès des bénéficiaires mais aussi auprès des autres acteurs notamment en rapport aux services offerts. Ces appréciations sont rapportées sous formes de témoignages recueillis lors de l'évaluation des MURIGA commanditée par l'UNICEF en décembre 2004.

Globalement, les bénéficiaires expriment une satisfaction quant à l'amélioration de leur prise en charge depuis l'existence des MURIGA, notamment l'accueil et les soins. Les MURIGA ont réduit leur sentiment d'insécurité à travers la garantie de l'accès aux soins obstétricaux essentiels d'urgence de qualité. Elles ont apporté un soulagement du point de vue financier à leurs familles et donc l'opportunité de faire des économies comme le montre le témoignage d'une bénéficiaire à Moussayah :

« La MURIGA nous a apporté la santé en nous organisant pour qu'ensemble nous puissions sauver nos copines adhérentes. Parce qu'avant quand un cas se présentait, les parents, les maris, les frères ne pouvaient pas facilement faire face aux dépenses. Mais avec la MURIGA, tu es transportée et soignée sans que ta famille ne souffre », ou cet autre à Fermessadou ; *« Si j'existe aujourd'hui encore parmi vous, c'est grâce à la MURIGA car j'ai quitté ici avec l'ambulance dans un état comateux jusqu'à Kissidougou pour des soins et une césarienne et je n'ai rien payé. Les 500 FG t'assurent le déplacement et les soins ».*

Globalement, les responsables des structures sanitaires estiment que les MURIGA ont permis une meilleure utilisation des services, une augmentation des ressources et une amélioration de la qualité des services (voire même la création de nouveaux services). En effet, la mise à la disposition des structures sanitaires d'ambulances, de matériel de communication, d'équipement et autres fournitures, la formation du personnel de santé, celle des accoucheuses villageoises constituent des inputs important pour le fonctionnement adéquat des ces structures.

D'autres responsables sanitaires considèrent en revanche que les MURIGA ne leur ont été d'aucun apport. Les adhésions restent globalement faibles - avec une couverture médiane d'environ 10 % - et les ruptures de médicaments, l'absence d'outils de gestion, la démotivation des responsables des MURIGA, leur manque de formation ou leur faible niveau d'éducation, la sensibilisation insuffisante et le manque de suivi permanent sont autant de facteurs qui influencent la performance du système.

Les leaders d'opinion y voient réellement un mécanisme pour alléger les souffrances des ménages causées par des problèmes de santé. Un élu l'exprime comme suit :

« Chaque fois que l'on se réunit au niveau d'un quartier, mon devoir est d'attirer l'attention des gens de continuer à sensibiliser les femmes et dans les mosquées et dans les réunions pour que les femmes continuent à adhérer aux MURIGA puisqu'on ne sait jamais, mieux vaut prévenir que guérir. Tout ce que chacun souhaite est que sa femme en grossesse accouche normalement mais on ne sait jamais. Alors, il faut sensibiliser les femmes pour qu'elles viennent vers la MURIGA ».

Par contre, bien que les femmes elles-mêmes reconnaissent globalement l'utilité et la pertinence des MURIGA, elles déplorent parfois le fait que cette forme de solidarité est à « sens unique ». Il n'y a pas de perspective de prise en charge après l'accouchement, ni pour le bébé, ni pour sa mère, ni pour les autres membres de la famille lorsque ceux-ci tombent malade (DYNAM 2004-2005). Par ailleurs, bien que l'initiative soit bien accueillie par les leaders d'opinions (chefs religieux et coutumiers), les modalités de gestion de l'organisation ne suivent pas toujours les règles démocratiques définies dans le processus de mise en place. Ainsi, plusieurs femmes se plaignent du non renouvellement des instances ou de la sous-représentativité des femmes (Soumaré 2004).

Il semble également que le succès du système est par endroit fortement redevable aux gestionnaires de la santé, comme le montre ce témoignage des syndicats des transporteurs :

« Nous étions entièrement satisfaits au temps du Dr K. parce que avec lui les conventions étaient toutes respectées de part et d'autre. Aucun transporteur ne se plaignait auprès de nous pour le non paiement de son carburant. Une fois que le chauffeur déposait une femme qui a des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, le chauffeur était immédiatement remboursé le prix du carburant consommé mais présentement nous avons des difficultés vis à vis de nos transporteurs pour le remboursement du prix de ce carburant. Nous sommes obligés de payer nos chauffeurs de nos propres poches ».

Discussion

FAIBLE TAUX D'ADHESION

Le gouvernement guinéen avec le soutien de l'UNICEF a décidé en 2000 d'étendre l'expérience pilote de Dabola à tout le pays. Aujourd'hui 17 préfectures sur 33 sont couvertes et l'extension continue. Cependant le taux de pénétration reste faible dans ces préfectures avec une médiane à 10%. Plusieurs pistes peuvent être avancées.

La première est le *mode de contribution*. L'unité de cotisation choisie peut avoir des conséquences dans la dynamique sociale. Ainsi si l'unité de cotisation est le ménage ou la population du village, des chefs de famille peuvent ne pas se sentir concernés, voire des tensions sociales peuvent survenir du fait qu'une faible partie de la population bénéficie des services, la MURIGA ne bénéficiant qu'aux femmes enceintes.

La deuxième est la *qualité des soins*. Les Soins Obstétricaux Essentiels, malgré la volonté politique et l'appui des bailleurs, ne sont pas disponibles dans tous les centres de santé ce qui conduit les femmes à devoir accoucher à l'hôpital préfectoral pour un accouchement normal ou à devoir aller payer des médicaments dans une pharmacie privée parce que la pharmacie de l'hôpital est en rupture de stock. Le faible taux d'adhésion aux MURIGA semble avoir une certaine relation avec le faible taux d'utilisation des centres de santé. Ce taux est autour de 0.10 - 0.15 nouveau cas/an/habitant. Si les malades ne trouvent pas d'intérêt à se faire consulter au centre de santé, il va de soi que la mutuelle fondée autour de ce centre aura du mal à convaincre sa population cible quant aux bénéfices que leur adhésion leur procure. Or, le système de mutualisation à lui seul ne constitue pas une incitation suffisante pour améliorer la qualité des soins (Criel & Waelkens 2003 ; Criel *et al.* 2005). D'autres mesures liées à la gestion des ressources humaines au niveau central et périphérique du système de santé (plan de carrière, disponibilité et mobilité du personnel, formation, etc.) doivent être mises en place.

Une troisième explication est *l'approche top-down* des MURIGA

Les MURIGA ont été mises en place stratégiquement pour s'attaquer aux problèmes spécifiques de la mortalité maternelle et néonatale. De ce fait, les objectifs, caractéristiques en termes de couverture (cibles et prestations), mode de contribution et participation communautaire diffèrent des

mutuelles classiques (Tableau 8). La construction technique et sociale des mutuelles classiques est en effet plus large et plus polyvalente.

Il ressort des différentes évaluations réalisées jusqu'ici que les communautés sont peu impliquées dans le processus. La décision d'implanter une nouvelle MURIGA est prise par le Ministère de la santé avec le support d'une agence internationale. Les familles sont considérées comme des bénéficiaires mais sont très peu intégrées au processus de mise en œuvre. La première cause de non inscription, d'après les femmes non adhérentes interrogées, est l'absence d'information sur ce système. La plupart des familles ne connaissent pas les membres du bureau des MURIGA. Il faut noter que peu de membres ont été élus, ils sont la plupart du temps désignés par les autorités administratives de la préfecture (Soumaré 2004). Tout ceci résulte en une faible appropriation de la mutuelle.

Tableau 8. Comparaison conceptuelle entre MURIGA et mutuelles de santé 'classiques'

	MURIGA	Mutuelles classiques
Objectif	Spécifique : réduire la mortalité maternelle et néonatale via un meilleur accès aux soins maternels et néonataux	Large : améliorer l'accès aux soins des populations en général
Paquet de services couverts	Sélectif : femmes et enfants Risque spécifique et à fréquence relativement rare (grossesse) ¹⁶	Elargi : toute la population Risques variables : petits et grands, à fréquence rare et moins rare
Adhésion	Volontaire : par individu à risque, par individu imposable ¹⁷ ou par ménage	Volontaire : par individu ou par ménage

¹⁶ 15% des grossesses se compliquent et 5% sont des césariennes (UNICEF/OMS/UNFPA, 1997)

¹⁷ Il s'agit ici d'une adhésion par village ou par sous préfecture. On détermine le montant nécessaire pour le village et on le divise entre le nombre de personnes imposables dans ce village

Mise en place	Processus de mise en place « top-down ». Forte implication de l'administration sanitaire et des partenaires au développement du secteur de la santé.	Besoins et caractéristiques définis par les populations (forte appropriation et « <i>ownership</i> »)
Gestion	Forte implication des autorités sanitaires et sociales, cogestion (communauté et administration sanitaire)	Forte participation sociale, gestion communautaire

Une quatrième piste est le *montant des cotisations* qui est également avancé par les femmes non adhérentes comme une des causes de non adhésion. Dans le principe et suivant les guides et orientations des promoteurs des MURIGA, ces dernières doivent prendre en charge les femmes qui n'ont pas la capacité financière de contribuer. Cependant, il n'a pas été possible de retrouver dans les différents rapports des données concernant l'exemption des pauvres. Aucune des données collectées ne permet d'affirmer que les MURIGA ont amélioré l'accès des services au plus pauvres.

CAPACITE DE GESTION DES MURIGA

Ce point reste un des défis du système. Si on peut louer l'existence de guides techniques précisant chaque étape de la constitution d'une MURIGA, la faiblesse de gestion des organes dirigeants restent un gros problème. Les différentes modalités et outils sont rarement respectés ou utilisés, ce qui rend le suivi et l'évaluation très difficile. C'est certainement le point à résoudre en priorité et une responsabilité des instances d'appui (Ministère de la Santé, autorités administratives, organisations internationales) avant d'élargir les services des MURIGA.

La forme d'organisation des MURIGA ne prévoit pas de paiement de droits d'adhésion ni de frais administratifs ce qui réduit les recettes des MURIGA aux seules cotisations pour les soins de santé. La viabilité des MURIGA va donc dépendre de la capacité de mobilisation de bénévoles et

de ressources additionnelles devant servir au fonctionnement administratif. Cette limite est reconnue par plusieurs auteurs à propos du système de mutuelles communautaires en Afrique. Les gérants bénévoles sont souvent mal préparés à mobiliser les ressources et gérer la comptabilité de manière saine et fiable (Criel 2002 ; Huber *et al.* 2005)

VIABILITE FINANCIERE DES MURIGA

Il est apparu lors de la rédaction de ce chapitre que les données comptables des MURIGA étaient très difficiles à obtenir et pas compilées au niveau central. Certaines Communautés Rurales de Développement (CRD) comblent systématiquement les déficits. Certains bailleurs subventionnent les MURIGA à hauteur de 75% des cotisations reçues. Certaines MURIGA n'ont pas été suffisamment appuyées pour calculer le montant de leur cotisation et ont des cotisations ridiculement faibles, ce qui les entraînent en déficit,...On peut se demander si la division des caisses en sous-préfecture n'affaiblit pas quelque part les MURIGA qui peuvent vite se trouver en difficulté de trésorerie si elles doivent assister par coïncidence plusieurs cas lourds durant le même exercice alors que la tendance actuelle est au 'pooling' des mutuelles pour pouvoir mieux répartir les risques et mieux faire jouer la solidarité sur un plus grand groupe de cotisants.

ELARGISSEMENT DES SERVICES

Plusieurs personnes ont émis le souhait d'un élargissement des services, ce qui permettrait une meilleure acceptation des mutuelles par les hommes et donc une meilleure couverture. Les MURIGA de Kissidougou, de Mandiana et de Dabola ont déjà intégré la prise en charge des enfants dans le paquet et ont ainsi pu offrir des soins à 418 enfants pour toute pathologie confondue en 2006. En termes d'élargissement des services, ce sont les ONG déjà actives dans le domaine des mutuelles classiques qui ont été le fer de lance de ce mouvement comme l'ONG DYNAM et le Projet PRISM avec son projet de Mutuelles en Haute Guinée. L'élargissement ne pourra cependant pas régler le problème des MURIGA dont la gestion est déjà précaire et fragile. Un renforcement des capacités gestionnaires du bureau exécutif de la MURIGA et la qualité des services de santé sont des préalables obligatoires à tout plan d'élargissement des services couverts.

Conclusion

Bien qu'on ne puisse avancer de manière certaine que l'évolution positive de certains indicateurs comme les références et les césariennes sont exclusivement à l'actif des MURIGA, force est de reconnaître que le système est un mécanisme intéressant pour la prise en charge régulière et intégrale des urgences obstétricales. Cependant, le système est encore loin de couvrir tout le pays et toute la population. Dix-sept préfectures sur 33 ont des MURIGA et dans ces préfectures le taux de pénétration n'est que d'environ 10%. On remarque dans le fonctionnement de ce qui se voulait un mécanisme de participation communautaire, une insuffisance de l'appropriation par la communauté. Dans certains districts, la gestion est directement assurée par le prestataire de soins. Dans d'autres, les hommes s'impliquent parce que les compétences chez les femmes ne seraient pas disponibles (taux d'alphabétisation chez les femmes en milieu rural très faible). Il serait intéressant d'étudier les modalités d'autonomisation de la gestion et voir comment renforcer les capacités des acteurs communautaires (Ndiaye *et al.* 2007).

Pour les acteurs de la mutualité en Guinée, l'élargissement du mandat des MURIGA ou tout au moins leur intégration dans des mutuelles plus grandes est nécessaire et souhaitable, d'autant que cet objectif figure dans les perspectives depuis la conception des MURIGA. Mais la faible capacité contributive des populations soutenue par la pauvreté peut constituer un frein à cet élargissement. Pour le moment, même si on note une tendance vers une ouverture des prestations et du public cible, les MURIGA restent encore une formule particulière et sélective.

Malgré les imperfections relevées de l'approche mutualiste MURIGA, la satisfaction exprimée par les différents acteurs impliqués dans leur développement (bénéficiaires, autorités, élus et agents de santé) et la demande spontanée des non adhérents, constituent des atouts non négligeables dans une perspective d'amélioration et d'extension de l'approche. Dans le domaine de l'amélioration de la mobilisation et de l'utilisation rationnelle des ressources financières, on note (i) la révision de la politique pharmaceutique nationale qui a pour but la formulation d'une nouvelle stratégie d'approvisionnement en médicaments et la définition d'une politique des prix ; (ii) la signature d'un accord de crédit, le 29

septembre 2005, avec la Banque Mondiale relatif au financement de l'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (APNDS) dont l'objectif est de réduire la mortalité maternelle et infantile dans 18 Préfectures (Koundara, Gaoual, Dinguiraye, Dabola, Kissidougou, Kérouané, Mandiana, Siguiri, Kouroussa, Téliélé, Tougué, Mali, Koubia, Lélouma, Pita, Dalaba, Guéckédou, Beyla) et; (iii) la réflexion avec la Banque Mondiale sur l'élaboration d'une politique de financement de la santé en vue de mettre en place des mécanismes de partage des risques (FMI 2007).

Remerciements

Nos remerciements les plus chaleureux s'adressent à Mme Fabienne Richard, du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, pour son appui considérable à la finalisation de ce texte. Nous lui en sommes très reconnaissants.

Références

Afro (2005) Country Report www.afro.who.int/amd2005/country-reports/guinee.pdf (Accessed on 10th September 2008).

Condé S, Camara H, Camara F & Dramou P (2004) Réforme hospitalière et financement des hôpitaux en Guinée. <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20Hospitaliere/docs/Guinee/RHetFinancementGuinee.pdf> (Accessed on 10th September 2008).

Criel B (2002) Réflexions finales. In Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. (éd. B Criel, AA Barry, F v Roenne), Institut de Médecine Tropicale Anvers, Belgique, pp239-50.

Criel B & Waelkens M-P (2003) Declining subscriptions to the Maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Social Science and Medicine* 57(7), 1205-19.

Criel B, Diallo AA, Van der Venet J, Waelkens M-P & Wiegandt A (2005) La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes : le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry. *Tropical Medicine & International Health* 10(5), 450-63.

Direction Nationale de la Statistique (DNS Guinée) & ORC Macro (2000) Enquête Démographique et de Santé, Guinée 1999. Calverton, Maryland USA.

Direction Nationale de la Statistique (DNS - Guinée) & ORC Macro (2006) Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005. Calverton, Maryland, U.S.A.

Dynam (2004) Rapport de la mise en place des MURIGA dans les Préfectures de Telimélé et Pita.

Eckert E, Gupta N, Edwards M, Kolstad R & Barry A (2002) Guinea Health Facility Survey 2001. *MEASURE Evaluation Technical Report Series*, No. 11. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. April 2002.

Fonds monétaire international (2007) Guinée - 3e rapport de mise en oeuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté. *Rapport du FMI* no 07/140.

Gautier B, Boutbien A & Galland B (2005) L'Union des Mutuelles de Guinée Forestière Guinea Forestière. *CGAP Etude de Cas* n° 17. http://info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20Hospitaliere/htm/153_FinAcces.htm (Accessed on 10th September 2008).

Huber G, Hohmann J & Reinhard K (2003) Mutual health organisation (MHO) - Five years experience in West Africa. Concernes, controverses and proposed solutions. Eschborn: DeutscheGesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

Kourouma M (2005) Analyse de l'expérience des mutuelles pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA) dans l'amélioration de l'accès aux soins maternels et néonataux au niveau du district sanitaire de Dabola, République de Guinée. Thèse de maîtrise, Cours International pour la Promotion de la Santé, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique.

Ministère du Plan (2004) République de Guinée. Programme national d'actions en matière de population 2005 - 2009. Secrétariat permanent de la CNPRH.

Ministère du Plan, Direction Nationale de la Statistique (2006) Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005.

Ndiaye P (2006) Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts. Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI), Ottawa, Research Matters.

Ndiaye P, Soors W & Criel B (2007) A view from beneath: community health insurance in Africa. *Tropical Medicine & International Health* 12(2), 157-61.

Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Guinée 2007 - 2011. http://www.undg.org/archive_docs/8298-Plan-Cadre_des_Nations_Unies_pour_l_Aide_au_Developpement_2007-2011.doc (Accessed on 10th September 2008).

PNMSR (2006) Guide Technique de Mise en Place des Mutuelles pour la Prise en Charge des Risques liées à la Grossesse et à l'Accouchement (MURIGA).

PNUD (2006) Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Guinée 2007 - 2011. http://www.undg.org/archive_docs/8298-Plan-Cadre_des_Nations_Unies_pour_l_Aide_au_Developpement_2007-2011.doc. (Accessed on 10th September 2008).

UNICEF/OMS/UNFPA (1997) Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. 2nd Edition. UNICEF, New York.

Soumaré AN (2004) Rapport final de l'évaluation des MURIGA de Guinée.

Tambalou R (2005) Etude sur les bonnes pratiques/expériences en matière de couverture sanitaire par les mutuelles de santé et autres systèmes de micro-assurance santé en Guinée.

Annexe 1

MODE DE CALCUL DES COTISATIONS SELON LA GARANTIE CHOISIE

Soit X, le nombre d'accouchements attendus dans la CRD/CU, Y le nombre de complications obstétricales attendues, Z le nombre de césariennes attendues, CT le coût de transport, CP le coût de prestations sanitaires et UC le nombre d'unités cotisantes :

- Choix de la garantie 1 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y) + (Tarif de la césarienne x Z) + CT) x 10%/UC
- Choix de la garantie 2 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y) + (Tarif de la césarienne x Z) + (Tarif de CPN x X) + CT) x 10%/UC
- Choix de la garantie 3 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y) + (Tarif de la césarienne x Z) + (Tarif de la CPN x X) + (Tarif de l'accouchement normal x X) + CT) x 10%/UC
- Choix de la garantie 4 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y) + (Tarif de la césarienne x Z) + (Tarif de la CPN x X) + (Tarif de l'accouchement normal x X) + Coût de l'accompagnant (transport ou transport + nourriture) + CT) x 10%/UC