



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Promotion: 2005-2007

MÉMOIRE

**POUR L'OBTENTION
DU MASTER EN DÉVELOPPEMENT
DE L'UNIVERSITE SENGHOR**

Département Santé
Spécialité: Santé Internationale

Par HASSANE YOUSOUF MONDOHA

**PROPOSITIONS POUR LA RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE
SANTÉ AUX COMORES: EXEMPLE DE L'ORGANISATION
DÉCENTRALISÉE DU SYSTÈME SOCIO SANITAIRE DU QUÉBEC**

Lieu de stage: Institut National de Santé Publique du Québec

Directeur de mémoire: Léo-Roch POIRIER Ph.D(c)

Soutenu le : 23 Avril 2007

Jury:

- **Président:** Dr Christian **MESENGE**.
Directeur du département Santé
Université Senghor
- **Membres:** Prof. Jean-Daniel **RAINHORN**
Institut Universitaire d'Études du Développement
GÈNEVE

Léo-Roch **POIRIER** Ph.D(c)
Institut National de Santé Publique du Québec

DÉDICACE

Je dédie ce travail

*À ma mère FATIMA Bacar, votre disparition hâtive m'est toujours difficile à accepter
Merci pour votre bravoure, que votre âme repose en paix*

*À ma grand-mère ZAINABA Mzé Wahassane pour sa tendresse et son sens aigu de
l'orientation. Que la terre vous soit légère*

À mon oncle ISMAIL Bacar pour son dévouement et son sens inégalé de la famille

À mon père YOUSSEUF Mondoha et à son honorable famille

*À ma chère et tendre maman ZAINABA Bacar pour l'amour qu'elle m'a toujours
manifesté*

À mes oncles et particulièrement YOUSSEUF Bacar pour leurs vaillances et encadrement

*À mes chères petites reines SOIBRATA, LACKY, ZAINA et SALWA qui sont sources
de réconfort*

À ma Tante MARIAM Bacar que votre nouvelle vie soit source de joie

À ma sœur CHARMILA Youssouf et sa petite SALWA

*À ma sœur FARTHINE Youssouf et son Mari ABDOU Ali Abdallah que le ciel veille
sur vous*

À la famille BACAR Moegnihazi pour sa persévérance et sa bienfaisance

*À la famille Mohamed Mbaé et particulièrement HADIDJA Mzé pour leur
encouragement*

À la famille Mzé Wahassane.

*Au mouvement Scout Ngomé de Ntsoudjini pour sa mission pédagogique
Que cette dynamique instructive puisse perdurer.*

*Je dédie ce travail au peuple comorien dans son ensemble et particulièrement à la jeunesse
comorienne qu'ils trouvent dans ce travail le témoignage de mon amour pour notre patrie.*

*EMERSON a écrit «Rien de grand n'a été fait sans enthousiasme»
C'est plus qu'une phrase bien écrit, c'est la voie du succès.*

REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Christian MÉSENGE, directeur du département santé de l'Université Senghor pour son soutien indéfectible tout au long de cette expérience.

Tous les mots ne sauraient exprimer mes profonds et sincères remerciements. Que vous trouvez dans ce travail toute ma reconnaissance.

À Mme Alice MOUNIR pour l'oreille attentive qu'elle a toujours su avoir et la disponibilité qu'elle a constamment manifestée.

À Mr Léo-Roch POIRIER pour m'avoir donné l'occasion d'évoluer au sein de l'Institut national de santé publique du Québec et pour avoir accepté d'apporter son expertise à ce travail.

À Mlle Maïté BERTAUD pour son sens de l'humanisme et son dynamisme.

À toute l'équipe de l'Institut national de santé publique du Québec, du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et à Mr René LACHAPELLE Ancien président du Regroupement Québécois des Intervenants et Intervenantes en Action Communautaire en CLSC et en Centre de santé (RQIIAC).

À messieurs Mohamed Ali DIA ancien Ambassadeur de l'Union des Comores en Egypte, Toiwilou Mzé HAMADI, Directeur des ressources humaines à l'Université des Comores, Said Mahmoud SAID AHMED et Mbaé Moimba TOIHIR pour leurs conseils.

À tous les collègues de la X^{ème} promotion et du département santé.

À ma collègue Djerline CLERGÉ qui s'est toujours souciée de l'évolution de ce travail et pour son sens de l'amitié.

À mes collègues Esther T.TASSIBA, Fatou S.DIOP, Alassane WAONGO, Kadiatou CISSOKO, vous resterez toujours présents même à des milliers de kilomètres car vous étiez des collègues uniques durant ces deux années.

À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce travail.

ABREVIATIONS

abréviations	Description
ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
ASCOBEF	Association comorienne pour le Bien-être de la Famille.
CESSS	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CIDR	Centre international de développement et de recherche
CMA	Clinique médicale associée
CMC	Centres médico-chirurgicaux
CMU	Centres médicaux urbains
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
COI	Commission de l'océan indien
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSC	Centre de santé communautaire
CSD	Centre de santé de district
CSP	Centre de santé provincial
CSSS	Centres de santé et des services sociaux
CST	Clinique sanitaire du territoire
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRMG	Département régional de médecine générale
ENMSP	École nationale de médecine et de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
IDH	Indice de développement humain
ISRR	une indemnité sanitaire régionale de ruralité
LCS	Loi canadienne sur la santé
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
ORAS	Offices régionaux de l'assurance santé
ORSSS	Offices régionaux de la santé et des services sociaux
PAL	Plan d'action local en santé publique
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PNDRHS	Plan national de développement des ressources humaines en santé
PNDS	Plan national de développement sanitaire
RLS	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
RRSSS	Régies régionales de la santé et des services sociaux
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SRRPS	système de rotation régionale des professionnels de santé
TCPS	Transfert canadien en matière de programmes sociaux
TCS	Transfert canadien en matière de santé
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I	
Caractéristiques des attributions dévolues aux organisations décentralisées.....	24
Tableau II	
Répartition de la population selon le milieu et le lieu de résidence en 2003	52
Tableau III	
Répartition des établissements publics de santé par île en 2001.....	56
Tableau IV	
La répartition des établissements privés à but lucratif par île.....	57
Tableau V	
La répartition des professionnels de santé selon l'île, le secteur et la zone.....	57
Tableau VI	
La répartition des professionnels de santé selon le secteur et la zone	58
Tableau VII	
Évolution du budget de la santé et de ses composantes en millions de francs comoriens.	59
Tableau VIII	
La participation communautaire dans le financement de la santé.....	60
Tableau IX	
Les forces et faiblesses du système de santé Québécois	61
Tableau X	
Les forces et faiblesses du système de santé comorien.....	62

Tableau XI	Motivations, propositions et buts du projet de régionalisation.....	93
Tableau XII	Liste provisoire des principaux partenaires et leurs rôles dans la mise en œuvre du projet.....	95
Tableau XIII	Composition et rôles des comités de la structure organisationnelle	97
Tableau XIV	Cadre logique du projet.....	98-101
Tableau XV	Analyse des principaux hypothèses/ risques.....	102
Tableau XVI	L'échéancier du projet de régionalisation.....	103
Figure 1	La nouvelle structure organisationnelle du réseau québécois de la santé et des services sociaux.....	32
Figure 2	L'organigramme d'une agence de santé et des services sociaux.....	41
Figure 3	L'organigramme simplifié d'un centre de santé et de services sociaux.....	45
Figure 4	Les acteurs du réseau local de services de santé et de services sociaux.....	47
Figure 5	La part de la mission santé et services au sein du budget global du gouvernement.....	50
Figure 6	L'évolution du budget de la santé dans le budget national.....	59
Figure 7	L'articulation des réformes proposées par le projet de régionalisation.....	65
Figure 8	Les étapes de la planification de l'offre de soins régionale	69
Figure 9	Le circuit de l'offre publique de soins de santé	71
Figure 10	Le nouveau modèle de financement de la santé.....	82
Figure 11	Les mécanismes d'achats des soins par les offices régionaux de l'assurance santé.....	87
Figure 12	Les principaux facteurs influençant la qualité des soins.....	88
Figure 13	Organigramme de la structure organisationnelle de conduite du projet.....	96
Figure 14	Bilan du processus de mise en œuvre.....	106

RÉSUMÉ

À l'instar des systèmes de santé de la majorité des pays, le système de santé comorien a entamé un processus de réforme en 1994 ayant comme objectif de mettre en place un système de santé apte à assurer une amélioration de l'état de santé de la population. Pour atteindre cet objectif et matérialiser le droit à la santé des comoriennes et comoriens reconnu par la constitution de l'union des Comores adoptée le 23 décembre 2001 et par les constitutions des îles autonomes, le système de santé comorien ne doit cesser de se remettre en cause dans le souci de se préparer à relever les défis sanitaires qui se profilent à l'horizon.

C'est dans cette optique que s'inscrit notre projet qui a comme objectif de mettre en place une régionalisation du système de santé comorien afin d'assurer à la population un accès universel à des soins de santé de qualité. S'appuyant sur l'évolution institutionnelle qui accorde une place primordiale et un rôle clé à la décentralisation et sur la dynamique régionale, cette réforme vise à mettre en place des instances régionales qui auront en charge l'organisation des soins de santé selon la nouvelle conception de la santé tel qu'elle est

définie par l'organisation mondiale de la santé. Pour mieux outiller cette étude, nous avons observé et analysé l'expérience québécoise, l'une des pionnières en matière de régionalisation.

Cette observation analytique est réalisée suivant une approche méthodologique articulée autour des outils de planification du système de santé et une revue de littérature. Cette dernière s'est appesantie sur les fondements des systèmes de santé et l'orientation vers la décentralisation versus régionalisation. Suivant ces analyses, trois réformes piliers seront proposées: la restructuration de l'offre de soins de santé sur une base régionale, la mise en place de mécanismes de planification sur une base régionale des ressources humaines en santé et la réforme du système de financement de soins de santé. Suite à une étude prospective, il nous paraît que l'option de régionalisation serait en mesure non seulement d'améliorer l'accès aux soins de santé mais aussi, elle serait un maillon fort pour relancer et soutenir le développement socioéconomique.

Mots clés:

Régionalisation, offre de soins, gestion du risque maladie et participation communautaire

TABLES DES MATIERES

<i>1.1 Méthodes</i>	5
1.1.1 Projet et cadre de l'étude	5
1.1.2 Processus de la recherche	6
<i>1.2 La revue de la littérature</i>	19
1.2.1 Le concept de système de santé	19
1.2.2 Les différents modèles de décentralisation	21
1.2.3 Le concept de la régionalisation	25
<i>1.3 L'hypothèse de recherche</i>	27
CHAPITRE-2 L'ORGANISATION DÉCENTRALISÉE DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE DU QUÉBEC:UNE NOUVELLE APPROCHE POUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ COMORIEN	27
<i>2.1 Le système de santé et des services sociaux du Québec</i>	28
2.1.1 Le processus de régionalisation du système sociosanitaire.....	28
2.1.2 Le système de santé et des services sociaux actuel: le projet clinique et organisationnel	31
<i>2.2 Situation générale et sanitaire des Comores</i>	52
2.2.1 La présentation générale des Comores.....	52
2.2.2 L'organisation du système de santé comorien.....	54

2.3. <i>L'étude comparative des deux systèmes de santé</i>	63
2.3.1 Les faits saillants des deux systèmes de santé.....	63
2.3.2 Les leçons tirées de l'expérience québécoise.....	65
3.1 <i>Le chantier des réformes soutenant la mise en œuvre de la régionalisation</i>	67
3.1.1 Une réforme de l'offre des services et des soins de santé.....	68
3.1.2 L'introduction des nouveaux mécanismes de planification des effectifs de santé dans le plan national de développement des ressources humaines en santé.....	69
3.1.3 Une réforme du système de financement de soins de santé.....	69
3.2 <i>Les offices régionaux de la santé et des services sociaux</i>	70
3.2.1. Organisation et fonctionnement des offices régionaux de la santé et des services sociaux.....	70
3.2.2 Les fonctions des offices régionaux de la santé et des services sociaux.....	71
3.3 <i>Les offices régionaux de l'assurance santé</i>	82
3.3.1 La réforme du financement: vers une approche régionalisée du financement.....	82
3.3.2 La réforme des mutuelles de santé: des mutuelles aux offices régionaux de l'assurance santé.....	86
3.3.3 L'organisation et les fonctions des offices régionaux de l'assurance santé	87
3.4 <i>Place de la population et des collectivités locales dans le système de santé</i>	92
3.4.1 L'organisation de l'engagement communautaire.....	92
3.4.2 Les collectivités régionales et l'action sociosanitaire.....	93
4.1 <i>Objectifs, vision et motivations du projet de régionalisation</i>	94
4.1.1 L'objectif général et la finalité du projet de régionalisation.....	94
4.1.2 La vision du projet de régionalisation	95
4.1.3 Motifs du projet de régionalisation.....	95
4.2 <i>Le processus de la mise en œuvre du projet de régionalisation</i>	97
4.2.1 Le déroulement de l'opérationnalisation.....	97
4.2.2 Les suggestions facilitant la mise en œuvre du projet.....	112

INTRODUCTION

À l'instar des systèmes de santé des pays en quête d'un développement socioéconomique, le système de santé comorien est sujet à de multiples dysfonctionnements. De natures organisationnelles, économiques et institutionnelles, ces dysfonctionnements inhibent les efforts déployés pour l'amélioration de l'état de santé de la population et la lutte contre la pauvreté. Cette situation nous a poussé à réfléchir sur les réformes à entreprendre pour remédier à cette urgence sanitaire. Émanant de l'histoire, de la culture et du modèle social d'un peuple, les systèmes de santé s'enracinent et évoluent suivant ces caractéristiques. Partant de cette assertion, nous avons entamé une réflexion sur l'idée de faire de la collectivité régionale, espace structurante de la vie socioéconomique et amont du capital social une voie pour orienter et innover l'architecture organisationnelle du système de santé comorien. Cette étude sur la régionalisation du système de santé essaie de voir comment mettre les réseaux sociaux, forts de leur dynamique solidaire au service de la santé. Pour cela, une orientation organisationnelle mettant l'accent sur la gestion locale du système de soins s'avère nécessaire.

En effet, la gouvernance locale a pris ces dernières années une dimension importante en matière de gestion de la chose publique. Ce mode de gestion s'avère être un leitmotiv pour relancer le développement local, dans la mesure où il permet une meilleure connaissance de la situation locale et par ricochet une meilleure prise en compte de la variabilité et de la multiplicité des difficultés socioéconomiques locales. La gestion locale permet de mieux traiter ainsi plus équitablement les inégalités sociogéographiques.

Aux Comores, l'évolution institutionnelle décentralisatrice qui est issue de la crise séparatiste de 1997-2001 a comme corollaire une nouvelle approche institutionnelle et organisationnelle que l'on pourrait qualifier de "glissement du central vers le local". La large autonomie accordée aux îles à travers la nouvelle constitution de la république comorienne traduit le choix du peuple comorien d'opter pour la décentralisation qui est un moyen populationnel et structurel pour mieux organiser la vie des citoyens. La mise en place de nouvelles institutions de l'Union des Comores, nous a incité à nous demander les impacts qu'aurait une régionalisation des politiques publiques au premier desquelles la santé. Dans cette nouvelle vision, le système national de santé peut tirer profit en y adoptant

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

une observation sanitaire territorialisée afin de faire face aux inégalités insulaires et régionales d'accès aux soins. Pour cela, il serait nécessaire de mettre sur pied une nouvelle conception de l'organisation du système de santé qui saurait répondre à une prise en charge globale de la santé tel qu'elle est définie par l'OMS. Et la région, unité territoriale avec des frontières géographiques précises à l'intérieur desquelles s'organise la vie sociale, économique et culturelle quotidienne des comoriennes et comoriens constitue à nos yeux, l'échelon le mieux adapté pour bâtir un système local de santé. Cet échelon serait en mesure de mieux réguler le système de santé et d'organiser l'offre des soins de santé primaires complets permettant d'atteindre l'objectif de la santé pour tous, souhaité par l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1981).

Cette préférence de l'échelon régional, pour bâtir un système de santé local performant, trouve ses origines dans l'histoire politique et institutionnelle des Comores et en grande partie dans l'organisation socioéconomique et culturelle de la société comorienne. L'échelon régional remonte à l'époque des sultanats, à cette époque, la région représentait une véritable entité territoriale politique. L'entité régionale a été conservée pendant la colonisation française 1841-1975 (NAHOUSA, N, 2002) qui l'a transformée en un temps en provinces avant de l'ériger en préfecture subdivisée en canton (Guébourg JL, 1993). Cette dernière architecture administrative et institutionnelle érigée par la France, a été maintenue après l'indépendance et les régions ont à leur tête des préfets de régions. Toutefois, la région est mal ou pas du tout prise en compte dans l'élaboration des politiques publiques, à l'exception de la période de la révolution Soilihiste (1976-1978) qui a essayé de jeter les bases d'une véritable politique de territorialisation des politiques publiques. Malgré cette situation, la région est restée pour la population l'amont et le levier de la vie socioéconomique, culturelle et même politique des comoriennes et comoriens. Cette situation s'explique par le fait que l'appartenance communautaire régionale et insulaire est au centre des activités socioéconomiques et culturelles. Entité territoriale où s'organisent les élections législatives tant nationales qu'insulaires, la région dispose la légitimité politico-administrative nécessaire pour appuyer les structures de gestion du système de santé. Tout ceci, fait de la région l'échelon administratif où la population comorienne se reconnaît le plus, établit son organisation sociale, inscrit ses interventions pour la lutte contre la pauvreté et où elle œuvre pour son bien-être.

En grosso modo, avec cette régionalisation du système de santé, les régions auront la maîtrise de leur propre développement sanitaire. La régionalisation permettra aussi de mieux appréhender les besoins de santé des régions et de mieux les satisfaire. Elle permettra aussi de mettre à profit la vitalité des régions et d'impulser le développement local. Cette décentralisation régionale va permettre à l'État comorien de se doter d'un interlocuteur clé et viable au niveau local pour mettre en œuvre la politique nationale de santé. Cette gouvernance régionale sera un modèle partenarial entre les communautés, les îles et l'État, et donc une manière d'encourager la démocratie locale et d'initier les communautés à la gestion des affaires de la cité. Il est démontré qu'un pouvoir local accru permet de mieux répondre aux besoins locaux, d'améliorer la gestion de l'approvisionnement et de la logistique, et de renforcer la motivation des fonctionnaires locaux, tous éléments qui facilitent et accélèrent la mise en œuvre des projets de développement. (Anne Mills et al 1991).

En effet, cette gouvernance régionale du système de santé remplacera la gestion directe par le sommet de l'offre de soins de santé de base par une gestion de proximité tenant compte des spécificités locales, guise d'une meilleure planification de l'offre de soins de santé.

❖ L'objectif général de notre projet

L'objectif poursuivi par notre projet est la régionalisation du système de santé comorien afin qu'il puisse assurer à la population un accès universel à des soins de santé de qualité. Reconnu et garanti par la constitution de l'Union des Comores adoptée le 23 décembre 2001 et par les constitutions des îles autonomes qui la composent, le droit à la santé des comoriennes et comoriens ne peut se matérialiser quand poursuivant le chantier des réformes lancées en 1994 et par les états généraux de la santé tenus en octobre 2001. Celles-ci doivent prendre en compte l'évolution économique, culturelle et institutionnelle mais aussi tenir compte de l'organisation sociale et s'inscrire dans les grandes tendances des réformes des systèmes de santé menées partout dans le monde. C'est dans cet optique que s'inscrit notre projet de régionalisation du système de santé inspiré en grande partie de la réforme du système de santé entamée en décembre 2003 et plus particulièrement du palier local et du projet clinique et organisationnel. Afin d'atteindre sa finalité ambitieuse à

savoir assurer un accès universel à des soins de santé de qualité, notre projet de régionalisation vise à faire de l'intégration des services et des soins de santé le maillon fort du système national de santé. Ce projet qui se veut le chantre de l'accessibilité universelle aux soins de santé, de la continuité des soins et de la qualité des soins de santé offerts à la population qui se doivent d'être complets se fixe trois objectifs spécifiques:

- Créer des offices régionaux de la santé et des services sociaux;
- Mettre en place un système régionalisé solidaire et équitable de gestion du risque maladie par la création des offices régionaux de l'assurance santé;
- Assurer une répartition équitable des professionnels de santé sur une base régionale.

Nous pensons qu'en atteignant ces trois objectifs, notre projet de régionalisation du système de santé peut non seulement améliorer la qualité des soins mais aussi faciliter leurs accès par la population. Afin de mieux orienter cette nouvelle conception du système local de santé, nous avons élaboré un cadre méthodologique qui est décrit au chapitre suivant.

Chapitre 1

CHAPITRE-1 METHODES ET CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

1.1 Méthodes

1.1.1 Projet et cadre de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la formation au master en développement de l'Université Senghor, des recommandations faites par l'organisation mondiale de la santé (OMS/Afrique; 2005) et par le gouvernement de l'Union des Comores appelant à réfléchir sur une nouvelle approche organisationnelle du système de santé comorien. Cette étude cherche ainsi à apporter des nouveaux mécanismes organisationnels capables de renforcer la structure et la gestion du système de santé qui est le premier axe stratégique retenu par le plan national de développement sanitaire (PNDS) perspectives 2010. Ceci pour assurer une meilleure performance des services de santé comme l'a formulée le rapport (Profil du système de santé 2004) qui en fait un facteur primordial pour l'instauration d'un développement sanitaire durable aux Comores. Cette démarche cherche aussi à réfléchir à des outils pouvant contribuer à adapter le système de santé à la nouvelle configuration institutionnelle du pays et à renforcer la coordination des activités de développement socio-sanitaire.

Ce projet de régionalisation du système de santé suit ainsi la logique de la politique nationale qui a pour but ultime d'assurer une meilleure santé pour tous les comoriens à travers la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de bonne qualité en 2015. C'est dans ce cadre que nous avons effectué un stage de recherche d'une durée de trois mois au sein de la direction des systèmes des soins et services de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)¹. Ce stage nous a permis de plancher sur l'organisation du système de santé et des services sociaux du Québec et plus particulièrement de son expérience en matière de régionalisation des systèmes de santé et d'organisation des soins de santé communautaires.

¹ Institut national de santé publique du Québec, Organisme mandataire de l'État créé en 1998, qui relève du ministère de santé et des services sociaux

Pour mieux cerner l'expérience québécoise en matière de réformes de système de santé et de régionalisation du secteur sanitaire, nous avons défini un processus de recherche pour orienter notre démarche et par ricochet mener à bien cette étude.

1.1.2 Processus de la recherche

Afin de mieux s'imprégner de la structure organisationnelle du système sociosanitaire du Québec et de son fonctionnement, nous avons adopté et suivi un processus de recherche qui s'articule autour de trois étapes.

1.1.2.1 Première phase: la stratégie de recherche documentaire

❖ *Recherche documentaire*

La recherche documentaire qui a constitué la première phase de ce processus de recherche, s'est focalisée sur l'évolution du système sociosanitaire du Québec, et principalement sur le processus de régionalisation du système de santé et de son modèle organisationnel du palier local des soins.

Cette première étape de notre recherche a débuté au sein de l'Institut national de santé publique du Québec, et s'est orientée sur les thématiques de l'organisation de l'offre de soins de santé, de la planification des ressources humaines de santé, de la place du secteur privé et sur le modèle de financement du système de santé québécois et enfin sur la place et le rôle joué par la population au sein de ce système.

Réalisée en grande partie à travers la bibliothèque et le site Internet de l'INSPQ, la recherche documentaire a été faite aussi sur Le Réseau Santécom qui est une base de données bibliographiques de cet organisme. Nous avons poursuivi cette phase de documentation en consultant les sites Internet du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Cette phase documentaire s'est aussi enrichie des documents remis lors des entretiens et des réunions de travail qui constituent une autre étape du processus de recherche.

❖ *Première analyse documentaire*

La lecture des ouvrages qui retracent le processus évolutif du système de santé québécois, nous a permis d'identifier les lois et réformes marquantes qui ont façonné ce système. L'analyse de cette documentation nous a aussi permis de faire une synthèse de ce vaste océan que représente le système sociosanitaire québécois et de retracer ses périodes clés tel que:

- la mise en œuvre en 1970 d'un système public de services qui place sous la même autorité au sein d'un réseau intégré, les services de santé et des services sociaux;
- l'adoption de la loi sur l'assurance maladie en 1970, et de la loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 qui a donné le coup d'envoi à la régionalisation;
- la création en 1985 du ministère de la santé et des services sociaux;
- et enfin, la loi sur les agences de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux sanctionnée le 18 décembre 2003.

Cette première phase analytique montre que les planificateurs sanitaires québécois n'ont cessé d'ajuster, d'innover et de réformer au fil du temps le système afin qu'il puisse s'adapter au contexte socioéconomique et relever les défis sociosanitaires qui sont propres à chaque époque. Suite à cette analyse, nous avons décidé d'aller à la rencontre des acteurs clés du système sociosanitaire, des agences et organismes qui forment l'architecture organisationnelle de ce système, afin de recueillir leur point de vue sur l'évolution du système et ses répercussions sur l'état de santé de la population.

1.1.2.2. Deuxième phase: Entretiens et réunions de travail

❖ *Les entretiens*

Les entretiens se sont déroulés en deux cycles, un premier cycle réalisé au Québec au cours de la deuxième phase du processus de recherche et qui est décrit ci-dessous. Et un deuxième cycle effectué aux Comores au cours de la troisième phase du processus de

recherche. Les entretiens effectués aux Comores sont décrits dans la troisième phase du processus de recherche.

➤ *Les entretiens faits au Québec*

Ayant comme objectif de nous aider à approfondir les connaissances acquises à la phase de documentation citée ci-haut et à mieux saisir les portées des réformes entreprises; les entretiens se sont focalisés sur les thématiques précédemment énoncées. Ces entretiens de type semi-directif se sont déroulés suivant un cadre gradué en trois temps:

- Au début de chaque entretien, nous faisons un bref rappel de notre objectif de recherche et nous présentons à nos interlocuteurs une série de questions en fonction de la thématique et de l'interlocuteur;
- En deuxième temps, nous recueillons les informations et les réponses fournies par chaque interlocuteur. Nous lui demandons à chaque fois d'éclaircir et de revenir sur les points forts et les points faibles des réformes touchant la ou les thématiques abordées;
- En troisième temps, nous exposons et discutons les fondements et les orientations des réformes que nous envisagerons de mettre en œuvre aux Comores à travers notre projet de régionalisation.

Et ce, afin de recueillir leurs opinions, vue l'expertise acquise à travers les multiples réformes sanitaires qu'ils ont mené ou vécu. Cette partie nous a conduit en premier temps à demander des réunions de travail et ensuite d'être conviée par nos interlocuteurs à des ateliers de travail.

❖ *Les réunions de travail*

Cette phase fondamentale de notre recherche, nous a menée à la découverte des outils d'organisation et de planification du système de soins de santé dont le premier est l'outil du découpage sanitaire du territoire.

➤ *Le système M34: outil du découpage sanitaire du territoire*

Envisageant un remodelage de la carte sanitaire dans notre projet, nous avons demandé une réunion de travail avec les responsables du service du développement de l'information (SDI) qui est responsable du découpage territorial officiel du ministère de la santé et des services sociaux. A cours de cette réunion, les composants de la méthode du découpage du territoire nous ont été exposés et permis de s'initier.

Ce système dénommé M34 est un système destiné à la gestion et la diffusion efficace du référentiel territorial pour tout le secteur de la santé et des services sociaux (MSSS, 2005). En effet le référentiel territorial est un ensemble de tables de définitions et de correspondances territoriales (territoires codifiés liés spatialement à d'autres territoires) accompagné d'une méthode de traitement appropriée.

Ce système de codification relie les trois niveaux territoriaux du système: les dix-huit régions socio-sanitaires (RSS), les 95 réseaux locaux de service (RLS) et les 166 territoires de centre local de services communautaires (CLSC).

Ce système qui fait appel à plusieurs disciplines dont la géomatique² permet:

- de suivre l'évolution de l'organisation de l'offre de services et une meilleure coordination de celle-ci;
- en accordant aussi un code à l'installation³ du centre local de services communautaires (InstalCLSC code à 8 caractères), le système facilite l'identification par les usagers des établissements de santé.

C'est aussi sur ce découpage que sont réalisés les portraits sanitaires de la population, un autre outil qui concourt à l'organisation et à la planification de l'offre de services de santé et des services sociaux au Québec.

➤ ***Les portraits socio-sanitaires du territoire***

C'est au sein de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, plus exactement au Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire (CMIS) que nous avons étudié la composition de cet outil et de ses variables.

² Géomatique: discipline ayant pour objet la gestion des données à référence spatiale et qui fait appel aux sciences et aux technologies reliées à leur acquisition, à leur stockage, à leur traitement et à leur diffusion

³ L'installation d'un CLSC est un point de service désigné comme principal dispensateur de services communautaires pour un certain territoire CLSC

Prévoyant de baser l'offre de soins de santé sur les besoins de santé de la population, nous avons cherché à mieux comprendre les différents indicateurs que les portraits renferment.

Bâti sur un modèle regroupant plusieurs indicateurs, les portraits sociosanitaires représentent pour le territoire étudié deux grandes catégories d'indicateurs à savoir les indicateurs utilisés comme déterminants de la santé et les indicateurs servant à mesurer l'état de santé de la population.

L'analyse de l'ensemble des variables des portraits sociosanitaires et les écarts identifiés orientent l'organisation des services de santé et les différents plans régionaux et locaux de santé. Dans l'optique de mieux s'imprégner, du processus d'analyse de ces écarts et de la projection d'une nouvelle offre de services qui en découle, nous avons assisté au centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à un forum de consultation des partenaires qui s'inscrivait sur le processus d'implantation du projet clinique. Durant ce forum, nous avons pris part à un atelier sur les services de promotion et de prévention. Cet atelier nous a permis de repérer d'autres dispositifs de l'organisation de l'offre de soins de santé régionale et locale.

➤ ***Les plans d'organisation clinique (POC), les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les plans régionaux d'organisation des services (PROS)***

Pour mieux comprendre ces dispositifs, nous avons sollicité deux réunions de travail:

- une consacré au plan régional des effectifs de santé;
- et l'autre destinée à mieux nous illustrer le plan régional d'organisation des services.

La démarche de planification des effectifs médicaux, nous a été décrite au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et nous a permis de constater l'intérêt des portraits de santé. En fournissant les profils de la population et des données sur l'état de services sociosanitaires, comme la démographie médicale locale et régionale, les portraits de santé orientent la démarche de planification des effectifs médicaux.

Nous avons aussi constaté au cours de notre étude que les établissements de santé sont amenés à établir des plans d'organisation clinique (POC). Ce plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique décrit les structures administratives, services et

départements ainsi que les programmes cliniques de chaque établissement guident les instances régionales dans l'élaboration des plans régionaux des effectifs médicaux.

Pour mieux comprendre la dynamique de planification et d'organisation des services de santé, nous avons rencontré des responsables de l'INSPQ qui s'occupent de l'organisation des soins de santé dans les régions éloignées et nordiques du Québec. Ces régions sont choisies du fait que les localités qui les composent sont organisées d'une façon dispersée et qu'elles sont moins peuplées. Ces régions sont aussi choisies par l'homogénéité de leurs populations. Ces caractéristiques sont plus ou moins semblables à celles des Comores contrairement à celles des régions urbaines. Au cours de cette réunion sur l'organisation des soins de santé dans les régions nordiques et éloignées, nous avons constaté que l'organisation des soins de santé est déclinée en fonctions des spécificités locales et surtout le rôle accru du personnel infirmier dans les services de santé de ces régions.

C'est au autour de cette étape de notre recherche et suite à notre participation au forum sur la mise en place des centres de santé et des services sociaux que nous avons découvert d'autres mécanismes de l'organisation du système de santé et des services sociaux: il s'agit des plans d'action local et régional de santé publique.

➤ *Les plans d'action local (PAL) et régional (PAR) de santé publique.*

En assistant à l'atelier sur les services de promotion et de prévention du secteur de Bordeaux-Cartierville, nous avons ainsi suivi le processus d'élaboration du plan d'action local de santé publique. Se fondant eux aussi sur les portraits de santé de la population, le processus d'élaboration du plan d'action local de santé publique (PAL) s'étale sur plusieurs étapes:

- l'analyse des écarts existants comparativement à d'autres territoires qui forment le palier régional, cette étape fait ressortir les faits saillants du territoire en matière de santé;
- le processus d'élaboration du PAL se poursuit par la concertation avec les professionnels de santé qui permet l'identification des profils des clients des services socio-sanitaires.

Suite à ces deux étapes décisives, une concertation est aussi menée avec les organisations communautaires pour identifier les différentes approches d'organisations des services de santé. Cet atelier qui réunissait divers acteurs du système de soins de santé, nous a permis de voir comment sont fixés les enjeux sociosanitaires spécifiques de chaque territoire. Ces enjeux sociosanitaires déterminent les approches et les modèles organisationnels des soins de santé et les moyens financiers à y consacrer. Cet ensemble dénommé plan d'action local de santé publique va servir de base pour l'élaboration des plans d'actions régionaux de santé publique. C'est suivant cette dynamique que les différents paliers sont dotés de plans de santé publique.

À Cette phase de notre recherche, nous nous sommes posés la question du financement de l'ensemble de l'organisation des soins de santé. C'est ainsi que nous nous sommes rendus à la Régie de l'assurance maladie du Québec où les mécanismes de financement des services de santé nous ont été élucidés. Au sein de cet organisme clé du système de santé et des services sociaux du Québec, nous avons aussi présenté l'état du financement des soins de santé des Comores et testé la faisabilité technique de quelques pistes pour la mise en place d'un nouveau système de financement aux Comores.

Riche de diverses observations, qu'elle a permis de relever, la deuxième phase de notre processus a ouvert une phase de questionnement que la troisième phase essaie d'y apporter quelques réponses.

1.1.2.3 Troisième phase: Entretiens et regards sur l'opérationnalisation de la régionalisation

Pour qu'une politique ou action aboutisse, il faut qu'elle réponde aux caractéristiques sociales, politiques et économiques du milieu dans laquelle elle s'inscrit. C'est dans ce cadre que nous avons réalisé des entretiens et porter un regard sur l'opérationnalisation de notre projet de régionalisation.

❖ *Les entretiens faits aux Comores*

Suite à notre stage effectué au Québec, nous avons cherché à élucider et tester les pistes et les orientations retenues par notre projet de régionalisation. C'est dans cette optique que des entretiens ont été réalisés avec les acteurs et planificateurs du système de santé comorien.

Suite à ces entretiens, nous avons lancé une série de questions examinant les axes susceptibles d'influer sur notre politique de régionalisation.

❖ *Regard sur l'opérationnalisation de la régionalisation*

C'est dans la perspective d'une meilleure appropriation de la régionalisation et de divers mécanismes de l'organisation du système de santé québécois, que nous avons lancé au cours de cette troisième phase du processus de recherche, une série de questions. En effet, nous avons cherché à savoir si une politique de régionalisation du système de santé était compatible avec l'organisation socioculturelle et faisable au point de vue institutionnelle et technique. C'est à travers cette réflexion que nous avons jeté un regard sur ces deux axes majeurs qui peuvent influencer et fonder la réussite de la régionalisation. Cette réflexion sur la régionalisation s'est aussi appesantie sur le rôle que pourrait jouer la régionalisation du système de santé dans l'impulsion d'un développement socioéconomique local durable et l'amélioration du bien-être sociosanitaire des Comoriennes et Comoriens.

➤ *Au regard de l'organisation socioculturelle*

Reconnue par l'ensemble de la population à travers l'organisation sociale, l'histoire ainsi que les limites géographiques, la région représente l'unité territoriale où les comoriens s'identifient, s'entraident et organisent leurs vies quotidiennes. Fruit de l'histoire politique, sociale et culturelle des Comores, comme le montrent tant d'écrits (Guébourg JL, 1993 et SNU, 2005), la région constitue la collectivité territoriale où s'expriment les diverses initiatives de la population pour l'amélioration des conditions de vie et du bien-être. Hébergeant les structures de l'organisation sociale, lieu de l'expression comorienne, la région pourrait servir de canal pour l'information, l'éducation et la communication en matière de santé en générale et particulièrement de la promotion et de la prévention contre les maladies.

Ciment de la cohésion sociale à travers les mécanismes traditionnels de solidarité, la collectivité régionale pourrait être un levier pour la mise en place d'une politique de partage du risque maladie. Tous ces éléments qui fondent et renforcent les réseaux sociaux, nous incitent à penser que la région pourrait servir d'appui au système de santé. Administrée jusqu'à présent par des préfets pour les îles de la Grande Comore et Mohéli et récemment par des présidents des conseils régionaux pour l'île d'Anjouan, la région peut être un moyen de faciliter l'appropriation par la population des politiques de santé. Remplissant jusqu'à maintenant les fonctions de service d'état civil, l'autorité régionale (les préfets et les présidents des conseils régionaux) travaille en étroite collaboration avec les établissements de santé, (AIMF, 2004) dans l'enregistrement des naissances, des décès, des mariages et des divorces. À l'aune de la mise en place d'une nouvelle organisation administrative, l'administration régionale pourrait voir son champ d'intervention dans le domaine de santé accru.

➤ *Au regard de l'évolution institutionnelle et technique*

En observant l'orientation choisie par les administrateurs comoriens qui donnent plus de poids aux collectivités décentralisées, ouvrant ainsi la voie à une véritable territorialisation des politiques publiques, nous nous sommes posés la question de savoir s'il serait possible d'opter pour une territorialisation de l'offre de soins de santé sur une base régionale. Ayant déjà une autorité administrative sur laquelle, une instance de gestion de cette offre peut s'appuyer, en plus de la légitimité historique et sociale, la région semble être une voie pour la territorialisation des politiques de santé.

Dans la foulée de cette réflexion, nous avons cherché à savoir, s'il y a ou a eu dans le passé des politiques de territorialisation sur laquelle la régionalisation du système de santé peut s'inspirer. Dans cette quête, nous avons trouvé que le système de santé peut s'inspirer du système éducatif qui est d'ores et déjà régionalisé. Arrimant presque la carte scolaire nationale au découpage administratif, le ministère de l'éducation a divisé le territoire national en 17 circonscriptions d'inspection pédagogique régionale (CIPR) réparties comme suit : deux (2) à Mwali, cinq (5) à Ndzouani et dix (10) à Ngazidja (MPAEU, 2005). Ayant à sa tête, un inspecteur pédagogique du primaire, la gestion du système

éducatif régional primaire incombe à cette structure. Ce système décentralisé facilite l'organisation et la gestion de l'enseignement primaire. D'après la même source, cette approche organisationnelle est de nature à contribuer à l'amélioration de l'encadrement et la formation continue des enseignants, et par là, la qualité de l'enseignement dispensé. Nous voyons donc que la régionalisation ne serait pas spécifique au secteur de la santé. Dans le même registre d'idée, le projet de régionalisation du système de santé pourrait aussi s'inspirer et tirer les leçons de la réforme administrative territoriale opérée à l'époque du feu président Ali Soilihi (1976-1978). Cette réforme décentralisatrice a conduit à la mise en place de centres administratifs régionaux communément appelés Mudiria, qui avaient permis l'intégration de la campagne dans le tissu culturel et social (Guébourg JL, 1993). Modelant la vie socioéconomique et culturelle, l'entité régionale est prise comme zone d'étude par la majeure partie des enquêtes nationales se rapportant aux caractéristiques sociodémographique et socioéconomique. L'existence de cette sorte de régionalisation pourrait servir de base pour des futures instances régionales de santé dans l'élaboration des diagnostics locaux de santé de la population. Cette situation laisse présager qu'il serait techniquement faisable de procéder à une régionalisation du système de santé. Celle-ci pourrait constituer une voie d'amélioration de l'organisation et de la gestion du système de santé et un moyen d'appuyer les projets de santé sur la dynamique des réseaux sociaux régionaux.

➤ *Au regard d'une politique de développement local durable*

Envisageant notre projet dans le long terme, nous nous sommes interrogés sur les répercussions possibles du projet de régionalisation afin de voir si cette politique constituerait une voie favorable à un développement local pérenne. Cette réflexion prospective, nous a poussé à faire une analyse pour voir les rapprochements des deux concepts. En effet, la définition de la santé donnée l'organisation mondiale de la santé permet de faire un parallèle avec le développement durable qui est de son côté définie dans le rapport de la commission mondiale sur l'environnement et le développement comme étant «un développement qui répond aux besoins des générations actuelles sans compromettre la capacité des générations futures à répondre les leurs» En approfondissant

ces deux concepts nous avons remarqué qu'ils sont tous les deux très intimement liés. En effet, le développement durable intègre en son sein, les dimensions environnementales, sociales et économiques du développement (HCCI, 2005) or, il s'avère que l'état de santé d'un individu comme celui de la communauté est déterminé par tant de facteurs dont les facteurs socioculturels, environnementaux et économiques. Suivant cette brève analyse, nous pourrions dire qu'une approche axée sur la santé de la population c'est-à-dire prenant en compte la santé dans sa globalité comme le prévoit notre projet de régionalisation ne peut que contribuer au développement durable et vice-versa.

Suivant cette conception, le système local de santé dont notre projet souhaite mettre en œuvre pourrait être un levier pour pousser le système national de santé, à adopter des approches pouvant accompagner les populations dans le processus de lutte contre la pauvreté et impulser le développement socioéconomique local. Structurant ses activités économiques autour de la région; la population comorienne qui est habituée à se prendre en charge grâce à la dynamique régionale comme le témoigne ses diverses initiatives dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'assainissement (MPAEU, 2005) disposerait les ressorts nécessaires pour impulser le développement local. La population locale évolue déjà dans une logique de développement local soutenue et alimentée par une solidarité communautaire, et les flux financiers de la diaspora socles de la cohésion sociale. Toutefois, la dynamique communautaire en matière de santé est malheureusement non encadrée par l'absence d'un interlocuteur local du système de santé ayant une grande marge de manœuvre. Cette absence nuise aux efforts de la dynamique sociale et communautaire qui a toujours pris les devants dans tous les domaines d'activités en déployant autant d'efforts pour son bien-être. C'est à travers cette analyse que nous pensons que la mise en place d'instances régionales de santé, représentatives de la population, disposant d'une autonomie de gestion et appelées à travailler en commun accord avec l'administration régionale et la population locale pourraient potentialiser ses efforts et créer ainsi une synergie pour le décollage socioéconomique local. Plaçant déjà l'accès aux soins de santé comme premier défi pour atteindre un bien-être, suivi par l'accès à l'eau potable en quantité adéquate et de qualité, l'emploi en passant par l'éducation (MPAEU, 2005), la population pourrait trouver un engouement à la régionalisation qui l'amènerait à faire un meilleur usage des fonds locaux dans le cadre de la santé.

De leur côté, les instances régionales de la santé et l'administration régionale (Préfecture/Conseil régional) en s'attellant pour le rétablissement de l'hygiène publique, sauront réduire les effets néfastes de la mauvaise hygiène qui nuisent à la santé de la population. Cette coopération intersectorielle se ferait aussi avec les circonscriptions d'inspection pédagogique régionale dans le cadre de la santé scolaire. Et celle-ci est d'autant plus urgente dans la mesure où l'absence de services médicaux pour le suivi des enfants à l'école est un facteur d'absentéisme fréquent et d'abandon, et constitue une des faiblesses et contraintes du secteur de l'éducation (MPAEU, 2005). Cette synergie de tous les acteurs locaux dans les différentes activités en rapport avec la santé locale pourrait contribuer à l'établissement d'un environnement propice à la santé. Car il est en effet prouvé qu'une population peut améliorer sa santé à long terme lorsque les gens s'investissent dans leur communauté et travaillent ensemble à la réalisation de changements favorables (INSPQ; 2002).

En prévoyant d'adapter une approche territorialisée des soins de santé, le projet de régionalisation aspire non seulement à des enjeux sanitaires mais aussi à des enjeux d'équité territoriale et à des enjeux socioéconomiques. Prônant une hiérarchisation sur une base régionale, notre projet mettrait au cœur la question de l'aménagement sanitaire du territoire, seul en mesure d'assurer l'égalité d'accès de la population au système de santé sur l'ensemble du territoire. Et dans un pays sous-administré où tout doit se faire à la capitale, notre projet viserait à doter chaque région d'une infrastructure sanitaire en mesure d'assurer et maintenir l'état de santé. En fait les territoires où s'organisent la vie et où se tissent les réseaux sociaux sont celles qui hébergent le capital humain or celui-ci se développe lorsque se maintiennent et s'améliorent l'état de santé et le bien-être (INSPQ; 2002). Cette orientation que compte adopter le projet de régionalisation ambitionnerait le développement de différents pôles d'activités socioéconomiques dans l'ensemble du territoire en s'appuyant sur les infrastructures sanitaires.

Cette stratégie socioéconomique serait en mesure de favoriser le développement et l'ouverture d'un marché de travail au niveau local. Ainsi les collectivités régionales s'associeront pour absorber la main d'œuvre qui arrive sur le marché chaque année auquel le peu d'emploi qu'offre l'administration central ne serait à elle seule résorber. Ces zones d'activités économiques qui seront créées par les structures sanitaires vont permettre

d'entretenir la croissance économique; donc assurer la viabilité des infrastructures sanitaires et de résorber la jeune main d'œuvre qui reste jusqu'à maintenant désœuvré et qui déserte le pays, vidant ainsi les régions et part delà le pays de ses forces et ses ressources créatrices. Ce phénomène qui ne cesse de s'élargir d'année en année ne saurait être limité ou évité sans la création d'activités économiques.

La politique de régionalisation permettrait aussi aux régions de se doter d'interlocuteur capable de mesurer les impacts des diverses activités économiques et donc d'inciter au développement d'une économie locale qui tiendrait compte de la santé des habitants de la région. Et dans un pays dont presque tout est à faire, cette démarche avant-gardiste cherche à limiter voire éviter le développement anarchique tant au point de la construction des habitations que pour diverses activités. Nous voyons donc que les synergies locales associées au secteur de la santé pourraient insuffler une nouvelle dynamique économique.

Il ressort de cette analyse sur les axes pouvant soutenir les changements du système de santé que la régionalisation paraît une option viable pour le système de santé comorien.

1.1.2.4. Les contraintes et limites de l'étude

- ✓ l'absence des données pouvant nous aider à établir des portraits complets de santé et à définir les territoires de dessertes, nous a privés d'être en mesure d'évaluer le taux réel d'accès aux soins de santé de la population ainsi que de construire les territoires de dessertes. Car malgré le mois de stage que nous avons fait au centre hospitalier national, il nous était impossible de pouvoir réunir les données sur la provenance des patients, leurs diagnostics d'entrée et de sortie des services des urgences, soit vers d'autres services ou les établissements de santé de la périphérie ou le retour à domicile pour le patient.
- ✓ le manque de données sur les coûts financiers des opérations d'agrandissement des centres de santé et sur les budgets d'investissement et de fonctionnement des districts sanitaires qui auraient du nous permettre de chiffrer le coût financier de notre projet de régionalisation.
- ✓ l'absence d'informations sur les flux financiers réels issus de la diaspora qui auraient dues nous permettre d'affiner la proposition de l'impôt territorial de santé.

- ✓ le temps minime alloué à la rédaction des mémoires limite la recherche.

1.2 La revue de la littérature

Cette partie de l'étude est conçue pour nous permettre d'avoir une vue générale des notions clés dont nous ferons souvent recours. Ces notions, nous permettrons de mieux aborder et cerner l'ensemble des dispositifs institutionnels et organisationnels qui entrent en jeu dans le fonctionnement d'un système de santé.

1.2.1 Le concept de système de santé

Parler de régionalisation d'un système de santé, implique au préalable un éclaircissement du concept même de système de santé et de ses spécificités organisationnelles et institutionnelles. C'est la raison pour laquelle, nous avons jugé nécessaire dans un premier temps de mieux éclaircir et cerner le concept de système de santé et par la suite faire un tour d'horizon des différents modèles de systèmes de santé et une brève comparaison de ces systèmes. Représentant l'un des secteurs clés de l'organisation de l'économie d'un pays, le système de santé est défini comme étant l'ensemble des organisations, institutions et ressources qui concourent à la réalisation de toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer et entretenir la santé (OMS, 2000). Dictée par des critères socioculturelles, historiques et économiques; l'architecture organisationnelle et le fonctionnement de cet ensemble qui conditionne l'amélioration de la santé diffère selon les pays. Cette différenciation dans la manière d'organiser le système de santé donne naissance à une typologie de systèmes de santé. Suivant la littérature, nous avons distingué trois grands modèles d'organisation du système de santé.

1.2.1.1 La typologie des systèmes de santé

À travers les mécanismes organisationnels et institutionnels qui régissent les systèmes de santé, les auteurs en distinguent trois grands modèles de systèmes de santé. Dans la même

veine, Denis-Clair Lambert définit ces trois modèles d'organisation comme suit (Lambert DC, 2003):

- *Les systèmes de santé les plus anciens, d'inspiration bismarckienne* (sur le modèle allemand du Chancelier Bismarck en 1883), sont des systèmes de santé dont la prise en charge des soins médicaux relève d'une affiliation aux régimes d'assurance maladie. Ces systèmes sont financés par les cotisations des employeurs et des assurés sociaux. En effet, dans ce type de système de santé, la prise en charge des soins de santé par les régimes d'assurance maladie est basée sur un critère d'activité professionnelle. Toutefois, ce critère professionnel tend à laisser place à une généralisation de la prise en charge à l'ensemble de la population. Peuvent être rangés dans ce modèle, les systèmes de santé allemand, belge et français.
- *Le deuxième grand modèle d'organisation du système de santé*, ce sont les systèmes nationaux de santé. Ces systèmes plus récents sont qualifiés de béveridgiens en référence au système britannique proposé dans le rapport du Lord Beveridge en 1942. Ces systèmes se caractérisent par une couverture et un accès universels aux soins de santé, fournis sur un critère de résidence, un financement assuré par l'impôt et une forte prédominance du secteur public aussi bien dans la fourniture des soins de santé que dans le financement. Ce modèle d'organisation se voit au Royaume-Uni, dans les pays Scandinaves (Suède, Finlande, Danemark), au Canada et au Québec.
- *Enfin le troisième modèle de système de santé*, c'est un système spécifique symbolisé par les États-Unis; ce modèle ne dispose pas de système obligatoire et universel d'assurance sociale financé par la solidarité. Ce système dit libéral, est un mélange de systèmes d'assurance privée volontaire pour les travailleurs en activité dont repose en grande partie le système de santé et des programmes publics d'assurances sociales destinés aux pauvres et aux personnes âgées ou handicapées. Dans ce système, la fourniture et le financement des soins de santé relèvent de l'économie du marché.

Cette typologie des systèmes de santé, nous montre que chaque catégorie de système de santé regorge autant des spécificités propres que communes aux autres catégories.

1.2.1.2 La différenciation des systèmes de santé

Après ce tour d'horizon, nous avons constaté qu'il existe sur le plan institutionnel et organisationnel pas mal de différences entre les systèmes, comme la place prépondérante du secteur public dans la prestation des services de santé ou le poids du secteur privé, le financement basé sur la fiscalité ou fondé sur les cotisations sociales et la place des assurances publiques ou privées. De ce fait, cette hétérogénéité des systèmes de santé conduit à différentes façons d'organiser les prestations des services de santé, à des modes différents de financement des soins de santé et à une administration sanitaire différente (unifiée ou multiple). Il ressort donc que le mode d'organisation du système de santé choisit par un pays, nous permet de voir comment celui-ci compte s'y prendre pour améliorer la santé de leur population.

Ainsi, confrontés à des défis multiples d'organisation de leurs systèmes de santé et dans le souci d'une amélioration de l'état de santé de leur population, la majeure partie des pays des différents systèmes ont entrepris des réformes visant à améliorer l'organisation du système de santé et rapprocher celui-ci de la population. Ces réformes se sont tournées en grande partie vers la décentralisation, reconnue comme étant à la fois un moyen d'atteindre des objectifs programmatiques et politiques très divers tant en santé que dans d'autres domaines et d'améliorer la réactivité et les incitations en transférant à des niveaux inférieurs du secteur public la propriété, les responsabilités et l'obligation de rendre compte (OMS, 2000).

1.2.2 Les différents modèles de décentralisation

Connue pour être un moyen de rapprochement du pouvoir à la population, de responsabilisation des populations locales et d'amélioration de la gestion de la chose publique locale; la décentralisation est devenue un élément fondamental et un levier des réformes des systèmes de santé entreprises partout dans le monde. Définie comme étant un transfert d'autorité ou en un fractionnement de l'autorité publique entre le niveau national et les niveaux sous-nationaux ou, plus généralement, entre l'administration centrale et les administrations régionale, locale, etc., en matière de planification, de gestion et de décision.

(Anne Mills et al, 1983). La décentralisation peut se décliner en plusieurs modèles selon les aspirations qui ont motivées sa mise œuvre, selon qu'elle est initiée par l'autorité centrale ou issue de la revendication des collectivités territoriales provinciales, régionales ou locales.

La décentralisation dans le secteur de la santé, un volet primordial de la chose publique, peut répondre à plusieurs objectifs tels que la rationalisation de la gouvernance sanitaire, la prise en compte des spécificités et des besoins locaux dans la planification sanitaire, la régulation du système de santé et la promotion de la démocratie sanitaire et l'apprentissage de la gouvernance. Le parcours de la revue de la littérature en matière de décentralisation, nous a permis de distinguer selon la typologie établie par Rondinelli et al., quatre modèles différents de décentralisation. Nous présentons ci-dessous ces modèles de décentralisation en allant du modèle de décentralisation le moins poussé à savoir la déconcentration au modèle de décentralisation le plus poussé: la privatisation.

La déconcentration appelée aussi décentralisation administrative consiste à un transfert des responsabilités administratives à des échelons territoriaux locaux par le gouvernement central. Les autorités locales déconcentrées n'ont pas une autorité autonome et dépendent considérablement de l'autorité centrale. Cette forme de décentralisation est considérée comme le degré le plus faible de la décentralisation et symbolisée par les bureaux locaux représentant l'autorité centrale de tel ou tel ministère.

La délégation connue aussi sous l'appellation de décentralisation fonctionnelle est caractérisée par le transfert de responsabilités gestionnaires étendues, pour des fonctions bien déterminées à des organisations périphériques souvent qualifiées de paraétatiques et qui agissent en marge de la structure administrative centrale. Dans ce type de décentralisation, les organisations locales possèdent une large autonomie de gestion et sont seulement supervisées par le pouvoir central qui garde une grande partie des pouvoirs.

Le troisième modèle de décentralisation, la dévolution ou décentralisation politique consiste à attribuer à des autorités territoriales locales qui bénéficient d'une large indépendance à l'égard du pouvoir central, des pouvoirs et des fonctions dans des domaines qui sont dans leurs champs de compétence. Ces organisations décentralisées disposent dans leurs domaines de responsabilité de pouvoirs plus étendus que ceux détenus par l'autorité centrale.

Enfin, la **privatisation** implique le transfert de responsabilités et de fonctions administratives assumées auparavant par l'autorité gouvernementale à des organismes bénévoles ou à des organisations privées, à but lucratif ou non. Cette forme de décentralisation qualifiée aussi de **décentralisation économique et structurelle** est présentée par l'organisation mondiale comme étant la forme la plus extrême de la décentralisation, dans la mesure où le secteur privé prédomine dans l'organisation et la gestion des services de santé.

L'approche décentralisatrice des systèmes de santé a été analysée et approfondie par de nombreux auteurs tels que Vincent Lemieux qui associe à cette typologie définie par Rondinelli et al; quatre types d'attributions aux organisations périphériques décentralisées à savoir: le statut de l'organisation décentralisée, l'autorité jouie par l'organisation décentralisée, les compétences qui lui sont dévolues et enfin le financement de l'échelon décentralisé.

Le **tableau I** ci-dessous inspiré de Lemieux croise les modèles de décentralisation et les types d'attributions dévolues aux organisations décentralisées.

Tableau I Caractéristiques des attributions dévolues aux organisations décentralisées

Caractéristiques des organisations	Décentralisation administrative	Décentralisation fonctionnelle	Décentralisation politique	Décentralisation structurelle ou
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------------------

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

décentralisées	Déconcentration	Délégation	Dévolution	économique Privatisation
Le statut	Organisation très dépendante par rapport à une organisation centrale	Organisation assez dépendante par rapport à une organisation centrale	Organisation assez peu dépendante par rapport à une organisation centrale.	Organisation plus ou moins dépendante par rapport à une organisation centrale
Les compétences	Généralement unisectorielles, pour plusieurs fonctions	Unisectorielles, pour des fonctions bien définies	Multisectorielles, pour l'ensemble des fonctions	Unisectorielles, pour l'ensemble des fonctions
Le financement	Les recettes viennent entièrement du centre	Selon les cas, les recettes viennent surtout du centre ou surtout de la base	Les recettes, généralement, viennent surtout de la base	Les recettes viennent du centre (sous-traitance) ou de la base
L'autorité	Désignation par le centre, et pouvoirs dans l'application (lois ou règlements)	Désignation par le centre ou par la base, et pouvoirs dans l'adoption (résolutions) ainsi que dans l'application (lois ou règlements)	Désignation par la base, et pouvoirs dans l'adoption (lois ou règlements) ainsi que dans l'application, avec en plus des résolutions	Désignation par le sommet, et pouvoirs dans l'adoption (résolutions) ainsi que dans l'application (lois ou règlements)

Source: Nicolet, 2003: 10 Tiré de Lemieux, 2001: 45

Ce croisement des modèles de décentralisation avec les types d'attributions, qu'a procédé Vincent Lemieux, nous permette de mieux comprendre les différentes formes de décentralisation et de mesurer le degré de décentralisation.

Ainsi le statut des unités décentralisées qui caractérise le degré d'autonomie et de dépendance des celles-ci envers le pouvoir central, est l'un des paramètres prédéterminant le degré de décentralisation. Et comme, elle est présentée dans ce tableau la déconcentration est le type de décentralisation la plus dépendante du central, ce qui fait qu'elle est considérée comme étant la forme la plus limitée de décentralisation. Pour ce qui concerne les compétences qu'on peut aussi définir comme étant les types de fonctions qui seront du ressort des autorités locales et leur champ d'intervention, nous pouvons citer quelques unes comme la planification des soins de santé, l'organisation et la gestion des services de santé et le financement. Les responsabilités attribuées aux autorités locales

décentralisées et les secteurs d'activités dont elles jouissent de compétences, préfigurent le modèle et le degré de décentralisation.

Pour ce qui est du financement, une part plus ou moins importante de l'autorité locale ou centrale, est synonyme d'une plus grande ou petite marge de manœuvre dans les actions à entreprendre par les administrations locales décentralisées. Le degré d'autonomie financière, nous renseigne donc sur le degré de décentralisation. Et comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessus, ce sont les unités gouvernementales locales dévolues qui détiennent dans ce cas la plus grande autonomie financière, puisqu'elles peuvent procéder à des prélèvements locaux: impôts et taxes locaux pour financer les soins qu'elles doivent fournir à la population. Enfin, la dernière attribution qui est l'autorité de l'organisation décentralisée, celle-ci s'illustre d'abord par la source d'où elle émane et par l'étendue des pouvoirs de légiférer et d'exercer cette autorité de la part des autorités locales.

Nous pouvons donc dire que le processus de décentralisation a un aspect à la fois spatial dans la mesure où l'autorité et les compétences sont attribuées à des organisations périphériques, le plus souvent définies territorialement: national, provincial, régional et local. Et qu'elle a aussi un aspect institutionnel du fait qu'il y a une étendue des compétences transférées par le pouvoir central au pouvoir local. Et enfin le degré de décentralisation, phénomène structurel et organisationnel, est fonction des différents modèles de décentralisation et des attributions déléguées aux organisations périphériques décentralisées.

1.2.3 Le concept de la régionalisation

S'inscrivant dans la perspective de proposer une politique de régionalisation du système de santé, nous avons cherché à appréhender dans un premier temps les contours du concept de régionalisation et dans un deuxième temps, comprendre les raisons qui poussent tel ou tel pays à opter pour une régionalisation de son système de santé. En dernier lieu, nous avons essayé de repérer les différents objectifs poursuivis par la régionalisation menés dans diverses contrées.

Poussées par les divers défis majeurs que heurtent leurs systèmes de santé, plusieurs contrées examinent des nouveaux schémas de planification et d'organisation de la

prestation des services de santé. Dans cette quête d'un modèle capable d'assurer une meilleure organisation des systèmes de santé, «les pays ont de plus en plus tendance à décentraliser ou régionaliser leurs services de santé» (OMS; 1972). Il est toutefois nécessaire de signaler que ces deux concepts se recoupent dans la majeure partie des situations. Correspondant à une démarche de territorialisation de la politique de santé sur la base de l'entité territoriale régionale; la régionalisation est entendue comme étant un processus qui «consiste à transférer un ou des pouvoirs, responsabilités ou services à un échelon régional. Par échelon régional, il faut comprendre un niveau administratif dont les responsabilités sont définies en fonction d'un territoire géographique. [...], ainsi la régionalisation au sens large consiste au transfert de pouvoirs, responsabilités ou services vers des unités administratives dont les responsabilités sont définies géographiquement.» (Denis JL et al, 1998). Ce concept qui peut revêtir plusieurs modèles prenant sources sur les différentes formes de décentralisation, sous-entend la mise en place d'une architecture organisationnelle chargée de l'organisation des services de santé au niveau de l'échelon régional. Ce processus de régionalisation qui est vue comme une approche solutionnaire des défis qui se posent aux systèmes de santé, est conçu et mis en place différemment selon les pays, tant par les pouvoirs qui sont dévolus à l'autorité régionale que par l'étendue en terme de superficie des régions. Cette situation fait qu'une politique de régionalisation peut être motivée par toute une foison de circonstances.

1.2.3.1 Les circonstances induisant une politique de régionalisation

Ayant comme objectif d'améliorer le fonctionnement de leur système de santé, les auteurs recensent autant des dysfonctionnements qui poussent à opter pour la décentralisation versus régionalisation. Ces circonstances peuvent être résumées comme suit:

- une gestion inefficace due au fait que le niveau central est trop éloigné des réalités locales;
- une lenteur aux changements et à l'innovation du système;
- une inadaptation de l'offre de soins aux besoins locaux.

C'est suite à ces dysfonctionnements qui empêchent le bon fonctionnement des systèmes de santé que les pays recourent à la régionalisation qu'ils assignent autant d'objectifs.

1.2.3.2 Les avantages de la régionalisation suivant la littérature internationale

Suivant la littérature, nous avons trouvé que les auteurs s'accordent en grande partie sur les avantages qui découlent de la régionalisation. Dans la même optique, (Denis.JL et al, 1998) récapitulent ses avantages comme suit:

- une meilleure possibilité de prise en compte des enjeux et des réalités locales;
- une plus grande imputabilité des responsables;
- une meilleure intégration des services;
- une plus grande participation des citoyens;
- une diminution des coûts de production.

1.3 L'hypothèse de recherche

Suite à ce tour d'horizon qui nous a permis de voir les différents outils utilisés dans le système de santé québécois ainsi que les portées des politiques de régionalisation des systèmes de santé, nous nous sommes demandés comment bâtir un modèle de régionalisation compatible au contexte comorien?

Pour mieux outiller notre projet de régionalisation du système de santé comorien, nous allons voir dans le chapitre suivant l'organisation du système de santé québécois et essentiellement l'expérience québécoise en matière de régionalisation du système de santé, ensuite faire l'état de lieu du système de santé comorien et de son échelon périphérique et enfin faire une analyse critique des thématiques des deux systèmes qui ont trait avec notre projet.

Chapitre-2

CHAPITRE-2 L'ORGANISATION DÉCENTRALISÉE DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE DU QUÉBEC:UNE NOUVELLE APPROCHE POUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ COMORIEN

2.1 Le système de santé et des services sociaux du Québec

À l'instar de ces confrères des pays développés, le système de santé québécois partage le peloton de tête des systèmes réputés les plus performants. Fruit d'une multitude de transformations qui remontent au 19^{ème} siècle avec la loi constitutionnelle (art 92.7), de 1867 qui fait de la santé une compétence provinciale, le système de santé québécois n'a cessé d'innover au fil du temps. Ayant en ligne de mire l'amélioration de l'état de santé des Québécois; le gouvernement québécois a entrepris aux années 1970 une série des réformes afin de relever les défis sociosanitaires d'une société en perpétuelle évolution. Ces réformes ont aboutit à la création d'un système public de santé et des services sociaux d'essence beveridgienne. La mise sur pied de ce système public de santé est accompagnée de maintes réformes visant à l'adapter au contexte socioéconomique provincial. La plus marquante de ces transformations fut l'adoption d'une politique de régionalisation du système de santé. Cette politique novatrice du système de santé québécois s'est intensifiée au fil des décennies à travers diverses phases.

Et en ce début de 21^{ème} siècle, le système de santé québécois n'a cessé de se remettre en cause dans un souci de vouloir s'y préparer à relever les défis sanitaires qui se profilent à l'horizon. C'est dans ce cadre que le gouvernement a lancé en 2003 une réforme organisationnelle et clinique du système de santé.

2.1.1 Le processus de régionalisation du système sociosanitaire

Entamée aux années 1970, l'expérience québécoise en matière de régionalisation du secteur sanitaire a connu diverses phases. Cette politique de régionalisation exprimait la volonté des gouvernants de décentraliser le pouvoir décisionnel et de territorialiser les politiques de santé.

Se traduisant par la création de structures régionales chargées de décliner la politique de santé, la régionalisation se révéla être un outil essentiel de gouverne du système de santé.

2.1.1.1 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux

Le vent des réformes menées durant la décennie 1970 a touché un élément clé du système de santé québécois, il est ici question de la politique de régionalisation lancée en 1971. Cette première vague de la régionalisation intervient à une époque que nous pouvons qualifier de fructueuse pour les secteurs sanitaire et social du Québec. En effet, les années 1970 sont caractérisées par l'émergence d'une politique de prise en charge étatique du secteur sanitaire et social. Cette politique de l'État providence s'est manifestée par l'adhésion du Québec au plan canadien (fédéral-provincial) d'assurance maladie en 1970). Celle-ci tend à assurer l'universalité des services de santé et des services sociaux à l'ensemble de la population.

Dans la foulée de cette réforme, la nouvelle entité ministérielle, le ministère des affaires sociales chargé de piloter le système a jugé indispensable la déclinaison au niveau régional des services de santé et des services sociaux. Ce modèle organisationnel s'est donnée comme objectif d'assurer l'accessibilité géographique et la réorganisation des établissements sensés dispenser ces soins. Cette politique de régionalisation apparaissait aux auteurs du rapport de la commission Castonguay-Nepveu comme l'un des moyens importants pour améliorer la qualité et l'efficacité des services (Lemieux. V, 1994).

Cette régionalisation s'est matérialisée par l'adoption de la loi sur les services de santé et des services sociaux de 1971. Cette loi amène à la création au niveau de l'ensemble de la province de 12 régions sociosanitaires dotées chacune d'un conseil régional de la santé et des services sociaux. Ces instances régionales devaient ainsi jouer le rôle d'organismes conseils et aider le ministère dans la planification des politiques de santé. Elles étaient aussi chargées de coordonner l'offre publique régionale des services de santé et des services sociaux.

Toutefois, cette première expérience de la régionalisation n'a pas donné les résultats escomptés. Cette situation est due selon certains auteurs à l'absence de réels pouvoirs pour les CRSSS et la non implication réelle de la population. Comme le montre ce constat, relativement aux mandats les plus importants, comme la répartition des budgets aux établissements ou encore la création ou l'agrandissement d'installations, la prise de décision est demeurée largement centralisée entre les mains du ministre, voire dans certains

cas du conseil du trésor⁴ [...] et l'accent n'est pas mis sur le rôle d'animateur de la population, de porte-parole du milieu devant les instances centrales (Lemieux. V, 1994)

C'est la raison pour laquelle, la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux 1988 (commission Rochon) a préconisé la réorientation et la consolidation de la régionalisation. Cette consolidation s'est soldée par la mise en place de nouvelles instances régionales de santé.

2.1.1.2 Les régies régionales de la santé et des services sociaux

Dans la foulée de la réforme des années 1990 qui accorde une place primordiale à la population et un rôle clé à la décentralisation, le Québec s'est trouvé divisé en 18 nouvelles régions sociosanitaires. Conformément à la loi sur les services de santé et des services sociaux adoptée en 1991, les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) se sont substituées aux conseils régionaux de santé et des services sociaux.

Suivant ce nouveau mode organisationnel, le réseau régional de santé et des services sociaux est piloté par 16 régies, un centre régional de santé et de services sociaux ainsi qu'un conseil régional de la santé et des services sociaux. Ces nouvelles entités administratives se sont vues attribuer des pouvoirs élargis à savoir planifier, organiser, mettre en œuvre et évaluer dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (Denis.JL et al, 1998).

Et pour remédier au manque d'implication de la population qui caractérise les RRSSS, une logique démocratique fût associée à cette logique de délégation. Cette dynamique démocratique s'est manifestée par la mise en place des assemblées régionales représentées au sein des conseils d'administration des régies.

Appelées à encadrer les politiques régionales et locales de santé, les missions des régies se sont trouvées freinées par la persistance du financement centralisé et surtout par la conservation du modèle historique d'allocation des ressources. Ce modèle qui ne tenait pas compte de la performance des établissements ni de la population à desservir, est longuement critiqué par les régies. En effet, les régies régionales ont fréquemment souligné les difficultés que pose cette méthode de répartition des ressources et réclamé davantage

⁴ Le Conseil du trésor est un comité permanent du Conseil des ministres Créé en 1971. (Prépare le Budget de dépenses et veille à son exécution, conseille le gouvernement sur la gestion des ressources humaines, financières, matérielles)

d'équité, c'est-à-dire en fonction des besoins réels (CESS, 2000). Cette situation est aggravée par l'augmentation des dépenses de santé qui était pourtant l'une des missions essentielles des régies.

Critiquées de tout part par la commission Clair (CESS, 2000), les régies régionales ont subi à la suite de ses recommandations et après adoption en 2001 de la loi n°28 qui modifiait la loi sur les services de santé et les services sociaux mise en place en 1991 diverses transformations:

- l'intensification de l'imputabilité des régies régionales envers le ministère qui montre une diminution de l'autonomie des régies;
- la mise en place des contrats de performance communément appelés ententes de gestion. Ces ententes sont de deux genres, celles liant le ministère et les régies et celles signées entre ces dernières et les établissements de la région. Ces contrats sont sensés limiter les dépenses et améliorer la transparence dans la gestion.
- la mise en place des forums de populations pour remédier à la suppression des assemblées régionales. Cette abolition signifiait la perte du pouvoir de désignation des membres des conseils d'administrations des régies par la population, les usagers et les établissements de la région.

Toutefois, ces mesures sont jugées insuffisantes pour insuffler une nouvelle dynamique au système de santé. C'est pour faire face à cette situation qu'une nouvelle architecture organisationnelle et clinique du système de santé a été lancée en décembre 2003.

2.1.2 Le système de santé et des services sociaux actuel: le projet clinique et organisationnel

Le système de santé et des services sociaux a connu, après l'adoption en décembre 2003 de la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, une réorientation profonde de son organisation. La mise en place de cette restructuration a entraîné une modification de la structure institutionnelle et territoriale du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Ainsi, tout en conservant les trois paliers de la gouverne du système, cette réforme dénommée projet clinique et organisationnel a procédé à un réajustement des responsabilités entre ces paliers. Cette

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

réforme novatrice qui ambitionne de rapprocher les services de la population, a accru les pouvoirs du palier local. Cela où réside en grande partie son originalité et son intérêt pour notre projet de régionalisation.

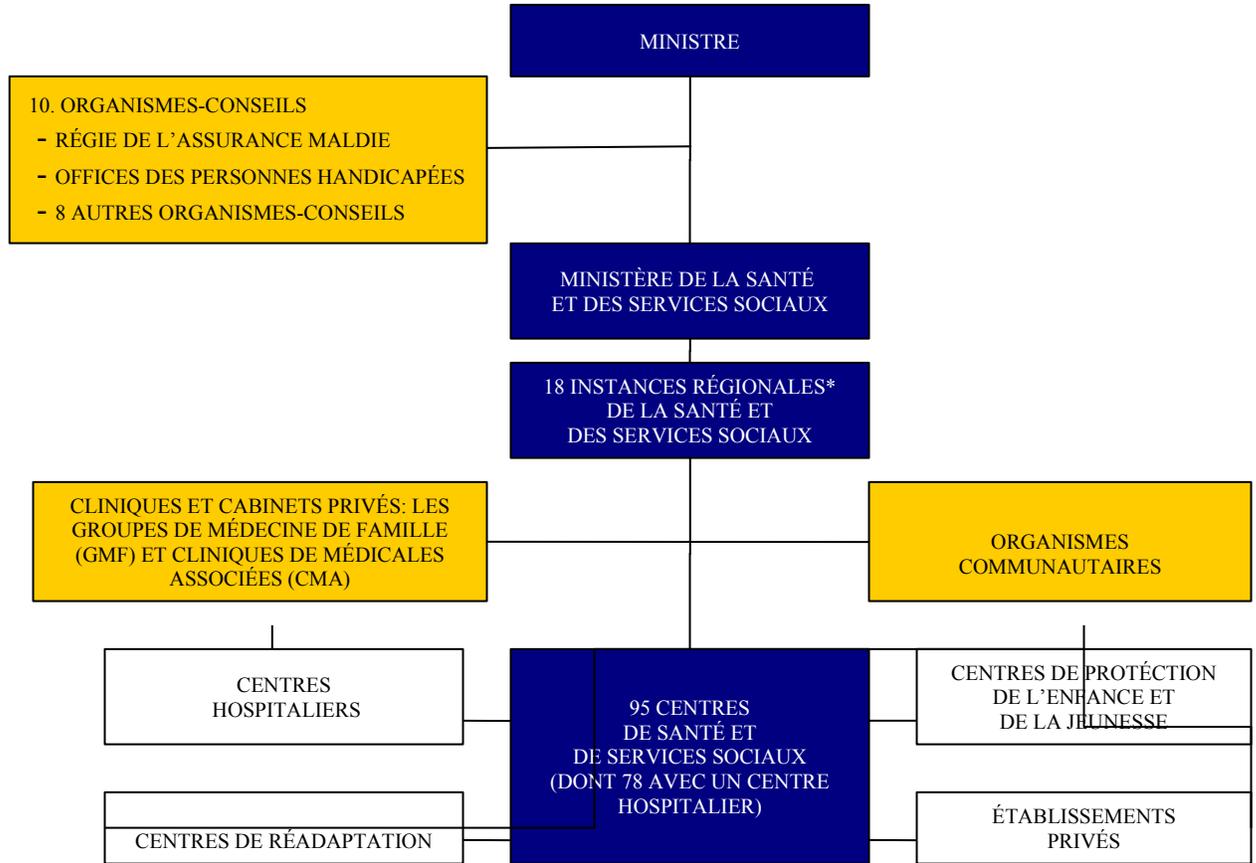


Figure 1 La nouvelle structure organisationnelle du réseau québécois de la santé et des services sociaux

* 15 agences de santé et de services sociaux, deux conseils régionaux et une régie régionale.

**inspiré de celui du ministère de la santé et des services sociaux, octobre 2006.

Pour mieux comprendre les contours de cette restructuration profonde, nous verrons respectivement les rôles des trois paliers décisionnels (national, régional et local) et essentiellement le palier régional et le palier local appelé à devenir la cheville ouvrière du système. Ensuite nous verrons l'évolution du réseau public des établissements sociosanitaires au cours de ces trois décennies et le mode de financement du système de santé québécois qui sont deux thématiques clés pour notre projet de régionalisation du système.

2.1.2.1 Le palier central: le ministère de la santé et des services sociaux

Représentant la gouverne nationale du système de santé et des services sociaux, le MSSS crée en 1985, suite à la transformation du ministère des affaires sociales, regroupe au sein d'une même administration les secteurs sanitaire et social.

Il a comme mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité contribuant ainsi au développement social et économique du Québec (MSSS; 2005).

Dans cette quête, le MSSS est tenu de définir et de fixer les priorités et les orientations majeures dans les domaines des services sociaux et de santé ainsi que dans le domaine de la santé publique. Il est aussi de son ressort de veiller au respect des principes énoncés dans la loi canadienne sur la santé (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). Le respect de cette loi conditionne l'octroi et le versement d'une pleine contribution pécuniaire par le gouvernement fédéral (canadien) à travers le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ce programme qui vise l'équité territoriale en matière sociosanitaire, est formé par le transfert canadien en matière de santé (TCS) et le transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).

Nous elucidons ici les principes de la loi canadienne sur la santé (MS, Canada 2005) qui aspire à garantir l'universalité des soins de santé qui se doivent d'être de qualités.

- Le principe de gestion publique: cette exigence implique que les régimes d'assurance-santé provinciaux soient gérés sans but lucratif par une autorité publique qui soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion.

Nous pouvons entrevoir à travers cette condition que le législateur privilégie l'unicité de gestion de l'assurance santé et surtout la prépondérance du caractère publique.

- Le principe d'intégralité: ce principe sous-entend que les régimes provinciaux d'assurance santé doivent couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes. Celle-ci tend à limiter l'émergence de régimes parallèles (les régimes privés) d'assurance santé.
- Le principe d'universalité: ce principe exige que les régimes provinciaux d'assurance santé dispensent à l'ensemble des assurés les services de santé assurés qu'ils ont prévu et selon les modalités uniformes. Cette exigence tend ainsi à garantir la protection et les prestations à l'ensemble des personnes assurées d'une province.
- Le principe de transférabilité: cette condition sous-entend que les régimes provinciaux d'assurance santé ne doivent pas imposer des délais minimaux pour les résidents d'une autre province qui veulent pour des raisons de déplacement solliciter l'admission aux services de santé assurés. Ces régimes doivent couvrir et payer les services assurés fournis aux personnes assurées momentanément absentes de leurs provinces. Ce principe s'applique aussi bien aux soins de santé reçus à l'intérieur du Canada que ceux reçus à l'extérieur dans certaines proportions.
- Le principe d'accessibilité: cette condition suppose que les régimes provinciaux d'assurance-santé doivent offrir les services de santé assurés selon les modalités uniformes définies sans pour autant compromettre l'accès aux soins notamment par une facturation directe aux assurés. Ce principe s'inscrit dans le droit fil du principe d'universalité et visent tous les deux à assurer l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Pour mieux remplir cette tâche immense et relever les défis sociosanitaires dont font face les systèmes de santé contemporains, le ministère de la santé et des services sociaux est secondé dans la gouverne du système sociosanitaire par des autorités régionales.

2.1.2.2 Le palier régional: les agences de santé et de services sociaux

La restructuration profonde du système de santé québécois lancée en 2003 a modifié la gouverne régionale du système de santé. En effet, le palier régional est constitué suite à l'adoption en décembre 2003 de la loi sur les agences régionales de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, de 15 agences de santé et de services sociaux, de deux conseils régionaux et d'une régie régionale⁵.

Ces 15 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSS) remplacent les régies régionales. Elles œuvrent à l'atteinte des objectifs de la loi sur les ADRSSS à savoir, améliorer la santé et le bien-être de la population, et mettre en place une offre de services plus intégrée.

❖ Le mandat des agences de santé et de services sociaux

Afin d'atteindre les objectifs cités ci-haut, les agences régionales ont comme mission d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de leurs régions, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. C'est dans ce sens que leur sont dévolues les fonctions suivantes (LSSS n°83, 2005):

- Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- Élaborer en conformité avec les orientations ministérielles et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles le plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi;
- Allouer les budgets destinés aux établissements, d'attribuer les allocations financières aux ressources privées agréées [cliniques médicales associées (CMA), les groupes de médecine de famille (GMF)] et d'accorder les subventions aux organismes communautaires conformément au cadre de référence partenarial régional. Signalons que les méthodes d'allocation budgétaire basées sur une approche historique entre les établissements font maintenant place à un mode

⁵ Les autres autorités régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans la région du Nord du Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, dans la région du Nunavik, ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

populationnel établi sur les caractéristiques et les besoins de la population (montant par habitant pondéré);

- Assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer dans certains cas la coordination interrégionale;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales;
- S'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de leurs régions et de les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Prévoir des modalités et développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- Soutenir le développement des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dans les différents volets de leur mission et solliciter l'avis du RUIS qui dessert son territoire dans les questions relatives aux plateaux techniques, aux effectifs médicaux et aux corridors de services.

Elles élaborent également le plan d'action régional de santé publique et fournissent les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection. Cette politique d'élaboration des plans d'action régionaux en santé publique permet à chaque agence de décliner et d'adapter le programme national de santé publique aux réalités socio-sanitaires de son territoire.

Dans l'accomplissement de ses différentes missions et particulièrement dans l'élaboration du plan stratégique, les conseils d'administration des agences régionales mettent en œuvre une coordination régionale qui se traduit par l'association de l'ensemble des partenaires régionaux du réseau de la santé dont les organismes communautaires et le forum de la population.

❖ L'organisation et le fonctionnement de la gouverne régionale de la santé

Les conseils d'administration des agences pilotent la gouverne régionale du réseau socio-sanitaire et ont comme principales fonctions:

- d'établir les règlements nécessaires à la conduite des affaires de l'Agence et à l'exercice de ses responsabilités;
- d'identifier les priorités en fonction des besoins de la population à desservir et des services à lui offrir;
- de répartir les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition

Pour remplir ses fonctions, les conseils d'administration qui sont imputables au ministre de la santé s'appuient sur les avis de ses différents comités et du département régional de médecine générale.

❖ Le comité d'évaluation et de planification qui a comme mission de :

- soumettre et recommander au conseil d'administration l'adoption du plan stratégique triennal d'organisation des services;
- analyser les avis de la Table régionale des chefs de médecine spécialisée et du Département régional de médecine générale sur les plans d'effectifs médicaux et soumettre ses commentaires au conseil d'administration;
- soumettre et recommander au conseil d'administration, l'adoption du plan régional de santé publique;
- proposer au conseil d'administration un processus d'implantation et d'évaluation des plans régionaux.

❖ Le comité d'allocation des ressources et de suivi des ententes de gestion a comme fonction de:

- établir les mécanismes d'allocation des ressources aux établissements et aux organismes communautaires;

- analyser et recommander au conseil d'administration sur la base des mécanismes établis la répartition des ressources entre les établissements et les organismes communautaires;
- proposer au conseil d'administration un modèle d'entente de gestion à établir entre l'Agence de santé et de services sociaux, et les établissements de sa région ainsi qu'une procédure d'approbation des ententes;

❖ Le comité de vérification a pour mission de :

- vérifier le financement des interventions prévues par le conseil d'administration et donner son avis;
- contrôler et faire le suivi du financement des interventions menées par le conseil d'administration.

❖ Le département régional de médecine générale (DRMG):

Pour répondre aux soucis d'accessibilité et d'intégration des services, le DRMG assume les responsabilités suivantes:

- appuyer l'agence dans la stratégie de réorganisation des services médicaux de première ligne qui consiste à promouvoir et implanter le modèle des groupes de médecine de famille et des cliniques médicales associées;
- s'assurer que le groupe de médecine de famille contribue de façon équitable au plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- participer à l'élaboration du plan régional des effectifs médicaux (PREM) et du plan régional d'organisation des services médicaux (PROS);
- conseiller l'agence sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.

Les conseils d'administration se doivent aussi d'associer et de s'appuyer sur les acteurs régionaux de la santé dans la réalisation de leurs missions. Ceci pour mieux identifier les besoins de santé de la population et améliorer la planification des prestations des services.

À cet effet, le projet clinique et organisationnel a procédé à la réorganisation des acteurs régionaux du système. Nous verrons ci-dessous les rôles des acteurs régionaux impliqués dans l'organisation du réseau régional de la santé.

❖ **La table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée.**

Instituée par la loi n°83 (Section VIII. Art. 417.10 417.11) la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée doit conseiller l'agence dans l'organisation des soins et participer à l'amélioration des conditions d'exercice des médecins de la région. À cet effet, la table régionale est chargée entre autres de:

- faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux en spécialité (PREM);
- élaborer et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux Spécialisés ((PROS), ce plan doit faire ressortir pour chaque réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) les services les plus demandés par la population;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés et de donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé.

Le comité de direction de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée doit aussi évaluer l'atteinte des objectifs relativement au PROS et à la partie du PREM relative aux médecins spécialistes.

❖ **Le comité régional sur les services pharmaceutiques**

Mis en place pour appuyer et coordonner l'organisation des services pharmaceutiques, le comité régional sur les services pharmaceutiques fait partie des organes d'une agence de la santé et de services sociaux. Il assume au sein de l'agence les fonctions suivantes:

- concourir à une meilleure organisation des services pharmaceutiques et à la planification de la main-d'œuvre, en faisant des recommandations;
- contribuer à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

❖ **La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)**

La Commission est amenée à exercer au sein d'une agence les responsabilités suivantes:

- participer à travers ses avis à l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et à la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation de services;
- donner son avis sur les questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- étudier les approches novatrices de soins et donner son avis sur leurs effets sur la santé et le bien-être de la population.

❖ **Commission infirmière régionale (CIR)**

La Commission est chargée de guider le conseil d'administration de l'Agence sur les questions relatives à:

- la planification et la distribution harmonieuse des effectifs infirmiers dans la région, suivant les plans régionaux d'organisation de services;
- la prestation et à l'intégration des soins infirmiers au niveau régional;
- l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- aux différentes problématiques de la prestation des soins au sein de la région.

L'organigramme suivant montre les différents acteurs du réseau régional de la santé et des services sociaux.

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

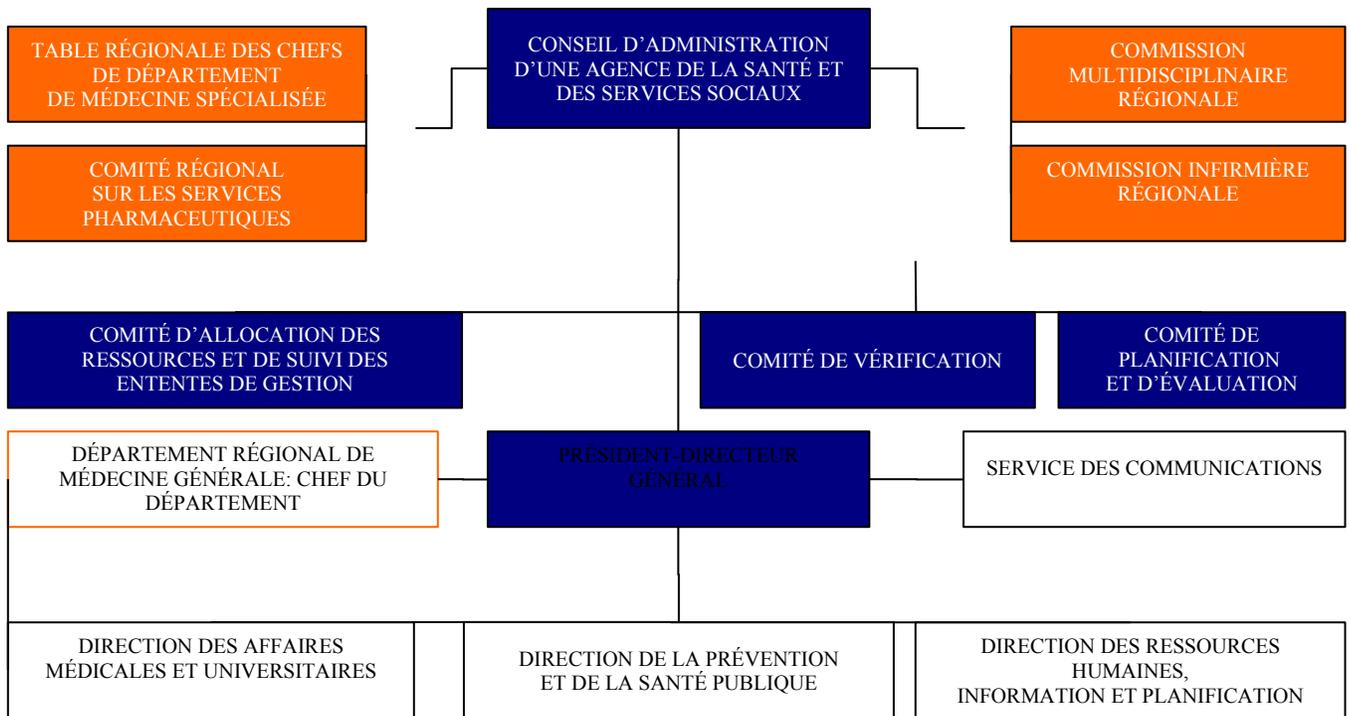


Figure 2. L'organigramme* d'une agence de santé et des services sociaux.
 * Organigramme simplifié, inspiré des organigrammes des agences de santé et de services sociaux.

Cette coordination entre les différents acteurs est aussi un moyen pour les agences d'assurer la réussite de la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Les agences de santé et de services sociaux doivent en effet s'investir pour améliorer la coordination et l'intégration des services de santé des paliers locaux. C'est dans cette optique, que les agences de santé et de services sont appelées à créer au sein de leurs régions des réseaux locaux de services. Ces derniers correspondent au palier local de santé dont les centres de santé et de services sociaux représentent les structures institutionnelles et organisationnelles.

2.1.2.3 Le palier local: les centres de santé et des services sociaux (CSSS)

Le palier local du système de santé québécois a vu avec l'entrée en vigueur de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de décembre 2003, l'adoption d'une nouvelle approche organisationnelle des services et un élargissement de ses pouvoirs décisionnels. Ce changement organisationnel et structurel est la résultante des sirènes de la commission Clair qui faisaient état du cloisonnement du

système et de la non implication des équipes locales de gestion dans la gouverne du réseau de la santé.

À cet égard, la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, et la mise en place de centres de santé et de services sociaux, instances gestionnaires et coordonnatrices des services dans ces réseaux sont conçus pour remédier à ses dysfonctionnements.

❖ Le modèle organisationnel du palier local du système sociosanitaire.

Le palier local a connu avec la création en juin 2004 des 95 réseaux locaux de services (RLS) créés à l'échelle du Québec (MSSS; 2005) une réorientation du modèle organisationnel des services. La mise sur pied de ces nouveaux territoires sociosanitaires qui représentent des subdivisions des régions sociosanitaires et qui regroupent les territoires sociosanitaires des centres locaux de services communautaires, est accompagnée d'un changement dans les modes d'organisation et de prestations des services. En effet, pour pallier au fonctionnement en silos qui caractérisait le palier local, les réseaux locaux se sont traduits par le regroupement des établissements de santé (centre local de services communautaires (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans la majorité des cas, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)) au sein d'un établissement multivocationnel dénommé centre de santé et de services sociaux.

Cette réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux est guidée par les principes de l'approche populationnelle qui signifie que les intervenants ont une responsabilité collective reconnue envers la population de leur territoire [...] et de la hiérarchisation des services qui vise à garantir une meilleure complémentarité des services et à faciliter le cheminement de l'utilisateur entre les services de première (services médicaux et sociaux généraux), de deuxième (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés), suivant des mécanismes de référence entre les producteurs [...] (MSSS; 2004).

Cette nouvelle approche organisationnelle des services a comme vocation de permettre de:

- mettre en place une offre de services plus intégrée, en renforçant l'approche d'organisation en réseau des services;

- rapprocher les services de la population et offrir une large gamme de services grâce aux ententes avec les différents producteurs de services (GMF, CMA, les cliniques -réseau et organismes communautaires);
- faciliter le cheminement clinique de toute personne dans le réseau à travers l'établissement des mécanismes de références et de suivi entre les producteurs des différents niveaux de soins (première, deuxième et troisième ligne);
- responsabiliser les acteurs locaux de l'organisation et de la prestation de services envers la population de leur territoire.

Pour mettre en œuvre le nouveau modèle d'organisation de services que requièrent les réseaux locaux, les centres de santé et de services sociaux se sont vu attribuer plusieurs fonctions.

❖ Le fonctionnement des réseaux locaux de services santé et de services sociaux

Responsables de la gouverne locale du réseau de la santé et des services sociaux, les centres de santé et de services sociaux sont chargés d'organiser et de gérer les services de santé dans les réseaux locaux de services. C'est dans ce cadre qu'ils sont appelés à remplir trois grandes missions:

- Élaborer des projets cliniques et organisationnels pour les territoires qu'ils desservent. Ces projets cliniques et organisationnels doivent déterminer pour les territoires du réseau local (MSSS, 2004):
 - la vision locale en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de la population, de ses besoins sociosanitaires et de ses particularités;
 - les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de l'état de santé et de bien-être ainsi que l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population ;
 - les modes d'organisation et les contributions convenues avec les différents partenaires du réseau.
- Offrir une large gamme de services de santé et de services sociaux qui soit plus accessible, plus continue, de meilleure qualité et mieux intégrée.
- Définir et élaborer le plan d'action local de santé publique.

Conformément à la loi sur la santé publique (LSP, c. II), les CSSS doivent élaborer, mettre en œuvre un plan d'action local de santé publique qui soit conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et qui définit sur le plan local les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits dans le plan régional, compte tenu des spécificités de la population qu'ils couvrent.

Pour être en mesure de remplir ses différentes tâches, les CSSS s'appuient et travaillent de concert avec les différents corps professionnels du réseau local afin de déterminer les approches et modèles d'organisation des services qui soient en mesure de satisfaire au mieux les besoins de santé et de bien-être de la population.

Nous verrons ci-dessous les conseils des professionnels du réseau local et les missions qu'ils assument auprès du conseil d'administration des centres de santé et des services sociaux:

- le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens appelé à donner des avis sur l'organisation et l'accessibilité aux services médicaux;
- le conseil des infirmiers et infirmières qui est amené à faire des recommandations sur l'organisation et la prestation des soins infirmiers au sein du réseau local;
- le conseil multidisciplinaire appelé à faire des recommandations sur les protocoles de soins et sur la coordination des soins;
- le conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires qui est aussi appelé à participer à l'amélioration des prestations des services en donnant des avis.

La **figure 3** montre la structure organisationnelle d'un centre de santé et de services sociaux.

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

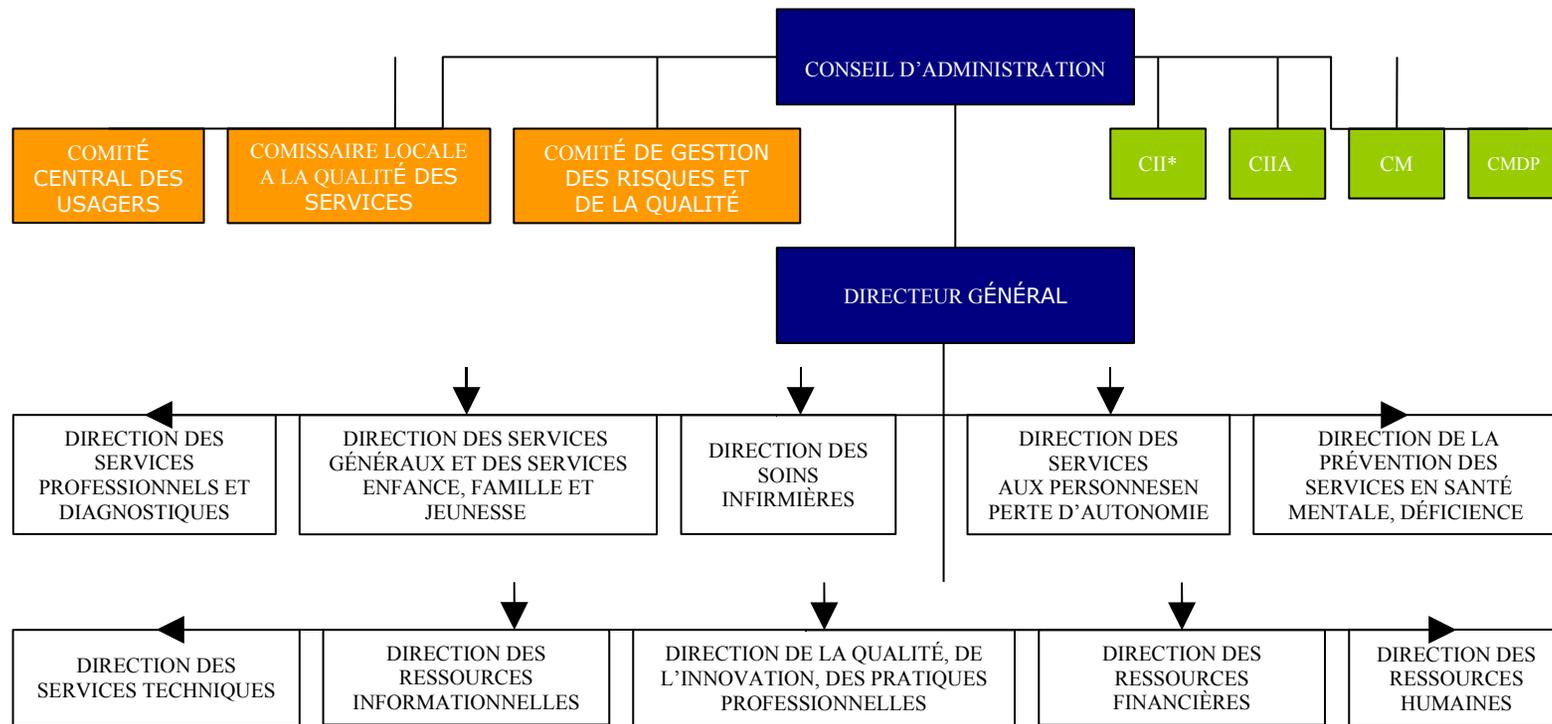


Figure 3 L'organigramme simplifié d'un centre de santé et de services sociaux

*Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système
socio-sanitaire du Québec*

*CII commission des infirmiers et infirmières ; CIIA commission des infirmiers et infirmières auxiliaires ; CM commission multidisciplinaire ; CMDP conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens

Les centres de santé et des services sociaux sont aussi chargés dans un souci d'intégration des services et d'amélioration de l'accessibilité, d'élaborer un partenariat avec les producteurs de services du réseau local aussi bien publics que privés notamment les GMF et les cliniques médicales associées (CMA).

Nous évoquerons ici certains de ces partenaires ainsi que leurs rôles respectifs:

- **les organismes communautaires**, organismes aux fins non lucratifs (L'article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux), les organismes communautaires offrent une gamme de services dont :
 - des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux ;
 - la promotion du développement social, l'amélioration des conditions de vie ou la promotion de la santé pour l'ensemble du Québec;
 - des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire.

- **les groupes de médecine de famille**

Préconisés par la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair 2000) qui a décelé des difficultés d'accès aux soins de première ligne et un manque de continuité des soins et de coordination entre les différents intervenants, les groupes de médecine de famille ont été lancés en 2001. Défini comme étant une organisation de services de santé composée de médecins de famille qui travaillent en groupe et en étroite collaboration avec les infirmiers, le concept de groupe de médecine de famille a comme objectifs de (MSSS, 2002):

- assurer une plus grande accessibilité des services ainsi que la prise en charge globale (continuité des services) et le suivi des patients qui s'inscrivent auprès d'un médecin d'un GMF de son territoire;
- améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne offerts à la population;
- développer une plus grande complémentarité des services avec les CSSS;

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

- reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille et donner à tous les Québécois et toutes les Québécoises l'accès à un médecin de famille.

➤ **les cliniques médicales associées appelées aussi cliniques-réseau**

Définie comme une clinique ou un groupe de cliniques offrant déjà des services à la population et acceptant de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS du territoire dans laquelle elle est située (ASSSM, 2006).

Les cliniques médicales associées ont comme objectif de:

- rapprocher les médecins de pratique privée du réseau public;
- faciliter et améliorer l'accessibilité aux services médicaux;
- faire la coordination opérationnelle entre les médecins d'un territoire, responsables de la prise en charge médicale de leurs clients, et le CSSS qui assure l'accessibilité et la continuité de l'offre de services de santé et de services sociaux à la population.

À travers ces ententes, les centres de santé et de services sociaux assurent non seulement une large gamme de services à leurs populations mais aussi, ils leur garantissent l'accessibilité et la continuité aux services médicaux.

Ces ententes participent aussi à l'effort d'intégration du réseau du réseau local de services dont la **figure 4** adaptée de (MSSS, 2004. P: 13) présente les différents acteurs.

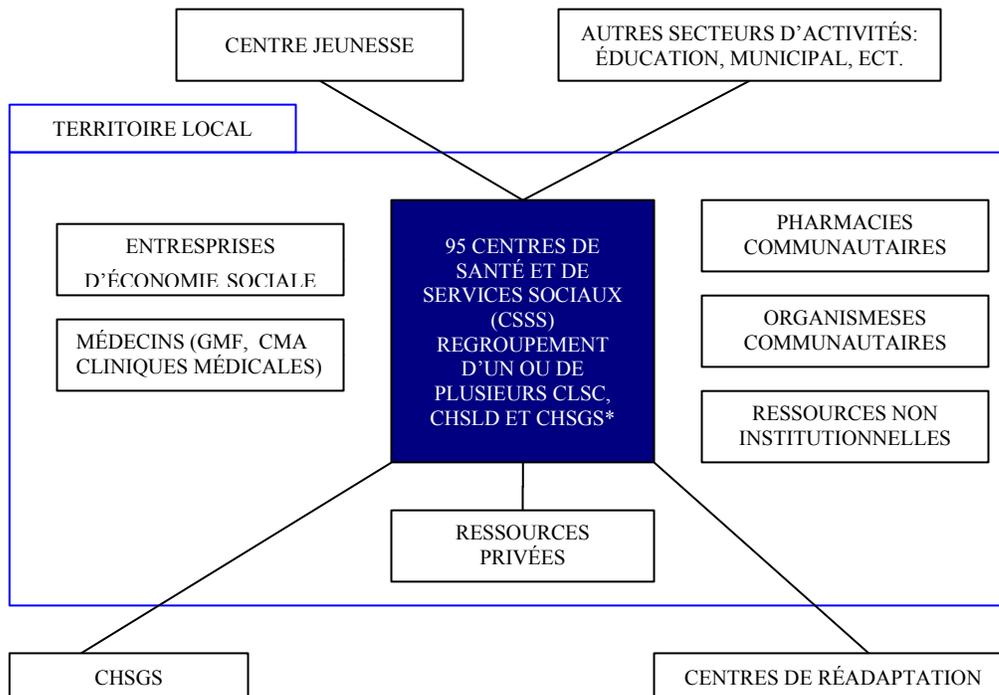


Figure 4 Les acteurs du réseau local de services de santé et de services sociaux

*Certains CSSS n'ont pas inclus un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) lors du regroupement.

Cet effort d'intégration du réseau sociosanitaire a conduit à une transformation des missions des établissements de santé.

2.1.2.4 L'évolution du réseau public des établissements sociosanitaires

Créé en 1971 suite à la vaste restructuration des secteurs de la santé et du secteur social, le réseau public des établissements sociosanitaires a subi au cours de ces trois décennies d'existence maintes reconfigurations. Structuré après l'adoption de la LSSSS de 1971 autour d'une multitude d'établissements (centres hospitaliers de courte durée, les centres hospitaliers de soins prolongés, centres de services sociaux, les centres d'accueil et les centres locaux de services communautaires), le réseau public a été jugé trop disparate et confus par le rapport de la commission Rochon (CESSS 1988). Cette situation a conduit à l'adoption en 1991 d'une nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette réforme cadre les missions des différents établissements à travers une nouvelle classification dénommée « Mission-Classe-Type⁶ » et s'est traduit par la fusion de plusieurs établissements. La réforme de 1991 a structuré le réseau public autour de cinq catégories d'établissements: les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres hospitaliers (CH), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation (CR). Toutefois, les difficultés d'accès, l'accroissement des dépenses et le manque de coordination qui jalonnait le réseau, ont amené à la mise en place d'une nouvelle réforme en 2001. Cette réforme issue des recommandations de la commission Clair a mis l'accent sur la nécessité de renforcer les services de première ligne et d'opter pour une gestion axée sur les résultats afin de pallier aux déficits budgétaires qui caractérisaient les établissements. C'est pour répondre à ces défis que le projet organisationnel et clinique a été lancé suite à l'adoption d'une nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux en décembre 2003. Ce projet s'est traduit par plus de rationalisation du réseau public avec la création des réseaux locaux de services (RLS) et le regroupement de

⁶ M.C.T système introduit par la LSSSS de 1991 qui permet de catégoriser les établissements en fonction de leurs missions, à travers ce système deux établissements peuvent avoir la même mission et être de classe différente. Exemple: Les CH sont divisés en deux « classes », soit les centres hospitaliers de soins généraux et de spécialisés (CHSGS) et les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)

plusieurs établissements (des CLSC, des CHSLD et le cas échéant d'un CHSGS), au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Nous remarquons que la rationalisation du réseau public a été le fer de lance des réformes menées au cours de ces trois décennies. Cette rationalisation est motivée par l'accroissement de plus en plus marquant des dépenses de santé qui incite à réfléchir sur le mode de financement des services de santé.

2.1.2.5 Le financement du système de santé et des services sociaux du Québec.

D'inspiration beveridgienne, le système de santé et des services sociaux du Québec garantit à l'ensemble des québécois et québécoises l'accès universel aux services sociosanitaires. Cette situation est rendue possible grâce au fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec qui assure presque la quasi-totalité du financement des services sociosanitaires.

Le fonds consolidé du revenu est alimenté par trois principales sources:

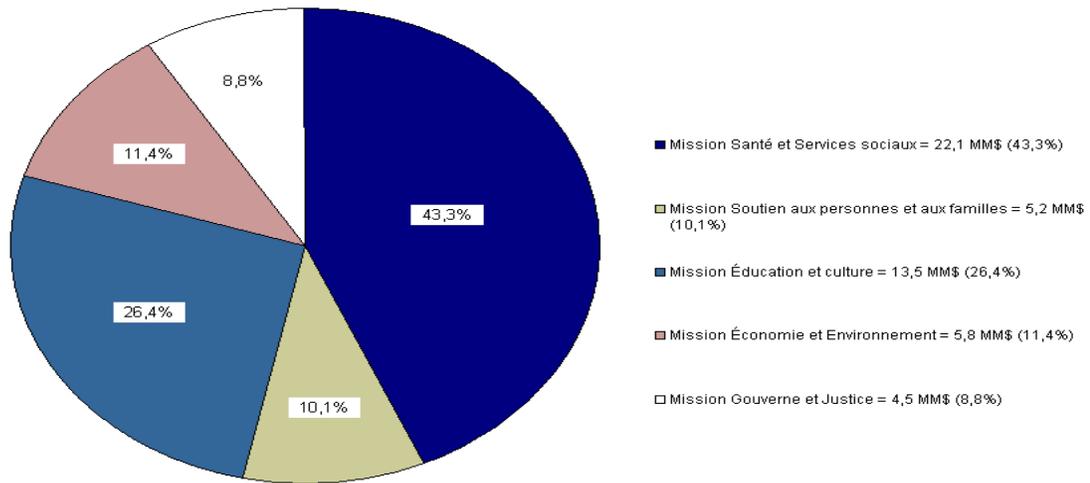
- la première source de financement du fonds consolidé est la fiscalité témoin de la solidarité de la société québécoise (les taxes à la consommation et les impôts sur le revenu des entreprises et des particuliers);
- les transferts fédéraux versés dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) qui se décline en deux genres: le transfert canadien en matière de santé et le transfert canadien en matière de programmes sociaux. Cette situation découle au fait que le Québec a souscrit à la loi canadienne sur la santé adoptée en 1984 et à adhérer en 1970 au plan canadien d'assurance maladie;
- les contributions des employeurs et des particuliers au fonds des services de santé et les contributions au fonds de l'assurance médicaments.

Les services socio-sanitaires sont aussi financés par les contributions des usagers et diverses sources comme la facturation des non-résidents.

Représentant plus de 1/3 du budget général du gouvernement du Québec comme l'indique la **figure 5**, le financement des services sociosanitaires témoigne de l'importance accrue que le gouvernement ainsi que la société accorde au secteur sociosanitaire.

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

RÉPARTITION DU BUDGET DE DÉPENSES DU GOUVERNEMENT QUÉBÉCOIS SELON LA GRANDE MISSION DE PROGRAMME, EN 2006-2007



MSSS, SDI, mai 2006.

Source : Livre des crédits, secrétariat du Conseil du trésor du Québec.

Figure 5 La part de la mission santé et services au sein du budget global du gouvernement
Source: le ministère de la santé et des services sociaux, mai 2006

Cette part du secteur socio-sanitaire au sein du budget général qui est en constante évolution amène les responsables du secteur auprès premier desquels la régie de l'assurance maladie du Québec⁷ à réfléchir sur des méthodes pouvant limiter la croissance des dépenses de santé.

Suite à ce portrait analytique du système de santé québécois qui nous a permis de mieux s'imprégner des réformes qui l'ont façonné et particulièrement ceux qui ont trait à la régionalisation; il nous revient de voir le contexte dans lequel s'inscrit le système de santé comorien, sa structure organisationnelle.

⁷ Organisme-conseil du ministère de la santé et des services sociaux créée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance maladie. Celui-ci a été institué le 1^{er} novembre 1970 par la Loi sur l'assurance maladie. Elle administre également la partie publique du régime général d'assurance médicaments et tout programme que le gouvernement lui confie

2.2 Situation générale et sanitaire des Comores

2.2.1 La présentation générale des Comores

2.2.1.1 Le contexte géographique et climatique

Situé à l'entrée nord du canal de Mozambique à égale distance (300 Km) entre le nord-ouest de Madagascar et la côte orientale de l'Afrique, l'archipel des Comores s'étend sur une superficie de 2236 km². Communément appelé archipel aux parfums, il comprend quatre îles d'Est en Ouest: Maoré (Mayotte en français), 374 km², Ndzuani (Anjouan) ,424 km², Mwali (Mohéli), 290 km² et Ngazidja (la Grande Comore), 1.148 km². D'origine volcanique les quatre îles présentent des spécificités physiques propres variables suivant la chronologie d'apparition. Les Comores ont un climat tropical avec une saison chaude et pluvieuse ou été austral qui va de novembre à avril et une saison fraîche et sèche ou hiver austral qui va de mai à octobre et les températures varient sur l'ensemble du territoire entre 15°C à 33°C.

Signalons que depuis son accession à l'indépendance, l'État comorien n'exerce sa souveraineté que sur les trois îles: Anjouan, Mohéli et la Grande Comore, la quatrième île Maoré est encore sous occupation française. À cet effet, la situation sociodémographique, économique et le système de santé décrits ci-dessous ne concernent qu'îles d'Anjouan, Mohéli et la Grande Comore.

2.2.1.2 La situation démographique

La population comorienne (Anjouan, Mohéli et la Grande Comore) s'élevait après le recensement réalisé en 2003 à 575660 habitants, ce qui représente une densité de 309 habitants/km². Marquée par une grande ruralité 72,1 % de la population (**voir tab II**), la population comorienne est dans son ensemble caractérisée par son extrême jeunesse 53,1 % de la population a moins de 20 ans et 41,8 % à moins de 15 ans (MPAEU, 2003) et par un

taux d'accroissement élevé entre 1992-2002: 3 % (OMS, 2004) et par une distribution inégalement comme le montre le **tableau II**.

Tableau II Répartition de la population selon le milieu et le lieu de résidence en 2003

Milieu	Superficie km ²	Population totale		Population urbaine		Population rurale	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Comores	1862	575660	100	160865	27,9	414795	72,1
Anjouan	424	243732	42,3	69811	28,6	173921	71,4
Gde Comore	1148	296177	51,4	71473	24,1	224704	75,9
Mohéli	290	35751	6,2	19581	54,8	16170	45,2

Source: Données tirées des tableaux 1 et 2 du Recensement général de la population et de l'habitat 2003.

Avec 296177 habitants, soit une densité de 258 hab/km², l'île de la Grande Comore abrite 51,4 % de la population, Anjouan avec 243732 habitants et une densité de 575 hab/ km² est l'île la plus peuplée en terme de densité et 42,3% de la population comorienne y réside. Et enfin Mohéli avec 35751 habitants et une densité de 123 hab/ km² est la moins peuplée de l'archipel et ne représente que 6,21 % de la population.

La population comorienne a une espérance de vie de 63,3 ans et une espérance de vie en bonne santé (EVCS) de 54,6 ans. Malgré leurs augmentations respectives (57,05 et 46,8 ans OMS, 2000) l'espérance de vie à la naissance et l'ECVS des comoriens restent à l'avant dernière position de celles des pays de la commission de l'océan indien (Madagascar:56,3 et 48,6ans, Maldives:66,1 et 57,8 ans, Maurice 71,9 et 62,4 ans et Seychelles:71,5 et 61,7 ans) (OMS, 2004).

2.2.1.3 La conjoncture socioéconomique

Avec 538 \$ US de PIB par habitant et un indice de développement humain (IDH) de 0,547(132^{ème} sur 177), les Comores sont classés respectivement parmi les pays à faible revenu et à développement humain moyen; et font face à une situation socioéconomique

difficile: le PIB par habitant a connu une croissance annuelle de -1,3 % entre 1990-2003 (PNUD, 2005). Cette conjoncture socioéconomique découle de l'instabilité politique et institutionnelle qui empêche tout essor socioéconomique et contribue au maintien d'une franche importante de la population dans la pauvreté: 44,8 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté dont 46,4 à Anjouan, 49,1 à Mohéli et 42,7% à la Grande Comore (SNU, 2005). Cette situation préoccupante limite l'accès aux services de base:

- seulement 26,2 % des accouchements des femmes enceintes issues des milieux pauvres ont été assisté par un personnel de santé qualifié contre 84,8 % des femmes enceintes issues des milieux riches.

- le taux net de scolarisation dans le primaire a régressé passant de 57 % en 1990/91 à 55 % en 2002/03 (PNUD, 2005).

C'est dans ce contexte socioéconomique et institutionnel difficile qu'évolue le système de santé comorien.

2.2.2 L'organisation du système de santé comorien

Le système de santé comorien est bâti sur une structure organisationnelle à trois échelons (national, intermédiaire (insulaire) et périphérique) suite à la réforme de 1994. Cette structure organisationnelle a connu après l'adoption en décembre 2001 de la nouvelle constitution qui régit la nouvelle république dénommée Union des Comores un changement organisationnel profond. Nous verrons ci-dessous les rôles des différents niveaux du nouveau schéma organisationnel du système de santé comorien plus précisément le niveau local, l'organisation de l'offre de soins de santé, la répartition des professionnels de santé et enfin le financement du système de santé comorien.

2.2.2.1 Les différents niveaux du système de santé

❖ Le niveau central: la vice-présidence chargée du ministère de la santé

Après la mise en place de l'Union des Comores, le palier central du système de santé comorien est représenté par la vice-présidence chargée du ministère de la santé. Ainsi il lui incombe de diriger l'élaboration des grandes orientations stratégiques et de coordonner les

actions de développement sanitaire du pays (DNS, 2005). Pour remplir cette mission, la vice-présidence s'appuie sur:

- la direction nationale de la santé qui a pour missions de concevoir, planifier, coordonner et suivre l'exécution des programmes d'actions et des projets relevant de ses attributions;
- la direction générale des affaires sociales et de la condition féminine qui a pour missions de coordonner et superviser les activités d'intégration de la femme au développement et tous autres programmes d'actions et de projets qui sont de son ressort;
- les établissements autonomes: l'école nationale de santé et la pharmacie nationale autonome des Comores.

Dans l'accomplissement de ses missions, la vice-présidence se doit de collaborer avec les paliers intermédiaires.

❖ *Le niveau intermédiaire: les ministères de la santé des îles autonomes*

Jadis représenté par les directions insulaires ou régionales de la santé, le niveau intermédiaire est actuellement sous la direction d'un ministère de la santé. En effet la constitution de décembre 2001 qui jetait les bases des nouvelles institutions de l'Union des Comores s'est traduite par la mise en place au niveau de chaque île d'un gouvernement. Cette situation a conduit à la survenue au niveau de chaque île d'un ministère de la santé. Ces ministères sont chargés de la planification et de la mise en œuvre opérationnelle des activités des programmes de santé et de développement sur le terrain (OMS/Afrique; 2005). Pour remplir ses tâches les ministères de la santé s'appuient sur les directions générales de la santé, les services des inspections générales de la santé des îles autonomes.

Le niveau intermédiaire est assisté dans l'opérationnalisation de la politique nationale par les centres hospitaliers régionaux et les districts sanitaires.

❖ *Le niveau périphérique: les districts sanitaires*

- *L'organisation des districts sanitaires*

Représentant l'échelon local du système de santé, les districts sanitaires correspondent à la fois à des subdivisions des îles et à des échelons de regroupement des secteurs sanitaires. Au nombre de 17 sur l'ensemble du territoire, les districts sanitaires se répartissent suivant la carte sanitaire comme suit:

- 7 districts sanitaires sur l'île de la Grande Comore regroupant 22 secteurs sanitaires;
- 7 districts sanitaires sur l'île d'Anjouan subdivisés en 21 secteurs sanitaires;
- et 3 districts sanitaires sur l'île de Mohéli subdivisés en 6 secteurs sanitaires.

Structurés soit autour d'un centre de santé, d'un centre de santé de district, d'un centre médical urbain ou d'un centre médicochirurgical, les districts sanitaires sont placés sous la direction d'un médecin chef du district.

➤ *Le fonctionnement des districts sanitaires*

Structure pilote du district sanitaire, c'est au centre de santé de district qu'il revient de veiller à l'organisation de la prestation des services de santé au sein de son territoire. Ainsi les conseils d'administration des centres de santé de districts sous la coordination du médecin chef du district ont comme missions de (DNS, 2005):

- planifier, coordonner et mettre en œuvre les activités au niveau des districts;
- organiser et gérer les activités sanitaires au niveau du district;
- assurer l'offre des services de santé;
- et enfin collecter et exploiter les données statistiques sanitaires et les transmettre au niveau supérieur.

Les conseils d'administration des CSD et le médecin chef de district sont aussi chargés de coordonner l'offre de soins dispensée par les postes de santé des secteurs qui leurs sont rattachés. Ces postes de santé sont eux gérés par les comités de gestion des associations communautaires de soutien aux secteurs.

Représentant le premier échelon du système les districts sanitaires participent ainsi à l'organisation de la prestation des services de santé.

2.2.2.2 L'offre de soins de santé

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

L'offre de soins de santé est organisée autour de quatre secteurs (DNS, 2002):

- le secteur public de soins de santé;
- le secteur privé lucratif et non lucratif;
- les services de santé militaire;
- et le secteur communautaire représenté en grande partie par la médecine traditionnelle.

Nous ferons ci-dessous un bref état de lieu de l'offre publique de soins et du secteur privé à but lucratif: L'offre de soins de santé publique est organisée autour de trois échelons du système de santé décrits ci-haut. Représentant le premier échelon de soins, les postes de santé et les centres de santé sont assistés dans la prestation de services de santé de base par les centres hospitaliers régionaux ou insulaires. Ces centres de santé régionaux constituent le second niveau de l'offre de soins de santé et prennent en charge les malades référés par les structures sanitaires du premier échelon. Ils sont appuyés par l'hôpital de référence national El Maarouf appelé aussi centre hospitalier national qui représente le troisième niveau de soins. Les services et soins de santé publics sont fournis à travers l'infrastructure sanitaire illustrée par le **tableau III**.

Tableau III Répartition des établissements publics de santé par île en 2001

REGION Établissements publics de santé	Îles			Total
	Gde Comore	Anjouan	Mohéli	
Centre Hospitalier National	1	-	-	-
Centre Hospitalier Régional	-	1	1	2
Centre Médico-chirurgical*	1	1	-	2
Centre Médico-Urbain*	1	1	1	3
Centre de santé de district	5	5	2	12
Poste de santé	22	21	6	49
TOTAL	30	29	10	69

Source: Données du Bilan Commun de situation (CCA) des Comores, DRAFT 2001 p123

* Les CMC et CMU sont considérés comme étant des centres de santé de district

Malgré cette infrastructure sanitaire qui peut sembler suffisante vu l'étroitesse du territoire, l'accessibilité géographique à une structure de prestations de services de santé dans un

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

rayon de 5 km n'est que de 45 % au niveau de la Grande Comore, 74 % à Anjouan et 69% au niveau de l'île de Mohéli, ce qui donne une moyenne nationale de 63 % (DNS, 2004).

Jadis constitué essentiellement de services publics, le système de santé comorien fait face à un essor du secteur privé à but lucratif. Cette offre est composée essentiellement par les cabinets. Le **tableau IV** donne un aperçu de la distribution de cette offre sur l'étendue du territoire.

Tableau IV *La répartition des établissements privés à but lucratif par île*

Les établissements privés	Îles			Comores
	Gde Comore	Anjouan	Mohéli	
Cabinets médicaux	23	5	1	29
Etablissements privés réalisant des hospitalisations	6	1	-	7
Total	29	6	1	36

Source : (DNS, 2002:11-12)

Au regard de ce tableau, nous pouvons noter une nette concentration de l'offre privée de soins sur l'île de la Grande Comore. Cette situation pourrait s'expliquer par le contexte économique centralisateur qui a auparavant marqué le pays.

2.2.2.3 La répartition des professionnels de santé

Évoluant dans un contexte socioéconomique difficile, le système de santé est aussi marqué par une raréfaction des ressources humaines. Les **tableaux V et VI** donnent un aperçu sur le nombre des professionnels de santé et leur répartition au niveau national et insulaire.

Tableau V *La répartition des professionnels de santé selon l'île, le secteur et la zone*

Personnels de santé	Comores							
	Nbre Total	Îles			Secteur		Zone	
		Anjouan	Gde Comore	Mohéli	Public	Privé	Urbaine	Rurale
Médecins	115	24	85	6	103	12	104	11
<i>Généralistes</i>	85	22	59	4	79	6	74	11
<i>Spécialistes</i>	30	2	26	2	24	6	30	0
IDE*	157	50	103	4	146	11	138	19
SFDE*	107	24	76	7	103	4	90	17
Dentistes	17	6	10	1	14	3	17	0
Pharmaciens	15	1	14	0	3	12	15	0

*Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de
l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec*

Source: AFRO_HRH_2:Modèle A: Profil des agents de santé, mai-05

**Infirmiers diplômés d'État et Sages-femmes diplômées d'État.*

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Tableau VI La répartition des professionnels de santé selon le secteur et la zone

Personnels de santé	Anjouan					Grande Comore					Mohéli				
	Nbre Total	Secteur		Zone		Nbre Total	Secteur		Zone		Nbre Total	Secteur		Zone	
		Public	Privé	Urbain	Rurale		Public	Privé	Urbain	Rurale		Public	Privé	Urbain	Rurale
Médecins	24	24	0	15	9	85	74	11	83	2	6	5	1	6	0
<i>Généralistes:</i>	22	22	0	13	9	59	54	5	57	2	4	3	1	4	0
<i>Spécialistes :</i>	2	2	0	2	0	26	20	6	26	0	2	2	0	2	0
IDE*	50	50	0	37	17	103	92	11	98	5	4	4	0	3	1
SFDE*	24	24	0	17	7	76	72	4	68	8	7	7	0	5	2
Dentistes	6	6	0	6	0	10	7	3	10	0	1	1	0	1	0
Pharmaciens	1	0	1	1	0	14	3	11	14	0	0	0	0	0	0

*IDE Infirmiers diplômés d'État; Sages-femmes diplômées d'État

Au regard de ce tableau, nous pouvons noter une nette concentration des professionnels de santé dans l'île de la Grande Comore et les zones urbaines qui représentent respectivement 69,41 % et 87,05 % des médecins généralistes et 65,60% et 87,89% du personnel infirmier.

2.2.2.4 Le financement du système de santé

Le financement du système de santé provient de trois grandes sources:

- le budget national de la santé;
- la participation communautaire à travers le système de recouvrement des coûts institué en 1994, suite à l'adoption de l'Initiative de Bamako;
- les transferts de la diaspora comorienne en France qui servent à la construction et l'équipement des centres de santé.

Il est à noter que le système de santé souffre d'un manque de financement du à la tendance régressive du budget national alloué à la santé. Cette situation est aussi accentuée par la diminution de la part du budget de la santé dans le budget national comme l'illustre respectivement le **tableau VII et la figure 6**.

Tableau VII Évolution du budget de la santé et de ses composantes en millions de francs comoriens*

Années	2000	2001	2002	2003
Salaires	511	503	487	378
Biens et services	38	40	12	25
Transferts	45	55	58	5
Total	594	598	557	408

*Source: (OMS/Afrique, 2005) * Un euro équivaut environ à 492 franc comorien.*

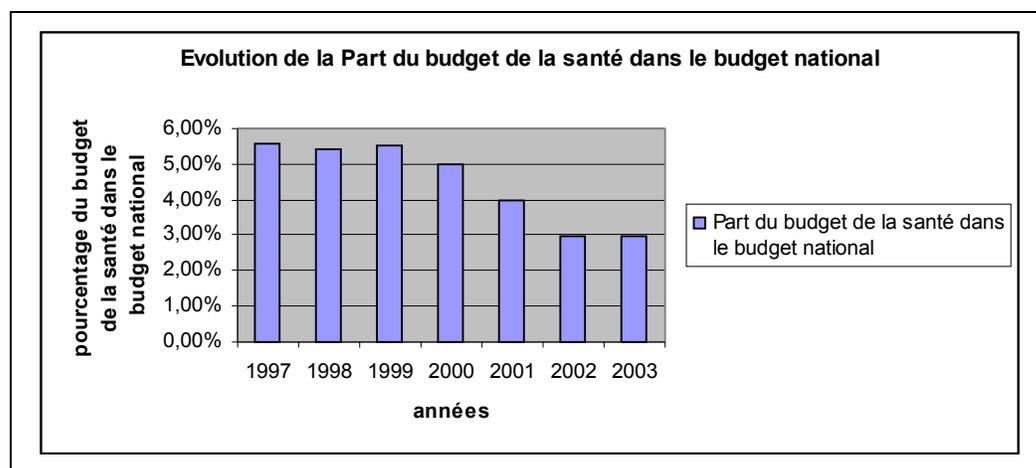


Figure 6 L'évolution du budget de la santé dans le budget national.

Source des données: (OMS/Afrique, 2005) et (Boutbien A, 2002).

Face à cette situation qui limite l'accès aux soins, les communautés essayent de s'organiser en mutuelles de santé villageoises et récemment en organisation dénommée sécurité sociale villageoise sous la direction du centre international de développement et de recherche (CIDR). Toutefois la multiplicité de ces organisations due à la conception villageoise du système mutualiste ne permet pas leur viabilité et l'encadrement de la participation communautaire qui est pourtant significative comme l'indique le **tableau VIII**.

Tableau VIII La participation communautaire dans le financement de la santé

Désignation	Recouvrement des coûts	
	Somme en Francs Comoriens*	Pourcentage
Participation communautaire		
Districts des 3 îles	228 625 356	20,5
CHR El Maarouf**: Gde Comore	266 338 936	23,9
CHR de Hombo: Anjouan	28 572 205	2,6
CHR de Fomboni: Mohéli	12 291 950	1,1
Total de la participation communautaire	535 828 447	48,1
Budget de l'État alloué à la santé	577 381 149	51,9
Total des recouvrements des coûts	1 113 209 596	100

Source des données: RFIC, Évaluation de la réforme du système de santé (synthèse) octobre 2001 p5.

* Un euro équivaut environ à 492 franc comorien **Le CHR de l'île de la Grande Comore est devenu centre hospitalier national

Suite à la présentation des deux systèmes de santé dans les deux premières parties de ce chapitre, il nous paraît nécessaire de faire une étude comparative et analytique de ces deux systèmes dans cette dernière partie du chapitre.

2.3. L'étude comparative des deux systèmes de santé

2.3.1 Les faits saillants des deux systèmes de santé

Dans cette partie nous allons procéder à une brève analyse des deux systèmes de santé afin de faire ressortir les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Cette analyse est présentée par les tableaux IX et X qui montrent les points forts et points faibles des deux systèmes de santé.

Tableau IX les forces et faiblesses du système de santé Québécois

Les faits saillants	Le système de santé québécois
Forces	Une meilleure clarification des responsabilités des différents paliers du système de santé
	La présence et le poids de mécanismes d'imputabilité entre les paliers et envers la population
	L'application du principe de subsidiarité à la gouverne du système de santé et le renforcement du palier local du système
	La présence à tous les niveaux de la gouverne du système des processus de planification des ressources humaines de santé et services de santé
	L'implication de tous les corps professionnels de santé dans les processus de planification et d'organisation de l'offre de services de santé
	La présence d'un système solidaire de financement de la santé et de gestion du risque maladie
	L'orientation vers une gestion axée sur les résultats qui conditionne l'allocation des ressources financières
	Un découpage sanitaire qui permet une nette identification de l'offre de services de santé par la population et des besoins de santé dans chaque territoire pour les responsables de la planification des soins
	Une harmonisation et rationalisation du réseau des établissements de santé et des services sociaux
	Le rôle de complémentarité que joue le secteur privé de soins
	L'existence des divers organismes de gestion de l'information sanitaire
	Une meilleure organisation de la participation de la population dans la gouverne du système de santé: les organisations communautaires
	Présence des comités consultatifs où la population exprime ses attentes à l'égard du système et l'existence de maints comités des usagers dans les instances de gestion du système de santé

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

Faiblesses	Les listes d'entente dans les services des urgences
	Les difficultés d'accès aux soins de santé des personnes âgées
	La baisse de la démographie médicale et des effectifs de santé en général
	L'accroissement des dépenses de santé

Tableau X les forces et faiblesses du système de santé comorien

Les faits saillants	Le système de santé comorien
Forces	L'existence de plusieurs initiatives de la population visant à améliorer l'accès aux services de santé de base et la volonté marquée de la diaspora d'œuvrer pour le développement des services de santé
	La reconnaissance du rôle des collectivités décentralisées : les régions et les communes
	L'élaboration de la politique nationale de santé
	L'apparition du concept de gestion du risque maladie à travers les mutuelles de santé
	L'ouverture de l'Université des Comores et la présence d'une faculté d'administration économique et sociale (AES) qui peut contribuer à la formation des futures gestionnaires des structures sanitaires
	La réouverture de l'École nationale de santé après plusieurs années de fermeture
	Le développement du secteur privé de soins qui si bien organiser et intégrer participer à l'amélioration de la distribution de l'offre de soins

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

Faiblesses	Manque de clarification des mandats et rôles des différents niveaux du système de santé
	Pouvoirs et responsabilités restreintes du palier local dans la planification et la gestion des services de santé pourtant proche des réalités des populations
	Manque d'une autorité politico-administrative au sein des districts pouvant soutenir et appuyer les politiques en faveur de la santé
	Baisse progressive du budget de l'État alloué à la santé et l'absence d'un programme d'État de promotion et de gestion du risque maladie et l'augmentation des nombres des indigents
	Éparpillement des initiatives de la population dans le secteur de la santé du à l'existence de multiples associations villageoises et l'absence de coordination des différentes associations villageoises
	Non organisation de la participation communautaire au financement de la santé et l'absence d'encadrement des initiatives de la diaspora et non implication réelle de la population et des collectivités locales dans l'organisation du système de santé
	Les limites du concept de mutuelle de santé villageoise qui participe à l'éparpillement des efforts de la population
	Absence d'un processus de planification à tous les niveaux du système de santé, situation qui masque les disparités territoriales en matière d'offre de services
	Inexistence d'une institution chargée de gérer l'information sanitaire et l'absence au sein des paliers locales d'organismes ou services de recueils de l'information sanitaire
	Non intégration de l'offre privée de soins dans l'organisation et la distribution de l'offre des services de santé et l'absence de coordination des secteurs public et privé
	Concentration des professionnels dans les zones urbaines et l'absence des mécanismes de contrôle de l'installation des professionnels de santé et absence de soutien et de motivation des professionnels de santé surtout pour leur exercice dans les régions rurales
Nombre limité de filières de formation aux carrières de santé de l'École nationale de santé et Non association réelle des professionnels de santé à la planification des soins de santé	

2.3.2 Les leçons tirées de l'expérience québécoise

Les leçons tirées de cette expérience québécoise sur les mécanismes d'organisation du système de santé, particulièrement de son processus de régionalisation notamment celui enclenché depuis 2003, sont riches d'enseignements et porteuses d'espoir pour une meilleure organisation du système de santé des Comores en général et plus particulièrement pour une adoption d'une approche de régionalisation du système de santé. Nous tenons à signaler que l'échelon régional que nous souhaitons faire émerger, et dans notre entendement, l'échelon qui doit se substituer aux districts qui correspondent pour le système de santé comorien à l'échelon local. D'où l'attirance et l'importance que requiert pour nous, la réorientation de la régionalisation du système de santé québécois vers les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui représentent le palier local du

système québécois. Cette expérience nous a permis de voir combien, il est nécessaire de procéder à:

- ***Une harmonisation des différents échelons des soins de santé*** et une responsabilisation de l'échelon régional dans l'organisation et la fourniture des soins de santé de proximité et de services de santé de première référence. Cette démarche passe par une redéfinition et un éclaircissement des responsabilités des différents paliers du système et des mandats des établissements de santé. Dans la même mouvance, cette démarche nécessite l'intégration de l'offre privée de soins dans la distribution et l'organisation des prestations des soins et services de santé dans l'ensemble du territoire. Ce renforcement de l'échelon local devrait permettre de mettre l'accent sur les soins préventifs et donc revitaliser le système de protection et de prévention contre les maladies et de promotion de la santé.
- Le deuxième grand enseignement est ***le besoin urgent d'introduire des nouveaux mécanismes de planification des effectifs de santé*** dans le plan national de développement des ressources humaines en santé afin qu'une répartition équitable des professionnels puisse être réalisée.
- ***L'urgence de réformer le modèle de financement du système de santé*** et de formuler un nouveau cadre de financement du système qui prendra en compte le contexte économique et socioculturel du pays. Ce cadre doit esquisser des pistes pour la mise en place d'un système d'assurance maladie universelle donc, en mesure de limiter, voire même éviter l'exclusion d'une grande partie de la population aux soins de santé.
- ***La nécessité d'organiser, d'encadrer et de renforcer la participation de la population au système de santé.*** Cette intégration des usagers et de la population, ainsi qu'une implication des collectivités territoriales dans l'organisation du système de soins de santé, est un leitmotiv pour un meilleur ancrage des politiques de santé au niveau local.
- Enfin, il s'avère plus que urgent de ***renforcer le système d'information sanitaire*** par la mise en place d'une organisation qui sera chargé de recueillir, d'étudier les données médico-sociales et sanitaires et de déterminer les besoins de santé des divers paliers de l'organisation du système de santé. En effet la non disponibilité de

l'information sanitaire et surtout l'absence de données sur les différents déterminants de la santé aussi bien sur les ménages que sur les collectivités locales rendent difficile le processus de planification des services et des soins de santé.

Comme nous le voyons, cette expérience peut nous permettre de combler les dysfonctionnements qui caractérisent le système de santé comorien depuis plus d'une décennie. Dysfonctionnement que reflète bien cette phrase de Denis-Clair Lambert «il n'est pas étonnant que lors d'un véritable changement de système il se produise pendant une dizaine d'années une crise économique très profonde et une dévalorisation du capital humain: la "table rase" des institutions d'ancien régime rend obsolètes le système éducatif autant que le système sanitaire» (Lambert DC, 2003). C'est pourquoi il s'avère plus que nécessaire qu'une nouvelle orientation organisationnelle du système de santé soit définie et mis en place afin que nous puissions sauvegarder les acquis du système et se donner un nouvel horizon sanitaire, capable de nous permettre de faire un décollage économique.

Projetant d'adopter l'échelon régional comme échelon pilote de la gestion du système de santé et comme principal fournisseur des soins de santé à la population, le système de santé comorien peut donc s'inspirer et tirer les leçons des politiques de régionalisation entamés depuis plus de trois décennies par des nombreux pays. Dans cette quête le système de santé québécois peut servir de base à une réflexion pour la régionalisation du système de santé comorien.

Chapitre -3

CHAPITRE-3 LES PROPOSITIONS POUR LA RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX COMORES

3.1 Le chantier des réformes soutenant la mise en œuvre de la régionalisation

L'analyse comparative des deux systèmes de santé a fait ressortir la nécessité d'entreprendre des réformes afin de combler les maints dysfonctionnements du système de santé comorien. À cet effet, notre projet compte mettre en chantier trois réformes clés à savoir:

- adopter l'échelon régional comme fournisseur de l'offre de soins de santé;

- l'adoption d'une nouvelle approche de planification des effectifs de santé sur une base régionale;
- et enfin une approche régionalisée du financement des soins de santé.

Ces trois réformes, piliers de la mise en place de la régionalisation s'appuieront sur la participation de la population et des collectivités locales appelées à devenir l'ossature du système de santé. Et des nouveaux mécanismes d'intégration de la population et des collectivités dans l'organisation du système de santé seront proposés pour que ces dernières puissent jouer pleinement leur rôle et soutenir les réformes envisagées. L'articulation des réformes préconisées par le projet de régionalisation est illustrée par la **figure 7**.

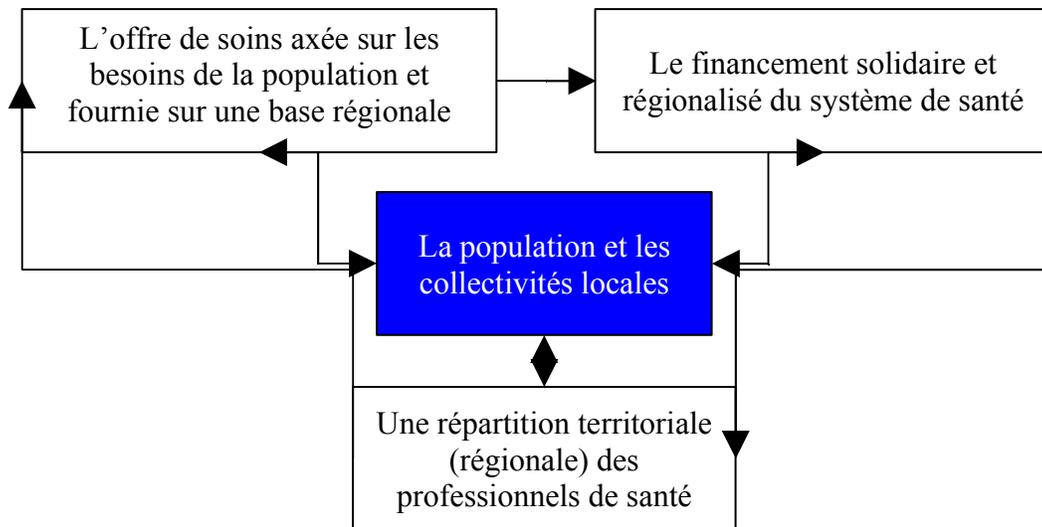


Figure 7 L'articulation des réformes proposées par le projet de régionalisation.

Nous dressons ci-dessous un bref portrait des réformes à entreprendre et leurs grandes lignes:

3.1.1 Une réforme de l'offre des services et des soins de santé

Celle-ci passe par le remodelage de la carte sanitaire et l'adoption d'une planification de l'offre de santé axée sur les besoins de la population. Nous proposons donc un nouveau

découpage qui tend non seulement à répondre aux aspirations des états généraux de la santé⁸, mais aussi à rapprocher l'offre de soins le plus proche possible du milieu de vie de la population. Cette réforme ambitionne ainsi d'introduire un modèle de planification qualitative et quantitative de l'offre des services et des soins de santé qui doit être organisée et gérée sur une base régionale.

3.1.2 L'introduction des nouveaux mécanismes de planification des effectifs de santé dans le plan national de développement des ressources humaines en santé

Souhaitant atteindre une répartition équitable des effectifs de santé dans l'ensemble du territoire; notre projet de régionalisation souhaite donc introduire une planification tridimensionnelle des ressources humaines en santé. Celle-ci suggère la définition par les instances régionales, insulaires et nationales des besoins en matière de professionnels de santé à travers leurs plans. Cette logique vise à faire ressortir les disparités territoriales en matière de professionnels de santé et adopter une dynamique de répartition fondée sur les besoins réels des établissements de santé. Dans la même optique, une répartition des effectifs de santé sur une base régionale doit être adoptée.

3.1.3 Une réforme du système de financement de soins de santé

Caractérisé par une baisse progressive du budget de la santé et une participation accrue de la population, le financement du système de santé doit être revu. C'est la raison pour laquelle, nous proposons un nouveau mode de financement de la santé qui puise dans l'organisation socioculturelle et la solidarité comorienne. Ce modèle qui vise à instaurer un mode de partage du risque maladie sera financé par un impôt territorial de santé que nous proposons sa création. Cet impôt collectif doit être avec le budget de la santé et les impôts sur les sociétés les sources financières alimentant le fonds de développement sociosanitaire que nous plaiderons pour sa création. Ce fonds doit devenir la cheville ouvrière de la renaissance du financement de la santé et de sa pérennisation.

La mise en œuvre de ces réformes nécessite donc des véritables instances autonomes de gestion. C'est suivant cette logique que nous proposons la création des offices régionaux de la santé: les offices régionaux de la santé et des services sociaux et les offices régionaux de

⁸ <http://www.comores-online.com/mwezinet/sante/images/trds.pdf>

l'assurance santé. Nous verrons respectivement l'organisation, le fonctionnement et les fonctions des offices régionaux de la santé et des services sociaux, des offices régionaux de l'assurance santé et enfin la place de la population et des collectivités régionales dans le système de santé dans la perspective d'un système de santé régionalisé.

3.2 Les offices régionaux de la santé et des services sociaux

3.2.1. Organisation et fonctionnement des offices régionaux de la santé et des services sociaux

Les offices régionaux de la santé et des services sociaux seront des structures autonomes de gestion du système de santé, ils sont conçus dans notre entendement pour se substituer aux associations gestionnaires des centres de santé de district (conseils d'administration des centres de santé de district) et aux comités villageois jusqu'à là chargés de la gestion du système de santé périphérique.

Cette régionalisation cherche à renforcer le palier local en lui dotant d'un réel pouvoir dans l'organisation du système de santé. Cette approche organisationnelle s'inscrit dans le principe de subsidiarité. Ces offices régionaux de la santé et des services sociaux seront dotés d'un conseil d'administration chargé de gérer l'ensemble des établissements publics de santé de premier recours, les centres de santé communautaires (CSC) et de première référence, les centres de santé provinciaux (CSP). Cette configuration qui consiste à regrouper les pouvoirs anciennement confiés aux associations gestionnaires et aux comités villageois de gestion des postes de santé vise à recadrer et à intégrer le système local de santé trop fragmenté. Responsables de la fourniture des soins à leurs populations respectives, les ORSSS s'associeront avec les offices régionaux de l'assurance santé pour déterminer les priorités locales, planifier et mieux coordonner la prestation des soins de santé.

3.2.2 Les fonctions des offices régionaux de la santé et des services sociaux

Conçus pour permettre d'enraciner les politiques de santé publique au niveau régional, les offices régionaux de la santé et des services sociaux doivent permettre de mieux identifier les besoins locaux de santé et d'adapter la prestation des services et des soins de santé à la population. Dans ce sens, les offices régionaux de la santé doivent remplir les missions suivantes:

- réaliser les diagnostics de santé de la population qu'il dessert avec l'appui technique des paliers supérieurs afin d'adapter la gamme de services et des soins de santé offerte aux besoins de la population;
- planifier et organiser l'offre de soins de santé locale en tenant compte des besoins locaux de santé et des normes érigées par les paliers national et insulaire. Ce processus de planification est illustré par la **figure 8**;
- fournir les soins de santé communautaires et secondaires complets à travers les centres de santé communautaires et les centres de santé provinciaux qui lui sont rattachés;
- faire la surveillance des maladies et de la couverture vaccinale à travers les fichiers de vaccination, des maladies à déclarations obligatoires (MADO) et d'hospitalisations. Ces données doivent être consignées dans leur registre de morbidité. Les offices régionaux doivent se doter aussi des fichiers des naissances et des décès qui serviront à mettre à jour le registre de mortalité des collectivités régionales. Cette surveillance doit permettre la mise en œuvre des stratégies ciblées à directives communautaires dans la lutte contre les maladies infectieuses;
- intégrer et faire de l'information, de l'éducation et de la communication, la pierre angulaire de la promotion de la santé et du bien-être;
- associer la population et les autorités administratives de la région à l'organisation de l'offre de soins;
- établir en concertation avec les offices régionaux de l'assurance santé les ressources financières allouées aux centres de santé communautaires et provinciaux.

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

Appelés à assumer plusieurs tâches dans la perspective d'un système de santé régionalisé, les ORSSS devront procéder à l'élaboration du plan régional de la prestation des services et des soins de santé en collaboration avec les divers acteurs du système.

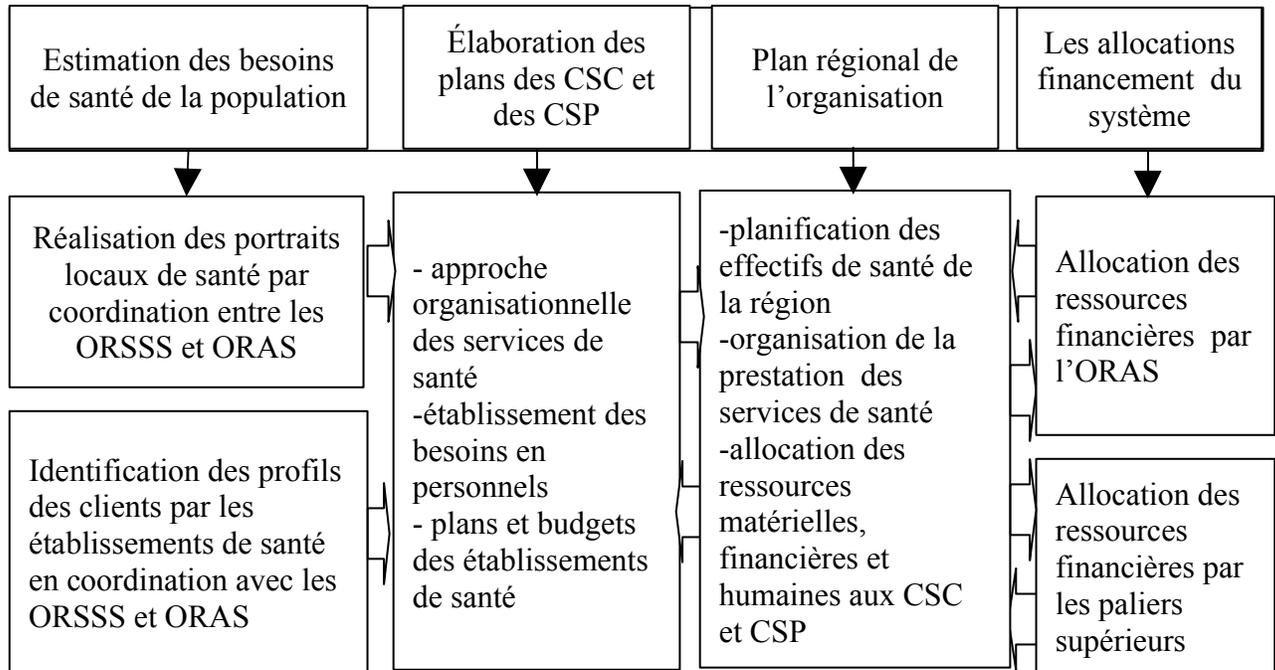


Figure 8 Les étapes de la planification de l'offre de soins régionale

Ce processus de la planification débutera par la réalisation des diagnostics locaux de santé. En fournissant les caractéristiques de la population et en identifiant les besoins locaux de santé, ces diagnostics orienteront:

- l'allocation des ressources financières tant par les paliers supérieurs que par l'office régional de l'assurance santé. Le financement de la prestation des soins au niveau régional doit combiner le financement axé sur la population et le financement axé sur les besoins de santé.

- l'organisation des prestations des soins de santé par les centres de santé communautaires et les centres de santé provinciaux qui leurs sont rattachés.

Responsables de la fourniture des soins dans leurs territoires, les ORSSS devront remplir les trois grandes fonctions suivantes: organiser l'offre publique de soins fournie par les CSC et CSP, intégrer l'offre privée de soins dans la distribution des services de santé et participer à la planification des ressources humaines en santé. Nous verrons respectivement ces trois grandes fonctions:

3.2 2.1 L'organisation de l'offre publique de soins de santé

Dans la conjoncture économique dans laquelle évolue le système de santé comorien marqué par le manque de ressources matérielles, humaines que financières; la réforme de l'offre de soins de santé va s'inscrire dans deux logiques:

- une logique de concentration géographique (rationalisation de la prestation des services et des soins de santé) des établissements des soins de santé;
- une logique populationnelle qui sous-entend que le paquet de services offert par l'établissement se fera sur la base des besoins de santé de la population qu'elle desserre.

Ces deux logiques ont guidé le découpage sanitaire territorial qui s'inspire en grande partie du modèle québécois. Nous proposons donc, un système de distribution de l'offre des services et des soins de santé de santé qui allie équité et qualité.

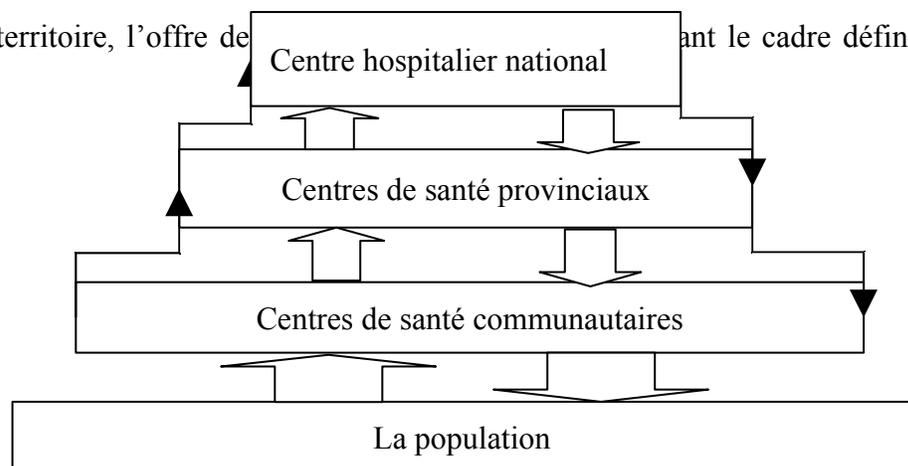
Ce système doit faire correspondre à chaque niveau du territoire, un niveau de soins qui tient compte des besoins de la population et des ressources disponibles. C'est à travers cette approche que nous appelons à la fusion et au regroupement des postes de santé en centres de santé afin d'assurer la viabilité de ces petits établissements. Ces centres de santé sont appelés à dispenser les soins de santé primaires et à être le premier réseau de contact de la population avec le système de santé.

La recherche d'un accès équitable aux services de santé et la quête de qualité des soins constituant le but de tout système de santé, nous ont conduits à opter pour une distribution et une hiérarchisation des services sur une base géographique dont l'échelon local se doit d'être renforcé. La détermination du paquet de services et de soins de santé entre les

typologies des établissements de santé se fera suivant le degré de technicité que requièrent les soins à offrir et le tout, dans une approche globale de santé. Ainsi le nouveau schéma de l'organisation des services de santé, se déclinera en trois territoires d'organisation de l'offre de soins de santé :

- *le territoire des centres de santé communautaires*, correspond à l'espace régionale et sous-régionale où s'organise la vie quotidienne de la population comorienne. Ce territoire est conçu pour être celui de l'offre de soins de santé de proximité par excellence. Cette offre de soins de proximité se fondera sur les soins de santé primaires tels qu'ils sont définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1978);
- *le territoire des centres de santé provinciaux*, constituera le territoire de l'interrégionalité, c'est-à-dire un échelon de regroupement pour certaines régions et des régions entières pour d'autres. Cet échelon qui correspond à quelques degrés près aux districts est appelé à subir quelques restructurations pour répondre à la logique de rationalisation poursuivie par la régionalisation. Il représentera l'espace de l'accès aux soins qui demande un certain niveau d'équipement en plateaux techniques;
- *le troisième territoire de l'offre de soins* sera représenté par le centre hospitalier national. Soucieux d'une meilleure distribution de l'offre de soins et d'une équité territoriale, nous proposerons à ce que le centre hospitalier national soit implanté sur les sites qui abritent les centres hospitaliers régionaux d'Anjouan et de Mohéli. Poursuivant dans la même pensée, l'implantation du CHN sur les trois îles autonomes renforcera la cohésion sociale et politique, ce qui favorisera la concertation de tous les échelons du système de santé.

Suite à ce maillage du territoire qui est bien éclairé dans l'annexe1 sur le découpage sanitaire du territoire, l'offre de soins sera organisée dans le cadre défini par la **figure 9**.



Comme il est décliné ci-dessus, les établissements de santé sont appelés à se constituer en réseau. Et dans un souci de rationalité de la gestion et d'amélioration de la viabilité des établissements de soins plusieurs regroupements seront recommandés car la conjoncture économique nous impose d'éviter l'émiettement des ressources dans des maints petits établissements.

Ainsi l'offre de soins de santé publique sera harmonisée et hiérarchisée suivant la typologie des établissements présentée à la figure 4 qui fait des centres de santé communautaires les portes d'entrée dans le système de soins.

❖ **Les centres de santé communautaires**

➤ *Le modèle d'organisation des centres de santé communautaires*

Le réseau des centres de santé communautaires ou réseau des soins de proximité sera régi par le modèle d'organisation communautaire intégré. Sensés faire de l'accessibilité, de la continuité et de l'intégration des soins de santé leur cheval de bataille, les centres de santé communautaires doivent privilégier la collaboration et l'intégration des services entre eux qu'avec les cabinets privés et les cliniques sanitaires du territoire aussi bien de leurs territoires que des autres territoires.

➤ *Le fonctionnement des centres de santé communautaires*

Placés sous l'autorité des offices régionaux de la santé et des services sociaux, les centres de santé communautaires n'auront pas de conseil d'administration propre comme c'est le cas actuellement. Ils doivent avoir une équipe la plus multidisciplinaire possible d'où la nécessité pour les centres de santé de participer à l'élaboration des plans des effectifs de santé. Ils auront à leur tête un directeur qui peut ne pas être un professionnel de santé. Vu le manque de professionnels de santé, il s'avère nécessaire que les tâches administratives soient confiées à des professionnels outre que des professionnels de santé. Le directeur doit

encourager le travail d'équipe afin qu'une prise en charge globale des patients puisse devenir la règle dans la prestation des services et soins de santé dans les CSC. Car il est reconnu que les systèmes de soins les plus performants ont à leur base une première ligne bien organisée et également performant⁹.

➤ *Le paquet de services et des soins de santé offert par les CSC*

Les CSC offriront aux populations de leurs territoires un paquet de soins de santé de base qui comprendra la vaccination, les soins de santé maternelle (les soins prénataux et postnataux) et infantile. Ils assureront aussi la surveillance de l'état nutritionnel, la croissance des enfants, ainsi que la surveillance de la couverture vaccinale. Les soins de la petite enfance doivent être renforcés afin de lutter contre les maladies de la petite enfance qui contribuent au maintien d'un taux élevé de mortalité infantile et infanto-juvénile. Seront aussi dispensés dans ces centres, les soins de santé scolaire (la surveillance de l'hygiène buccodentaire, la vision et l'ouïe). Ce service de la santé scolaire doit être en mesure d'éviter l'absentéisme fréquent et l'abandon, conséquences de l'absence de services de suivi de la santé des enfants. Conçus pour faire de la promotion et de la prévention le maillon fort de la chaîne sanitaire, les centres de santé devront mettre l'accent sur la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à travers le service jeunesse.

Pour assurer l'équité territoriale des soins, l'unité des soins curatifs, médicaux et infirmiers offrira à la population des visites médicales hebdomadaires à travers des consultations ambulatoires assurées par un système de rotation des médecins. Toutefois les interventions des centres de santé communautaires seront constituées nécessairement de soins préventifs et de promotion de la santé.

En grosso modo, les CSC doivent mettre en place l'approche de santé communautaire à savoir une approche à la dispensation de soins de santé ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation, [...], dispensées par une équipe multidisciplinaire et faisant largement appel à la participation populaire; ces services sont dispensés à des populations géographiquement

⁹ Dr Raynald Pineault <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/DRMG/DRMG.html>

définies à qui l'on fournit des soins de santé primaires, premier niveau d'un système régionalisé établi idéalement selon les principes de la planification participante et débouchant, à la limite, sur un service national de santé (Conill et O'Neill, 1984, p.172,) [tiré de (Lemieux V, 1994)]. Ce modèle de prise en charge saura assurer la continuité des soins et l'intégration des services et redynamisera le système de référence et contre-référence.

❖ Les centres de santé provinciaux

➤ *Le modèle d'organisation des centres de santé provinciaux*

Le réseau des centres de santé provinciaux doit privilégier la coordination et l'intégration des soins dispensés par les établissements qui le composent et veiller à la coordination des soins fournis par les centres de santé communautaires de son territoire. Vu de cet angle les centres de santé provinciaux doivent être en mesure de jouer le relais entre les territoires de l'offre de soins de proximité et le troisième niveau de l'offre de soins de santé.

➤ *Le fonctionnement des centres de santé provinciaux*

Gérés par les offices régionaux de la santé et des services sociaux sous la supervision directe du palier provincial, les centres de santé provinciaux auront une autonomie de gestion beaucoup plus large. Celle-ci doit leur permettre de bien définir les services de santé à offrir en fonction de leur «patientèle» et des soins de santé que solliciteront les offices régionaux de l'assurance santé de son territoire. Issus en grande partie des centres de santé de district actuels, les centres de santé provinciaux n'auront pas eux aussi un conseil d'administration propre, ils seront administrés par le conseil d'administration de l'office régional de la santé et des services sociaux de la région où ils sont implantés. Toutefois, les offices régionaux de la santé et des services sociaux dont les centres de santé communautaires sont rattachés aux centres de santé provinciaux seront eux aussi associés aux décisions qui seront prises. Cette conception est guidée par le souci d'éviter le morcellement du système de santé et d'aboutir à une meilleure intégration des prestations des services de santé.

➤ ***Le paquet de services et de soins de santé dispensé par les CSP.***

Le réseau des CSP est l'intermédiaire entre les centres de santé communautaires et le centre hospitalier national; ces centres de santé provinciaux seront le premier niveau d'hospitalisation et offriront à la population de son territoire d'installation des soins de santé communautaires. Les centres de santé provinciaux dispenseront en plus de cette gamme de services et de soins de santé communautaires, des soins médicaux de deuxième niveau tant à sa population directe que les populations dessertes par les centres de santé communautaires qui leur sont rattachés. En plus de ces soins, les CSP devront être en mesure de réaliser de services de diagnostics sanguines et biologiques, et doivent être dotés d'unité d'urgence où seront référés les patients des centres de santé communautaires. Le réseau des CSP doit aussi travailler en collaboration avec le centre hospitalier national afin qu'il puisse être apte à limiter les files d'attente au niveau de ce dernier. Cette configuration permettrait d'éviter au centre hospitalier national d'entreprendre des activités médicales souvent similaires à celles des centres de santé au lieu et à la place des soins médicaux d'hôpital de référence comme ça devait être le cas. Pour ce qui est de l'organisation et du fonctionnement du centre hospitalier national qui relève des paliers insulaires nous avons formulé une proposition d'organisation jointe en annexe 2.

Appelés à favoriser l'intégration du système de santé, les offices régionaux de la santé et des services sociaux devront aussi œuvrer pour faire participer le secteur privé à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de la population.

3.2.2.2 Mettre le secteur privé au service de l'amélioration de l'offre de soins de santé

Dans l'optique de la régionalisation du système de santé aux Comores, il paraît plus que nécessaire d'intégrer l'offre privée de soins dans l'organisation des services de santé. En effet, la régionalisation du système de santé doit tenir compte de ce secteur qui est en plein développement (SNU, 2001). Toutefois une grande partie de la population n'en bénéficie pas dans la mesure où elle tend à se regrouper au niveau de la capitale et dans les zones environnantes au détriment des régions rurales. C'est suivant cette logique que nous

proposerons des nouveaux mécanismes qui conditionneront l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. En effet, l'installation de nouveaux médecins doit être liée à la démographie médicale de la région. Elle doit aussi avoir l'aval des instances régionales de santé qui jugeront en fonction de l'offre régionale de santé. Dans la même veine, nous préconiserons la mise en place des cliniques sanitaires du territoire. Dans cette optique, le rôle de complémentarité des cliniques médicales associées et des groupes de médecine de famille du système de santé québécois renferme des pistes pour esquisser une approche organisationnelle du secteur privé aux Comores.

❖ Le concept de clinique sanitaire du territoire

L'objectif de cliniques sanitaires du territoire est de participer à la quête de l'équité territoriale en matière d'accès aux soins de santé et à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins. Pour cela les médecins libéraux seront incités à regrouper leurs plateaux techniques pour former les cliniques sanitaires du territoire.

➤ *L'organisation des cliniques sanitaires du territoire et son fonctionnement*

Nées d'un regroupement des cabinets médicaux se trouvant dans une région ou incitées à s'y implanter suivant le découpage sanitaire du territoire, les cliniques sanitaires du territoire seront appelées à gérer la demande des soins de santé des patients qui seront appelés à s'inscrire sur leurs listes. Ces cliniques médico-sociales fourniront des soins de médecine générale et des soins de spécialités à la population. Elles s'engageront à joindre aux soins médicaux, des pratiques préventives et sociales, et à assurer un suivi continu de leurs patients et de ceux référés par les établissements publics de santé. Ces groupements seront appelés à travailler en collaboration avec les instances régionales de santé et particulièrement des offices régionaux de l'assurance santé. En effet, les offices régionaux de l'assurance santé devront référer leurs assurés à travers des accords signés avec les cliniques sanitaires du territoire.

Cette innovation en matière d'organisation et de coordination entre les secteurs privé et public va permettre de combler le déficit d'accès aux soins médicaux du à l'abîme en

matière de démographie médicale et à faire participer l'offre privée à l'amélioration de l'état de santé de la population.

➤ *Les mécanismes incitatifs au regroupement*

La mise en place de ce type de cliniques nécessite une collaboration accrue de l'ensemble des acteurs sanitaires au premier desquels les autorités sanitaires centrales. Celles-ci doivent ainsi adopter des mécanismes incitatifs comme l'exonération d'impôts pour une période bien déterminée, pour les groupes de médecins qui accepteront de s'installer dans les régions rurales. En outre les instances régionales de santé doivent inciter les cliniques sanitaires du territoire à venir s'y installer afin d'augmenter l'offre de soins de santé dans leur territoire. D'autres mécanismes peuvent être mis en œuvre, comme l'affectation par les paliers national et provincial des professionnels paramédicaux et administratifs à ces regroupements. Les paliers national et provincial peuvent aussi adopter une indemnité sanitaire régionale de ruralité pour les professionnels acceptant de s'implanter dans les zones rurales. La logique qui sera poursuivie par notre projet de régionalisation est de s'appuyer sur l'expansion du secteur privé pour atteindre l'équité territoriale en matière d'accès aux soins de santé.

Cette équité territoriale doit être aussi atteinte en matière de distribution territoriale des professionnels de santé. C'est dans cette optique que les offices régionaux de la santé et des services sociaux auront aussi comme mission principale de participer à la planification des effectifs de santé.

3.2.2.3 Participer au processus de planification des effectifs de santé

❖ *La politique de répartition des effectifs sanitaires*

Souhaitant atteindre une répartition équitable des effectifs de santé dans l'ensemble du territoire, notre projet de régionalisation compte introduire une logique tridimensionnelle de planification des professionnels de santé. Cette logique sous-entend que chaque palier de soins doit déterminer les effectifs nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé qui lui sont rattachés. Cette approche se traduira donc par la mise en place d'une

planification régionalisée des effectifs de santé. Ainsi les offices régionaux de la santé et des services sociaux seront amenés à établir leurs besoins qui doivent découler des plans des centres de santé communautaires et provinciaux. Parallèlement à cela, une planification au niveau insulaire (provincial) doit être faite pour soutenir la planification régionale et pour orienter la planification au niveau national.

Dans cette lancée et afin de remédier à la répartition inégale des professionnels de santé et au manque de personnels, les ORSSS devront proposer à ce que d'autres mécanismes soient associés à la répartition des ressources humaines. Il s'agira d'inciter les îles à adopter un système de rotation régionale des professionnels de santé (SRRPS) en particulier les médecins. L'implication des offices au processus de planification est à nos yeux la seule en mesure de déceler à temps les disparités territoriales en matière de professionnels de santé et de fonder la répartition sur les besoins réels des établissements de santé.

❖ *Participer à la politique de formation des professionnels de santé*

Dans la même optique, les offices régionaux de la santé et des services sociaux devront collaborer avec l'école nationale de médecine et de santé publique (ENMSP) afin qu'elle puisse les épauler dans la démarche visant une répartition territoriale équitable des professionnels de santé. L'ENMSP peut donc fonder la sélection d'admission sur une base territoriale, régionale et insulaire. Cela sous-entend qu'à compétences égales, une priorité peut être accordée aux candidats issus des régions et des îles ayant une démographie «sanitaire» en dessous des normes nationales et de la moyenne observée au niveau régional et provincial (insulaire). Cette priorité peut aussi être accordée aux candidats disposés à travailler dans les régions et les îles présentant un déficit en personnels de santé.

Dans le même ordre d'idée, les offices devront participer à la formation en incitant l'école nationale à régionaliser les stages au cours de la formation afin d'habituer les étudiants aux conditions de travail qui prévalent dans l'ensemble des régions. Ces mesures peuvent être appuyées par la mise en place d'une sorte de service national de santé pour l'ensemble des effectifs sanitaires tant ceux formés aux pays que ceux formés à l'extérieur. La durée et les conditions de son application seront fixées en commun accord avec les professionnels de

santé. Ce service national conditionnera le droit à l'exercice des diverses professions relatives à la santé.

Comme la planification des effectifs sanitaires, le projet de régionalisation a en toile de mire la réforme du système de financement de la santé. En effet la garantie de la viabilité des centres de santé communautaires et provinciaux et par là la réussite de notre projet de régionalisation passe la mise en place d'un système de financement pérenne du système de santé. C'est pour ces raisons que nous proposerons la mise en place des offices régionaux de l'assurance santé. Cela implique une réforme du financement du système de santé, l'adoption d'une approche régionalisée du financement et le regroupement sur une base régionale des mutuelles de santé.

3.3 Les offices régionaux de l'assurance santé

Soucieux de garantir à ces nouvelles instances régionales un financement durable, nous verrons dans cette partie en premier lieu les leviers favorisant le financement pérenne à savoir la diversification des sources de financement et l'adoption d'une approche régionalisée du financement de la santé et la fusion des mutuelles de santé. Après ces leviers nous éluciderons l'organisation, le fonctionnement et les fonctions qui seront assumées par les offices régionaux de l'assurance santé.

3.3.1 La réforme du financement: vers une approche régionalisée du financement

Dans un pays où les ressources financières allouées par l'État à la santé ne font que dégringoler et où la population est classée parmi les plus pauvres (54,7% de la population totale est classée pauvre) (MPAEU, 2005) la question du financement des soins de santé et de la gestion du risque maladie se pose avec plus d'acuité. Ce constat nous a conduit à analyser le système de protection sociale mis sur pied au Québec et dans d'autres pays et à réfléchir sur des mécanismes pouvant pérenniser le financement du système de santé et jeter les fondements d'un véritable système de protection sociale. Ce renouveau du financement de la santé s'avère pressante d'autant que l'économie comorienne est fortement prédominée par le secteur informel, ce qui rend difficile du moins dans le cours

terme un financement de la santé par les impôts sur les revenus ou les cotisations au régime d'assurance maladie comme le font les pays développés. Devant une telle conjoncture socioéconomique, le recours au capital social sous-entendait par là les grands-mariages¹⁰ et autres composantes de l'organisation sociale des Comores, constitue une source pouvant assurer un financement durable de la santé. S'inscrivant dans une nation riche d'une solidarité sociale, notre projet propose d'accroître et d'innover le financement de la santé en se fondant sur ce capital social. En effet, l'existence de mécanismes de solidarité au sein de la société permet d'assurer une certaine redistribution des revenus atténuant ainsi les effets dramatiques de la pauvreté (MPAEU, 2005). En outre, aux Comores les activités se rapportant au capital social et particulièrement les grands-mariages frôlent chaque année les 5 à 6 milliards de franc comorien (Dubois JL, 1998) environ une dizaine de millions d'euros. C'est suivant cette logique que la politique de régionalisation propose la création d'un impôt territorial de santé. Cet impôt collectif régional prélevé sur le capital social se déclinera en deux grandes composantes:

- l'impôt territorial de soins de santé, conçu pour faciliter l'accessibilité financière aux services et aux soins de santé proprement dits;
- l'impôt territorial de l'hygiène publique, sensé comme son nom l'indique, participer au financement des services d'hygiène publique qui sont actuellement à l'agonie.

En effet, la composante de l'impôt territorial de la santé (ITS) consacrée l'hygiène publique doit servir à faire face à l'état déplorable des services d'hygiène dans un pays où le profil épidémiologique est prédominé par les maladies dues aux mauvaises conditions d'hygiène. Il sera cogéré par les ORSSS et les autorités administratives des collectivités régionales pour financer les activités d'assainissement et les campagnes promotion des comportements sains, aptes à maintenir une salubrité publique.

Quant à sa partie consacrée aux soins de santé, elle se donne comme objectif de permettre l'égal accès de toute la population, sans restriction financière à des soins de qualité dans le cadre d'un financement solidaire et équitable.

En effet l'impôt territorial de santé est conçu pour intégrer et faire contribuer le secteur informel au financement de la santé et aussi pour encadrer et réorganiser la participation communautaire au financement des soins de santé qui talonne de près le budget de l'État

¹⁰ Le grand-mariage est une tradition coutumière qui constitue une véritable institution sociale. Son accomplissement permet aux mariés d'atteindre le summum de l'organisation sociale et confère le statut de notable au mari.

alloué à la santé. L'impôt territorial de santé doit permettre d'alléger la charge financière consacrée aux soins de santé qui pèse sur les ménages et d'éviter l'exclusion d'une frange importante de la population aux soins de santé.

Afin de soutenir cette fiscalité locale destinée à participer à l'amélioration du système de financement de la santé et garantir un financement stable et équitable, nous plaiderons pour la création d'un fonds de développement sociosanitaire. La **figure 10** montre la conception de ce nouveau modèle de financement de la santé.

Le financement de ce fonds d'assurance sociosanitaire sera assuré par l'impôt territorial de santé, le budget du ministère de la santé et les impôts sur les entreprises/sociétés nationales, provinciales (insulaires) qui seront appelées à contribuer au financement de ce fonds nationale de solidarité pour un meilleur accès aux soins de santé.

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

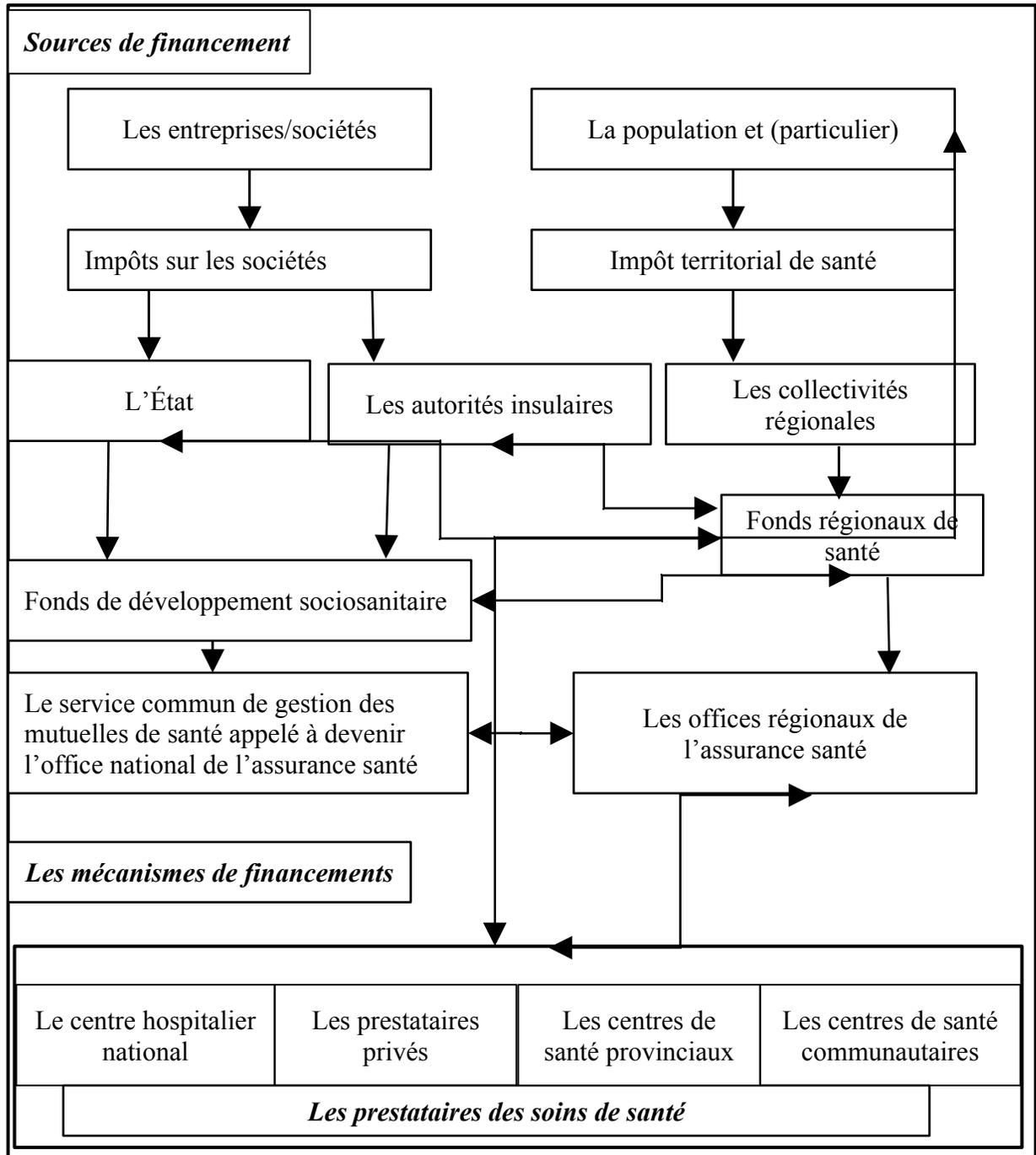


Figure 10 Le nouveau modèle de financement de la santé

Cette nouvelle conception du financement de la santé préconisée par notre projet de régionalisation du système de santé, nécessitera pour sa mise en œuvre et sa réussite une réorganisation de la gestion du risque maladie. Cette réorganisation passera par une restructuration profonde et une rationalisation des organisations en charge de la gestion du risque maladie.

3.3.2 La réforme des mutuelles de santé: des mutuelles aux offices régionaux de l'assurance santé.

La pérennisation de notre système de soins de santé passe bien sûr par la réforme du système de financement de la santé et particulièrement du concept de partage du risque jusqu'à là appliqué. Il est ici question des mutuelles de santé villageoises. Dans ce sens, la régionalisation du système de santé constituera une opportunité pour promouvoir une nouvelle approche du partage de risque maladie. En effet, le système mutualiste, caractérisé par une multitude de petites organisations villageoises de gestion du risque maladie a montré ses limites par la faiblesse de la population couverte et par sa viabilité financière qui demeure très fragile. Partant de ce constat, nous proposerons le regroupement sur une base régionale des mutuelles de santé villageoises actuellement en place dans la majeure partie des régions en une seule instance régionale de gestion du risque maladie.

Cette approche configurationnelle est guidée par le fait qu'il est démontré que «les régimes trop petits, qui ne comptent que quelques centaines de membres, ne permettent pas un regroupement des risques suffisamment grand pour assurer les membres de façon adéquate» et qu'«il faut donc préférer des regroupements plus larges, par exemple par la création d'un organisme fédérateur ou d'un réseau de régimes d'assurance-maladie communautaires» (Carrin G, 2003). La fusion des mutuelles répondra aux besoins de rationalisation du système de soins de santé qu'aspire la régionalisation. Cette fusion nous permettra de doter le système local d'une structure viable et pérenne de gestion du risque maladie et par là même améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé pour la population.

3.3.3 L'organisation et les fonctions des offices régionaux de l'assurance santé

3.3.3.1. L'organisation du concept des offices régionaux de l'assurance santé

Instances régionales en charge de la gestion du risque maladie, les offices régionaux de l'assurance santé seront des organismes publics cogérés par des représentants de l'État (ONAS) et les délégués de la population. Cette voie permettra d'institutionnaliser et de rendre opérationnelle et effective la solidarité comorienne qui est une valeur sûre de cette société. La mise au service de la santé de population, de la solidarité nationale par le développement des mécanismes de financement collectif de la santé permettrait à celle-ci de mériter sa place dans la devise de la république comorienne dont elle fait partie à côté de l'unité et du développement. Le concept d'assurance santé trouve son sens dans le fait que l'impôt territorial de santé prend en compte aussi bien la salubrité publique, un axe primordial pour la promotion de la santé et le bien-être que les soins de santé proprement dits.

3.3.3.2 Composition et fonctionnement des offices régionaux de l'assurance santé

Gestionnaire des deniers de la population locale, cette dernière doit être majoritairement représentée au sein des offices régionaux de l'assurance santé. Ces représentants de la population désignés d'une manière démocratique par les localités formant la région, seront associés à des personnes nommées par les autorités insulaires et nationales. En effet dans un pays où la population accorde «peu de confiance» aux autorités en matière de gestion des finances publiques le soutien et l'adhésion de la population à l'idée d'une instance de gestion du risque maladie, ne peuvent s'acquérir qu'en confiant la gestion des fonds locaux à des personnes indépendamment désignées par la population et qui leur seront imputables. Dans l'accomplissement de sa mission, les offices régionaux de l'assurance santé disposeront d'une grande autonomie de gestion et devront travailler en collaboration avec:

- les offices régionaux de la santé et des services sociaux, dans l'élaboration des contrats avec les établissements de santé qui sont sous sa tutelle pour les soins de santé de ses affiliés et la surveillance de la qualité des soins dispensés à ses assurés.
- les autorités insulaires (provinciales) en charge de la santé pour les soins de santé dispensés par le centre hospitalier national.

- le service commun de gestion des mutuelles de santé que nous plaiderons pour sa transformation en un véritable organisme national de gestion du risque maladie et qui peut être dénommé office national de l'assurance santé (ONAS).

Les offices régionaux de l'assurance santé doivent avec l'ONAS, définir les critères d'allocation et de transfert des fonds. En effet, pour garantir l'équité du financement et l'accès aux soins dans l'ensemble du territoire et prévenir des possibles inégalités territoriales (régionales et insulaires) de santé; des allocations provinciales et nationales doivent être versées aux offices régionaux de l'assurance santé à travers un système de péréquation fondé sur des critères démographiques, sanitaires et économiques. Ces transferts préviendront du fonds de développement socio-sanitaire qui est conçu pour parer aux inégalités territoriales.

3.3.3.3 Les fonctions et les responsabilités des offices régionaux de l'assurance santé

En tant qu'organisme charnière du projet de régionalisation, les offices régionaux de l'assurance santé seront chargés des tâches suivantes:

- Organiser et coordonner la collecte de l'impôt territorial de santé pour couvrir les charges afférentes aux risques de santé de ses assurés. Et donc, gérer les fonds régionaux de santé alimentés par la partie de l'ITS consacrée aux soins de santé.
- Acheteur des soins de santé, l'ORAS, doit signer les contrats avec l'office régional de la santé et des services sociaux de son territoire, qui est gestionnaire des CSC et des CSP et avec d'autres offices régionaux de la santé et des services sociaux si les soins ne sont pas disponibles dans son territoire. Suivant cette approche, le financement des établissements de santé se fera en fonction des services offerts par ces derniers aux assurés de l'ORAS et celui-ci réalisera des contrôles sur la qualité des soins dispensés à ses assurés.
- Négocier avec l'office national de l'assurance santé les modes de rémunération. En effet, dans le contexte de pénurie de professionnels de santé et particulièrement les médecins, la politique de régionalisation propose à ce que soit associé au mode salarial, la rémunération par capitation afin que l'ensemble de la population puisse avoir accès au personnel médical. Delà, la rémunération du personnel médical sera

fonction du nombre de patients inscrit sur sa liste. Cette approche, nous semble être un moyen d'augmenter l'accès aux soins et particulièrement l'accès à l'offre privée. Appelés à jouer un rôle clé dans notre politique de régionalisation qui opte pour le passage d'un système mutualiste volontaire à un système obligatoire financé entre autre par la fiscalité nationale, les impôts sur les sociétés et l'impôt territorial de santé, les ORAS auront en charge l'élaboration des mécanismes de prélèvement de l'impôt territorial de santé. Ceci nous amène à présenter une ébauche des mécanismes de prélèvement de l'ITS. Organisé en deux grandes périodes de l'année, après le pèlerinage à la Mecque et durant les mois de juin-juillet et Août qui correspondent à la période des vacances de la diaspora comorienne en France, le grand-mariage (Anda) qui est la principale composante du capital social doit orienter les dates de prélèvements des fonds par les ORAS. Le prélèvement de l'impôt territorial de santé qui sera donc un impôt semestriel, peut se faire durant la période de déroulement des festivités des grands-mariages comme il est de coutume pour l'ensemble des initiatives de développement socioéconomique. Et pour le contrôle de la collecte de l'impôt territorial de santé, les mécanismes traditionnels de règlement des conflits sociaux doivent être techniquement améliorés pour servir comme outils de surveillance. Pour ce qui est du taux d'imposition, il doit être en fonction des critères démographiques, socioéconomiques et de la diaspora comorienne en France. Les offices régionaux de l'assurance santé impulseront donc une nouvelle politique de gestion du risque maladie (**voir figure 11**) par la mise en commun des ressources et le regroupement des risques qui amèneront à un recours équitable aux services de santé. Ces derniers seront offerts à la population à travers les contrats signés entre les ORAS, l'ORSSS et les autorités insulaires comme le montre la figure suivante.

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

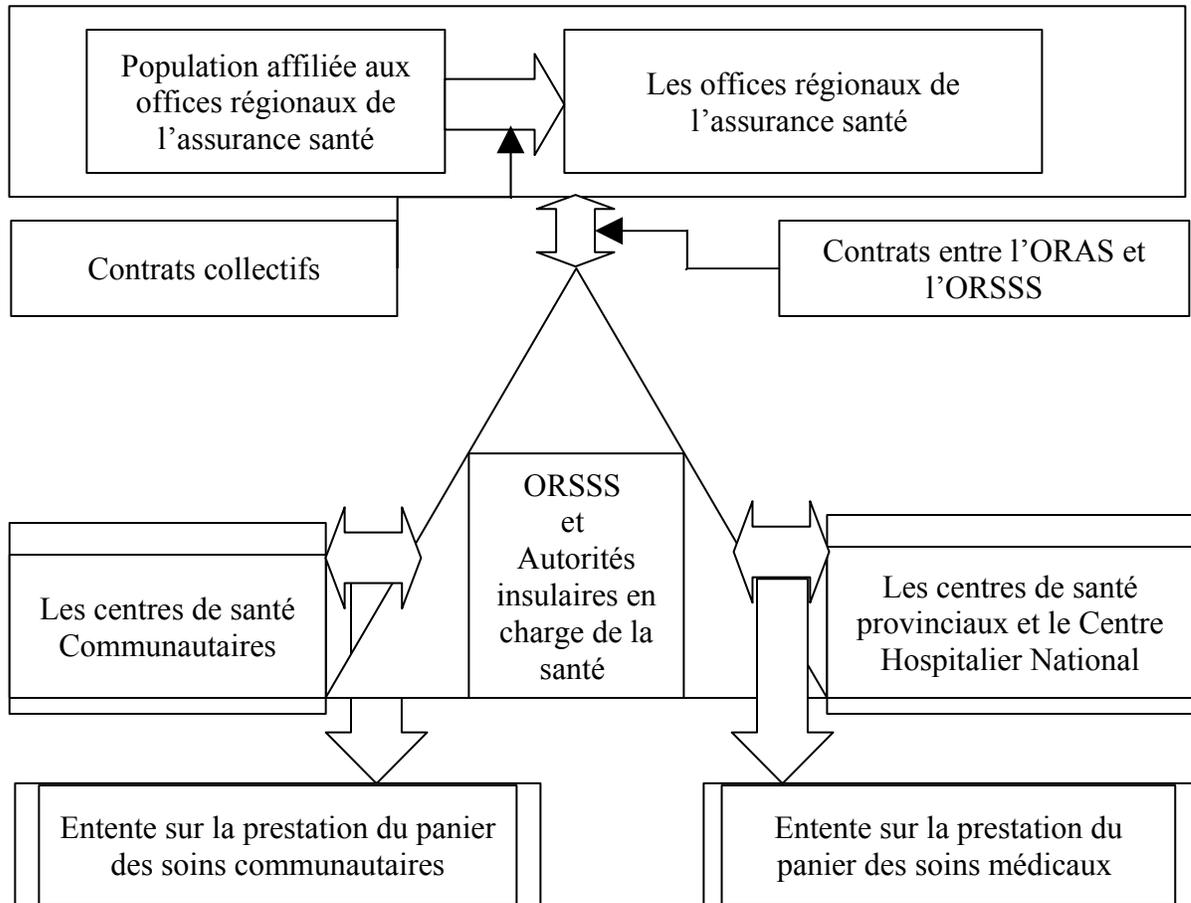


Figure 9 Les mécanismes d'achats des soins par les offices régionaux de l'assurance santé.

Le panier des soins de santé qui sera pris en charge par les offices régionaux de l'assurance santé sera déterminé en commun accord avec la population afin d'établir une relation de confiance. Toutefois, cette approche n'a pas seulement comme avantage la confiance de la

population, elle permettra de connaître les besoins de santé les plus récurrents. Cela aidera à la planification de l'offre de soins et évitera la production des services et des soins qu'ils ne correspondent pas aux besoins de la population desservie. Comme nous le voyons, les contours du financement de la santé que compte mettre en place la politique de régionalisation s'orientent vers le modèle de Beveridge. Ce système de protection sociale qui privilégie la justice sociale et l'équité, est à nos yeux, celui qui s'aurait rimé avec les valeurs de la société comorienne. En effet, comme le souligne Didier Tabuteau, « l'équité du financement est en matière de santé non seulement une question de rationalisation des décisions publiques mais également une exigence éthique » (CES, 2004).

L'aboutissement de la réforme du financement de la santé et de l'organisation la gestion du risque maladie ainsi que celles de la territorialisation de l'offre de soins et de la planification des ressources illustrées par **la figure 12** sauront assurer à nos yeux la qualité des soins de santé dispensés à la population qui constitue la principale vocation de notre projet de régionalisation.

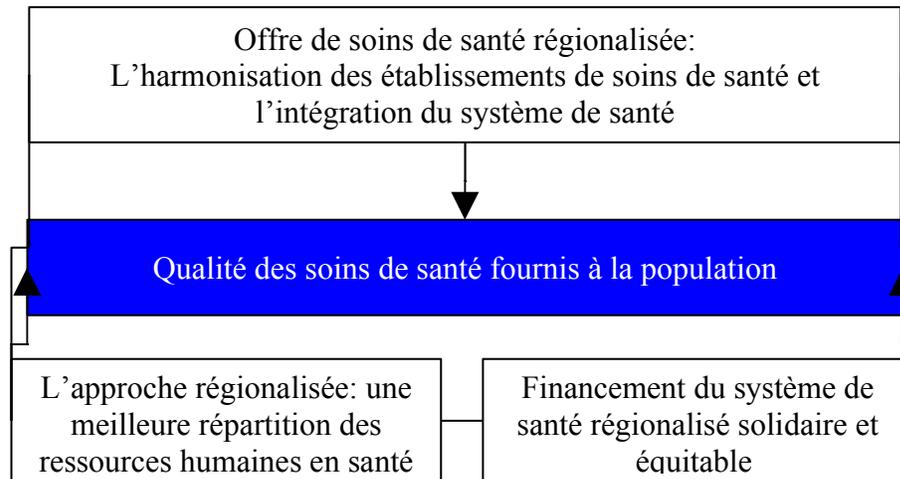


Figure 10 les principaux facteurs influençant la qualité des soins.

L'amélioration de la qualité des soins de santé constituera un véritable leitmotiv pour obtenir le soutien financier et l'engagement de la population en faveur au système de santé.

3.4 Place de la population et des collectivités locales dans le système de santé

3.4.1 L'organisation de l'engagement communautaire

S'inscrivant dans la logique de la vocation qu'il s'est donné, notre projet de régionalisation propose une nouvelle conception de la participation communautaire au système de santé. Celle-ci s'avère nécessaire d'autant que la population a l'engouement de se prendre en charge. Sa contribution au financement de la santé a été évaluée en 2001 près de 536 millions de francs comoriens soit environ 1,2 million d'Euro (Ben Achiraf S.O et al, 2001). Dominées par une multitude d'associations villageoises gérant les postes de santé et les centres de santé de districts, les initiatives de la population en matière de santé se trouvent ainsi dispersées et non organisées. Cette situation nous a conduit à proposer la mise en place d'un véritable engagement communautaire pour le développement sanitaire (ECDS). Défini comme étant la participation locale à la conception et à l'exécution des prestations sanitaires, l'engagement communautaire pour le développement sanitaire (Oakley P, 1989) se traduira pour le cas du système de santé comorien, par la création au niveau de chaque région d'une association régionale de santé qui œuvrera pour la promotion de la santé. Cette assemblée régionale de santé regroupera l'ensemble des associations villageoises œuvrant dans le domaine du développement local et deviendra ainsi la porte parole des localités de la région en matière de santé. Composée par les représentants des localités de la région, cette assemblée à caractère bénévole sera dotée d'instances chargées de suivre l'évolution des politiques de santé.

Ces instances dirigeantes seront donc associées au processus décisionnel en matière de santé et auront les pouvoirs suivants:

- désigner les membres qui vont siéger dans les offices régionaux de santé (ORAS et ORSSS), ainsi, la population sera associée à toutes les décisions qui seront prises par ces dernières;
- participer à la définition de l'offre de soins de santé de leurs régions respectives;
- signer les contrats collectifs avec les offices régionaux de l'assurance santé;
- négocier le panier des soins qui sera assuré par les offices régionaux de l'assurance santé en fonction des souhaits de la population;

- encourager et sensibiliser les localités sur la nécessité du versement régulier de l'impôt territorial de santé;
- sensibiliser la population sur les questions de santé (IEC) en collaboration avec les centres de santé communautaires et provinciaux par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé et des services sociaux

Cette approche configurationnelle saura renforcer la dynamique participative et facilitera la prise en compte des réalités locales dans l'organisation du système de santé. Ce partenariat entre la population et les instances régionales de santé permettra une meilleure appropriation des politiques publiques de santé qui seront suite à cette approche, déclinées en fonctions des collectivités décentralisées locales.

3.4.2 Les collectivités régionales et l'action sociosanitaire

Se voulant d'être le système de santé de proximité, notre projet de régionalisation voit dans les collectivités locales une opportunité pour renforcer et placer l'approche préventive au cœur du système de santé. Il est en effet reconnu que pour être performant, un système de santé a besoin à ce que la prévention soit la pierre angulaire de ses interventions. Ceci est d'autant plus vrai, dans un contexte comme celui des Comores où le profil épidémiologique est dominé par les maladies dues au manque d'hygiène. C'est dans ce sens que notre projet prévoit d'accorder aux collectivités locales, la partie de l'impôt territorial de santé consacrée à l'hygiène afin qu'elles relancent les services d'assainissements. Ainsi les collectivités locales décentralisées travailleront dans une étroite collaboration avec les instances régionales de santé pour l'amélioration de l'hygiène publique et pourront être appelées appeler à assumer pour le compte de la santé publique les tâches suivantes:

- la surveillance de la qualité et de la salubrité des repas communautaires organisés lors des festivités des grands- mariages;
- participer à la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires par des mesures de désinfections des endroits et places suspects;
- l'évacuation des ordures ménagères et des eaux usées;
- le contrôle de la qualité de l'eau des citernes collectives

Comme nous le voyons, notre projet de régionalisation est une politique ambitieuse impliquant divers acteurs et plusieurs stratégies intersectorielles dont la meilleure coordination dans sa mise en œuvre constituera la condition sine qua non de sa réussite.

Chapitre 4

CHAPITRE-4 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ COMORIEN

4.1 Objectifs, vision et motivations du projet de régionalisation

Ayant vu en large les propositions et les mécanismes devant régir le système de santé comorien dans une perspective de régionalisation. Nous présenterons dans ce chapitre un bref rappel de l'objectif, de la finalité, la vision et les motivations de notre projet. Ensuite, nous décrirons le processus de mise en œuvre du projet de régionalisation et enfin les suggestions pouvant faciliter son implantation.

4.1.1 L'objectif général et la finalité du projet de régionalisation

Notre projet se donne comme objectif de mettre en place une régionalisation du système de santé comorien d'ici 2013; et ce afin d'assurer à l'ensemble de la population un accès universel et équitable à des soins de santé de qualité.

Pour atteindre son objectif et par de là sa finalité, le projet se fixe trois objectifs spécifiques:

- Créer des offices régionaux de la santé et des services sociaux;
- Mettre en place un système régionalisé solidaire et équitable de gestion du risque maladie par la création des offices régionaux de l'assurance santé;

- Assurer une répartition équitable des professionnels de santé sur une base régionale.

Ces trois objectifs seront soutenus par l'implication de la population et des collectivités régionales. Nous présenterons sous forme d'objectif spécifique dans le cadre logique, la démarche de mobilisation et d'organisation de la participation de la population et des collectivités régionales à la gestion du système de santé.

4.1.2 La vision du projet de régionalisation

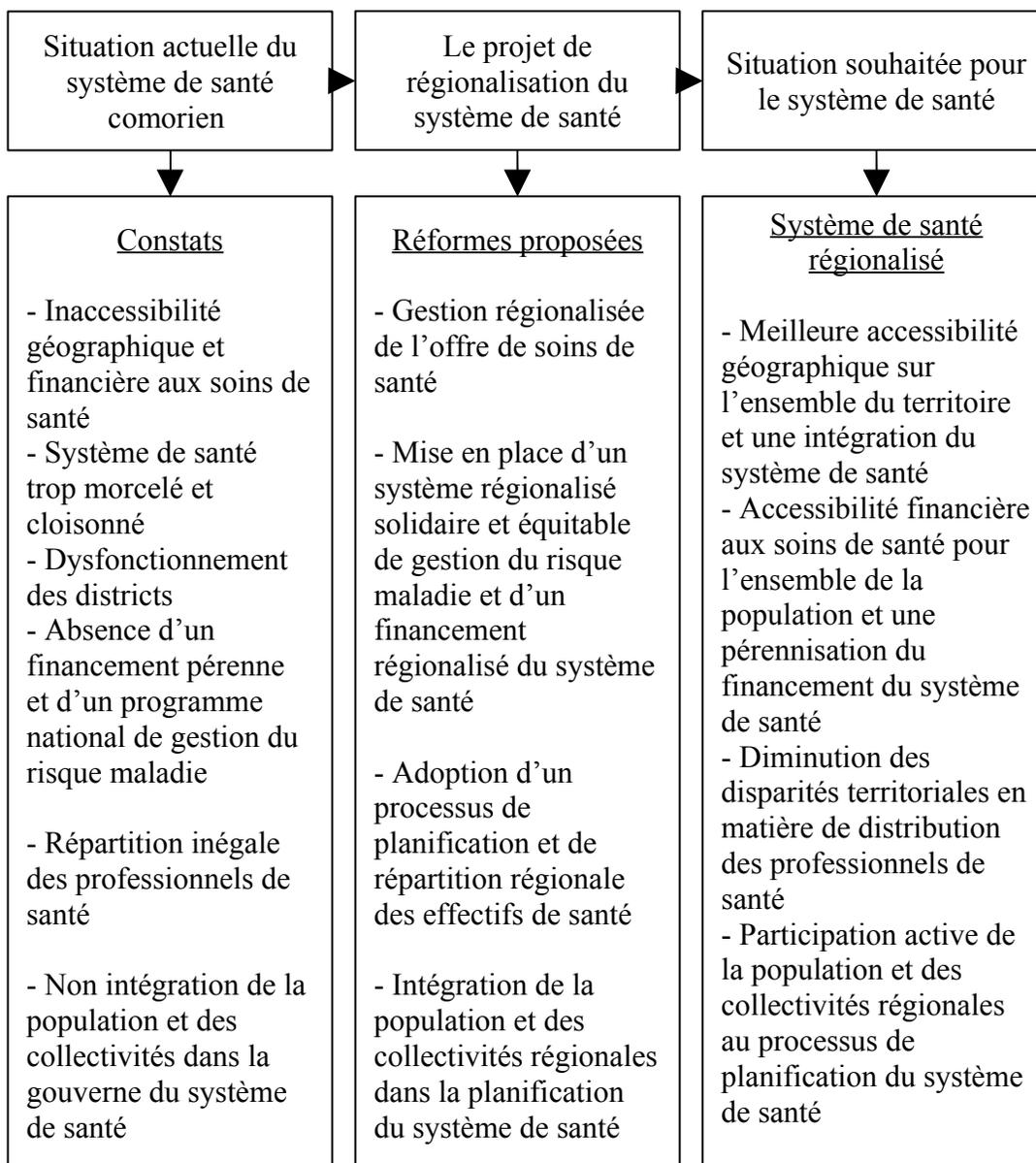
Notre projet de régionalisation aspire à rendre le système de santé intégré et à baser la prestation des services et des soins de santé sur les besoins de la population. Cette intégration est à nos yeux une condition sine qua non à l'amélioration de la qualité des services et des soins de santé dispensés à la population. Pour cela, notre projet de régionalisation compte associer et impliquer énormément la population et les collectivités régionales dans l'élaboration et l'organisation du système de soins de santé. Ces dernières doivent contribuer à jeter les bases d'un système de santé orienté vers la prévention et la promotion de la santé. Elles doivent aussi contribuer à l'émergence d'un système de santé apte à assurer la disponibilité des soins dans l'ensemble du territoire ainsi que leur abordabilité par l'ensemble de la population.

4.1.3 Motifs du projet de régionalisation

Le système de santé comorien fait face à maints dysfonctionnements et particulièrement le niveau périphérique. Ce dernier ne remplit plus sa mission de promotion de la santé et se caractérise par un accès limité aux soins et un taux très faible de fréquentation du à la baisse de la qualité des soins dispensés. C'est pourquoi, nous comptons mettre en œuvre ce projet afin de remédier à cette urgence sanitaire, soutenir les acquis sociosanitaires (augmentation de l'espérance de vie et la réduction de la mortalité materno-infantile) et adapter le système à la nouvelle orientation institutionnelle du pays. Signalons que notre projet de régionalisation est conçu pour remplacer les districts sanitaires qui représentent dans le contexte comorien le niveau local du système de santé comorien. Ce projet de

régionalisation concerne donc le palier local d'où l'usage du mot local à la place de régional dans certaines parties. Les motivations, les propositions ainsi que les buts du projet de régionalisation sont élucidées par le **tableau XI**

Tableau XI Motivations, propositions et buts du projet de régionalisation



4.2 Le processus de la mise en œuvre du projet de régionalisation

Le processus de la mise en place de la régionalisation du système de santé comorien se fera selon un cadre gradué en quatre temps: une phase préliminaire, le court terme, le moyen et le long terme.

- la phase préliminaire: présentation du projet aux autorités nationales, aux institutions internationales présentes aux Comores et autres possibles partenaires;
- le court terme: composition de la structure organisationnelle qui mettra en œuvre le projet, répartition des tâches et adoption des lois mettant en place la régionalisation;
- le moyen terme: début de la mise en place de la régionalisation;
- le long terme: observation des structures régionales, généralisation à l'ensemble du territoire et mesure des impacts du projet sur l'état de santé et le bien-être de la population.

Ce rythme progressif est dicté par le souci de permettre une meilleure appropriation des nouveaux mécanismes et surtout pour mieux mobiliser les ressources.

4.2.1 Le déroulement de l'opérationnalisation

La démarche d'opérationnalisation de notre projet débutera par une prise de contact avec les autorités nationales, les institutions du système des Nations Unies présentes aux Comores, et autres organisations tant nationales qu'internationales. Cette étape nous permettra d'identifier les partenaires du projet et de réunir donc les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au bon déroulement de l'implantation de la régionalisation. Le tableau XII fournit une liste provisoire des principaux partenaires et leurs rôles dans la mise en œuvre du projet.

Tableau XII Liste provisoire des principaux partenaires et leurs rôles dans la mise en œuvre du projet.

Principaux partenaires	Rôles
1. La vice-présidence chargée du ministère de la santé: la direction nationale de la santé	- Appui institutionnel, organisationnel et financier du projet: révision des lois sur la santé et adoption des nouveaux textes.
2. Les ministères de la santé des îles: les directions générales de la santé des trois îles	- Suppression des districts et adoption des nouveaux textes mettant en place les offices régionaux de la santé et soutien financier.
3. Le ministère de l'éducation nationale: les circonscriptions d'inspection pédagogique régionale	- Apporter l'expertise acquise à travers l'organisation et le fonctionnement des Circonscriptions d'inspection pédagogique régionale.
4. Les autorités régionales: les préfets des régions et les présidents des conseils régionaux	- Sensibiliser les employés des préfectures et des conseils régionaux ainsi que la population. - Mobiliser et préparer les ressources régionales.
5. Organisation mondiale de la santé /Comores	- Apporter le soutien technique et financier au projet - Sensibiliser les autorités nationales et insulaires
6. Le PNUD et autres institutions du système des Nations Unies/Comores	- Soutenir financièrement et techniquement le projet - Sensibiliser les associations communautaires à travers son programme AMIE ¹¹ .
7. Le Centre international pour le développement et la recherche (CIDR)	- Apporter l'expertise acquise à travers son programme de création des mutuelles de santé villageoises.
8. L'ambassade de la Chine	- Soutenir techniquement et financièrement le projet - Augmenter l'effectif de ses médecins coopérants - Participer à la formation du personnel médical et administratif des offices régionaux de la santé.
9. L'ambassade de la France	- Soutenir financièrement et techniquement le projet - Former le personnel des offices régionaux et renforcer la coopération de la DRASS Réunionnaise avec l'ENMSP.
10. La diaspora comorienne en France et La notabilité	- Mobiliser la diaspora pour pérenniser le financement de la santé et faciliter le regroupement des mutuelles de santé et les associations communautaires.
11. L'université des Comores: faculté	- Former les futures gestionnaires des offices

¹¹ Appui à la création des Micro et petites Entreprises : un projet du Programme des nations unies pour le développement/Comores

*Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de
l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec*

d'administration économique et sociale et l'ENMSP	régionaux de la santé et des CSC et les CSP - Renforcer la formation des infirmiers et des sages-femmes.
---	---

4.2.1.1 Les ressources financières

Notons que faute de pouvoir réunir:

- les données sur les coûts financiers des opérations d'agrandissement des centres de santé;
- les données sur les budgets d'investissement et de fonctionnement des districts sanitaires;
- et les montants qu'alloue la diaspora à la construction des postes de santé et de centres de santé;

Nous n'avons pas pu chiffrer le coût financier de notre projet de régionalisation.

Nous nous investissons donc une fois au pays à réunir les données nécessaires et à estimer le coût du projet. Cette phase essentielle sera réalisée avant d'entamer la présentation du projet aux partenaires. Quant aux ressources humaines et matérielles, elles sont identifiées et illustrées à travers les différentes phases du projet.

4.2.1.2 Les rôles

Suite à la présentation du projet aux différents partenaires, des réunions de travail seront effectuées pour former les comités qui vont conduire la mise en œuvre du projet. D'envergure nationale, le projet impliquera les trois niveaux du système de santé. **La figure 13 et le tableau XIII** montrent respectivement l'organigramme de la structure organisationnelle qui sera chargée de piloter la mise en œuvre du projet de régionalisation et la composition des comités ainsi que leurs rôles. Après cette phase, nous allons constituer le cadre logique qui orientera la mise en œuvre du projet.

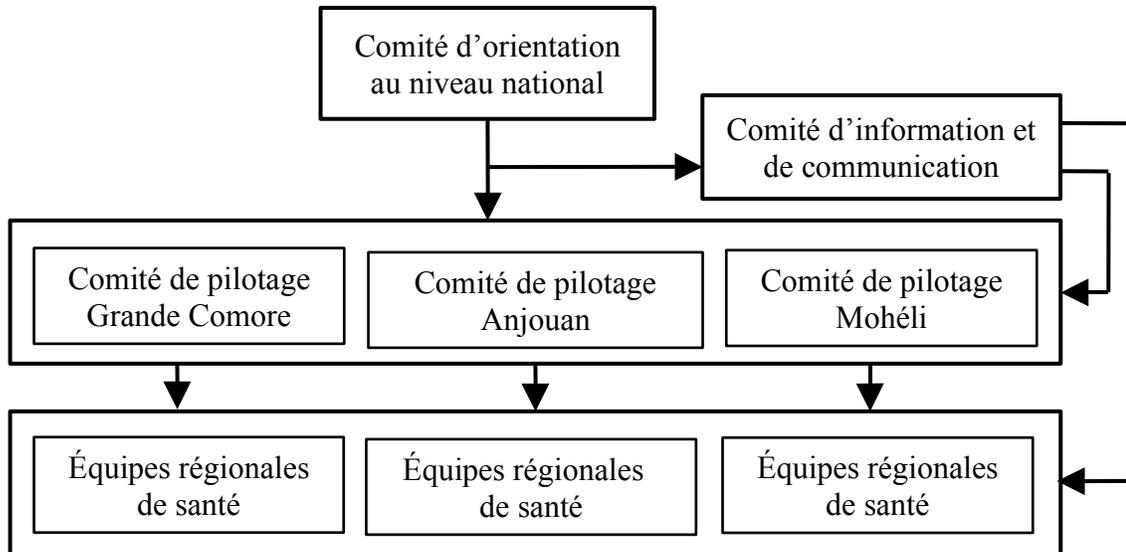


Figure 11 Organigramme de la structure organisationnelle de conduite du projet

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Tableau XIII Composition et rôles des comités de la structure organisationnelle

Composition et rôles des différents comités		
Comités	Composition	Rôles
Comité d'orientation: Présidé par le directeur national de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le directeur national de santé ▪ Le directeur de l'ENMSP ▪ Le directeur du PNAC ▪ Les directeurs généraux de la santé des îles ▪ Le directeur du CHN ▪ Un représentant de l'université des Comores 	<ul style="list-style-type: none"> -Fixer les orientations du projet -Suivre l'évolution de sa mise en place -Convoquer et présider les réunions de travail regroupant les trois comités de pilotage -Réunir les ressources nécessaires au bon déroulement du projet -Informers les partenaires de l'évolution du projet par l'intermédiaire du comité d'information et de communication
Comité de pilotage: Présidé par le directeur général de la santé au niveau de l'île	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le directeur général de la santé de l'île ▪ Le directeur du CHR ▪ Un représentant du corps médical ▪ Un représentant du personnel de santé ▪ Un représentant du ministère de l'éducation ▪ Un représentant du secteur privé de soins ▪ Un représentant des mutuelles de santé 	<ul style="list-style-type: none"> -Planifier et guider la mise en œuvre du projet -Mettre en place les équipes régionales de santé -Faire le suivi des travaux des équipes régionales de santé -Réorienter et faire les ajustements nécessaires à la réussite du projet -Présider les réunions de travail regroupant les équipes régionales en coordination avec le comité d'information et de communication
Les équipes régionales de santé: Présidée par l'autorité régionale: Préfet de la région ou le président du conseil régional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le médecin chef de district ▪ Un représentant du personnel de santé ▪ Le conseiller pédagogique du CIPR ▪ Un représentant de la diaspora ▪ Un représentant de la population et des mutuelles de santé ▪ Le préfet de la région ou le président du conseil régional 	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en œuvre le projet -Élaborer les nouveaux cadres et les soumettre au comité de pilotage - Assumer provisoirement le rôle des offices régionaux de la santé et des services sociaux et des offices de l'assurance santé -Faire des réunions de sensibilisation de la population et de la diaspora de la région -Et faciliter la mise en place des associations régionales de santé et le regroupement des mutuelles de santé
Comité d'information et de communication: présidé par le représentant de l'Université des Comores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un représentant de la direction nationale de la santé ▪ Un représentant pour chaque île et adjoint du représentant de l'île ▪ Un représentant de l'Université des Comores ▪ Un représentant pour la diaspora et un adjoint du représentant de la diaspora ▪ Un représentant de la notabilité 	<ul style="list-style-type: none"> -Communiquer avec les partenaires, la diaspora et la population -Assurer un bon canal d'information entre tous les comités et équipes de la structure organisationnelle de mise en œuvre du projet -Organiser les réunions regroupant tous les acteurs de la structure organisationnelle de mise en place du projet, celles regroupant les comités de pilotage et celles des équipes régionales de santé -Recueillir les informations nécessaires au bon déroulement du projet

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Tableau XIV Cadre logique du projet.

La finalité du projet: assurer à l'ensemble de la population un accès universel et équitable à des soins de santé de qualité				
Objectif général	Mettre en place une régionalisation du système de santé comorien	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses risques
Objectif spécifique	Créer des offices régionaux de la santé et des services sociaux	-Le décret mettant en place les offices régionaux de la santé et des services sociaux est entré en vigueur et les ORSSS sont fonctionnels	- Le dépôt du projet de loi sur les offices régionaux de la santé et des services sociaux au niveau des assemblées des îles et son adoption	- Retard dans l'adoption du projet de loi sur le nouveau cadre organisationnel
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des autorités nationales sur le projet. - Mise en place des équipes régionales de santé* - Élaboration d'un nouveau cadre organisationnel adoptant la région comme un palier local du système de santé: - Remodelage de la carte sanitaire sur la base régionale 	<ul style="list-style-type: none"> -Les comptes-rendus des rencontres -Les équipes sont mises en place et sont fonctionnelles -La présence d'un document cadre organisationnel et la région est instituée comme palier du système de santé -Adoption du nouveau découpage sanitaire du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les lettres envoyées aux autorités pour leur sensibiliser et les réponses reçues - Les rapports d'activités des équipes régionales de santé Suppression des districts sanitaires- 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de répondant lors du premier contact et réticences de certains participants - Les médecins des districts et les associations gestionnaires des centres de santé hésitent ou s'opposent au projet
Activités	<ul style="list-style-type: none"> -Présentation du projet aux autorités nationales -Élaboration d'un document synthèse du projet -Réunions avec les partenaires et la population -Constitution des équipes régionales de santé -Tenus des ateliers pour l'élaboration du cadre organisationnel -Élaboration du nouveau découpage sanitaire du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> -Tenue des réunions et le nombre de partenaires présents -Présence d'un document synthèse et Nombre de réunions tenues -Le nombre d'équipes régionales de santé constituées -Le nombre d'atelier tenus et la présence du cadre -Adoption de la collectivité régionale comme palier local du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Le compte-rendu des rencontres et les procès-verbaux des réunions - La présence ou pas d'un document synthèse - Les statuts des équipes régionales de santé - La tenue de réunions de travail révisant la carte sanitaire et l'existence d'une nouvelle carte sanitaire à base régionale 	
Résultats	- Les offices régionaux de la santé et des services sociaux sont créés et sont fonctionnels			
Objectif général	Mettre en place une régionalisation du système de santé comorien	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses risques

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Objectif spécifique -	Mettre en place un système régionalisé solidaire et équitable de gestion du risque maladie par la création des offices régionaux de l'assurance santé	- La loi sur le système régionalisé de gestion du risque maladie et de financement de la santé est entrée en vigueur et les offices régionaux de l'assurance santé sont instaurés	- Le dépôt du projet de loi sur le système de gestion du risque maladie et le financement de la santé et son adoption	- Réticence des gestionnaires des mutuelles de santé au cours de la première réunion
Stratégies	-Sensibilisation des autorités, de la diaspora et de la population sur le modèle de gestion du risque maladie. -Mise en place des équipes régionales de santé* -Création de l'impôt territorial de santé -Regroupement des mutuelles de santé sur une base régionale -Définition des mécanismes d'implication de la diaspora au financement de la santé	-Tenue ou non des rencontres avec les autorités, la diaspora et la population -Constitution des équipes régionales de santé -Définition des mécanismes et des modalités de prélèvement de l'impôt territorial de santé -Le processus de regroupement des mutuelles de santé -Tenue des réunions de travail avec la diaspora	- Les procès-verbaux des réunions de travail - Les rapports d'activités - La mise en place de l'impôt territorial de santé - La fédération des mutuelles de santé	- La diaspora et la population exigent la mise en place de mécanismes de contrôle sur les offices régionaux de l'assurance santé
Activités	- Réunions de travail avec les autorités, la diaspora et la notabilité** -Constitution des équipes régionales de santé -Élaboration du cadre de financement du système de gestion du risque maladie -Tenir un atelier de travail avec la diaspora pour établir la convention de sa participation au financement du système de gestion du risque maladie	- Le nombre de réunions de travail -Nombre d'équipes régionales de santé constituées et fonctionnelles par île et au niveau national -Existence du cadre de financement du système de gestion du risque maladie -Tenu de l'atelier et la présence de la convention de partenariat avec la diaspora est adoptée et mise en application	- Les compte- rendu des réunions de travail - Les rapports d'activités des équipes régionales - L'existence du nouveau cadre de financement du système de gestion du risque maladie La présence de la convention impliquant la diaspora dans le financement du risque maladie	

Résultats- Existence d'un système régionalisé de gestion du risque maladie et les offices régionaux de l'assurance santé sont mis en place et sont fonctionnels

**Aux Comores, l'accomplissement du Grand Mariage qui est une véritable institution du capital social comorien donne le titre de notable. L'ensemble des personnes ayant fait le Grand Mariage, constitue la notabilité. Cette dernière est très influente sur l'ensemble des sphères (sociaux, politiques et les mécanismes économiques traditionnels) de la société comorienne

Objectif général	Mettre en place une régionalisation du système de santé comorien	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses risques
-------------------------	---	--------------------	-------------------------------	---------------------------

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

Objectif spécifique -	Assurer une répartition équitable des professionnels de santé sur une base régionale	- Les nouveaux mécanismes sont intégrés au plan national de développement des ressources humaines en santé	- L'observation de la répartition des professionnels de santé et surveiller l'application du système de rotation régionale	
Stratégies	-Sensibilisation des directions de la santé et des professionnels de santé sur les nouveaux mécanismes de planification des professionnels de santé -Adoption d'un processus de planification régionale des professionnels de santé:adoption par l'ENMSP d'une sélection régionalisée à l'admission -Mise en place d'une répartition régionale des professionnels de santé -Introduction d'un système de rotation régionale des professionnels de santé	- Nombre de réunions de travail - Élaboration d'un cadre sur les nouveaux mécanismes de planification et de répartition des professionnels de santé - Le système de rotation régionale des professionnels de santé est en marche	- Existence d'un cadre sur les nouveaux mécanismes de planification et de répartition sur une base régionale des ressources humaines en santé	- Existence de peu de gestionnaires dans les collectivités régionales pour mener le processus de planification - Opposition du corps médical la mise en place du système de rotation des professionnels de santé
Activités	-Présentation des mécanismes de planification des effectifs de santé -Réunion de travail avec les directions, les partenaires et les professionnels de la santé -Tenu d'un atelier sur l'adoption des nouveaux mécanismes -Élaboration des modalités de déroulement du système de rotation régionale des professionnels de santé	- Tenue ou non de la réunion de présentation des mécanismes de planification des effectifs de santé - Organisation de l'atelier - Présence du document portant sur le système de rotation régionale des professionnels de santé	- L'existence d'un bilan des réunions, des actes de l'atelier sur l'adoption des nouveaux mécanismes.	
Résultats- la planification et la répartition régionale des professionnels de santé sont adoptées				

Objectif général	Mettre en place une régionalisation du système de santé comorien	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses risques
Objectif spécifique	Organiser et renforcer la participation de population à la gestion du système de santé et impliquer collectivités régionales dans	Adoption du cadre instituant les associations régionales de santé et les	La présence du cadre regroupant les mécanismes de l'organisation de la participation de la	- Opposition exprimée par d associations à l'idée de fédération et craintes quant

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

	gestion et la promotion de la santé	assemblées d'informations envers la population	population et des collectivités à la gestion du système de santé	leur représentation au sein d'associations régionales
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilisation de la population et des collectivités régionales sur les propositions formulées dans le projet -Mise en place d'un cadre renouvelant les mécanismes de la participation -Création des associations régionales de santé et définir les modalités de leur représentation dans les offices régionaux de santé -Introduction de mécanismes de responsabilisation des gestionnaires des services de santé envers la population. -Organisation des assemblées d'information sur la gestion du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de contact avec les autorités régionales et les associations communautaires Tournée dans les régions pour présenter le projet La présence ou non du cadre Le nombre d'associations fédérées Les assemblées d'information sont instituées 	<ul style="list-style-type: none"> Les bilans de ces tournées Les procès-verbaux de toutes les réunions et demander le document sur les modalités de participation aux offices régionaux La présence ou non du cadre renouvelant les mécanismes de la participation 	<ul style="list-style-type: none"> Réticence exprimée par certaines catégories professionnelles à l'idée de responsabilisation envers la population
Activités	<ul style="list-style-type: none"> -Réunions de travail avec les autorités régionales et les associations communautaires -Ateliers sur la fédération des associations -Ateliers régionaux pour élaborer un cadre de participation de la population et des collectivités régionales à la gestion de la santé -Réunions de réflexion sur les modalités d'organisation des assemblées d'information de la population sur la gestion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> -La tenue ou non de la réunion de travail -Ateliers organisés et le nombre d'associations acceptant le principe de fédération - Établissements des modalités d'organisation des assemblées d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> Les bilans des rencontres Les bilans des ateliers. -Déroulement de l'atelier et les associations qui sont pour la fédération des associations 	
Résultats- La participation communautaire est bien structurée, renforcée et une implication des collectivités dans la promotion de la santé				

4.2.1 3 Analyse des principaux hypothèses/ risques

Tableau XV Analyse des principaux hypothèses/ risques

hypothèses/risques suivant l'ordre de présentation des objectifs spécifiques	Impacts sur le succès du projet	Stratégies et mesures envisagées pour y faire face
- Peu de répondant lors du premier contact et réticence de certains participants	- Limiter la diffusion de l'information et la mobilisation autour du projet	- Convoquer d'autres réunions - Étudier les canaux d'informations
- Les médecins des districts et les associations gestionnaires des centres hésitent ou s'opposent au projet	- Retarder le lancement du projet - Ne pas s'investir à la mise en œuvre du projet	- Entamer des discussions - Montrer le bien-fondé du projet - Les impliquer dans la mise en œuvre du projet
- Retard dans l'adoption du projet de loi sur le nouveau cadre organisationnel: les sessions parlementaires des îles sont reportées	- Retarder la mise en place des offices régionaux de la santé - différer d'autres étapes du projet	- Rencontre entre les comités de pilotage et les ministres de la santé pour leurs demander d'avancer l'étude du projet
- Réticence des gestionnaires des mutuelles de santé au cours de la première réunion	- Le regroupement des mutuelles de santé peut être retardé	- Programmer des réunions de travail - Montrer les avantages du regroupement - Les associer à la mise en œuvre du projet
- La diaspora et la population exigent la mise en place de mécanismes de contrôle sur les offices régionaux de l'assurance santé	- Refuser le concept de l'impôt territorial de santé si non rassurées - Permettre au projet de renforcer les outils de contrôle sur la gestion	- Sensibiliser et leur montrer qu'elles seront associées à la gestion à travers les associations régionales de santé - Montrer qu'elles vont être informées grâce aux assemblées d'information qui seront instituées
- Existence de peu de gestionnaires dans les collectivités régionales pour mener le processus de planification	- Refuser l'idée d'une planification régionale - Retarder le processus de planification régionale des professionnels de santé	- Établir un partenariat avec la faculté d'administration économique et sociale (AES) de l'université des Comores - Établir un contrat de formation de cadres avec nos partenaires de (Ambassade de Chine et de la France)
- Opposition du corps médical à la mise en place du système de rotation des professionnels de santé	Retarder la mise en place du cadre sur la planification et la répartition du personnel de santé	- Discuter sur les mécanismes de motivation des professionnels formulés dans le projet : la mise en place d'une indemnité sanitaire régionale de ruralité
- Opposition exprimée par des associations à l'idée de fédération et craintes quant à leur représentation au sein des associations régionales	- Retarder la mise en place des associations régionales de santé	- Ouvrir des discussions et leur assurer de leur représentation au sein des associations régionales de santé
- Réticence exprimée par certaines catégories professionnelles à l'idée de responsabilisation envers la population	- Empêcher la mise en place des assemblées régionales d'information	- Atelier sur le sens que le projet donne à cette idée - Montrer que c'est une mesure pour renforcer la confiance des usagers et la population

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Tableau XVI L'échéancier du projet de régionalisation : Au 1^{er} janvier 2013, l'ensemble des régions devront avoir leurs instances de santé

Description des activités	2009				2010				2011				2012				Responsables
	1 ^{er} T	2 ^{ème} T	3 ^{èm} T	4 ^{ème} T	1 ^{er} T	2 ^{ème} T	3 ^{ème} T	4 ^{ème} T	1 ^è T	2 ^{èm} T	3 ^{ème} T	4 ^{ème} T	1 ^{er} T	2 ^{ème} T	3 ^{èm} T	4 ^{ème} T	
Élaboration d'un document synthèse du projet																	C. d'orientation
Prise de contact avec les différents partenaires																	Comité d'Inf communication
Réunions avec les partenaires, la diaspora et la population																	Comité d'orientation
Réunion entre le comité d'orientation et les comités de pilotage																	Comité d'inf. communication
Élaboration d'un guide pour la mise en œuvre du projet destiné aux équipes régionales de santé																	C. de pilotage
Mise en place des équipes régionales de santé																	C. de pilotage
Élaboration des nouveaux cadres devant régir le système de santé régionalisé																	É. régionales de santé
Réunion avec le comité d'orientation, les comités de pilotages et les équipes régionales																	Comité d'info communication
Soumettre les propositions des cadres aux ministères de la santé des îles																	C. de pilotage
Présentation des cadres par les ministres de la santé devant les assemblées des îles																	C. de pilotage
Lancement de la première vague des ORSSS et des ORAS																	C. de pilotage
Observation du fonctionnement et préparatifs pour la deuxième vague des ORSSS et des ORAS																	C. de pilotage
Mise en place dans l'ensemble des régions des ORSSS et des ORAS																	C. de pilotage
Suivi –évaluation																	Comité d'orientation

C. d'inf communication=comité de l'information et de la communication, C. de pilotage=comité de pilotage, É. régionales de santé=équipe régionale de santé,

4.2.1 4. Les moyens de vérification

Comme, nous l'avons vu dans le cadre logique, la structure organisationnelle chargée de la mise en œuvre du projet se dotera de moyens de vérification de l'avancement du processus:

- la présence d'un document synthèse du projet
- les comptes-rendus des rencontres et les procès-verbaux des réunions
- les rapports d'activités des équipes régionales de santé
- le nombre des mutuelles de santé ayant fédérées
- la présence de la convention impliquant la diaspora dans le financement du risque maladie
- les actes de l'atelier sur l'adoption des nouveaux mécanismes
- le nombre des associations ayant fédérées
- l'existence des cadres sur l'organisation de l'offre de soins, le système de gestion du risque maladie, la participation de la population et les mécanismes de répartition et de planification régionales des professionnels de santé.

4.2.1.5 Les ajustements

L'analyse des hypothèses et risques effectuée à la suite de l'élaboration du cadre logique va permettre à la structure organisationnelle qui conduira la mise en œuvre du projet de se préparer à faire les ajustements, comme l'établissement d'un partenariat avec la faculté d'administration économie et sociale l'Université des Comores pour former les équipes régionales de santé aux outils de gestion. En se dotant d'un comité d'information et de communication, la structure organisationnelle va au cours de la mise en œuvre étudier les canaux d'information dans le cas où elle sent un relâchement des efforts de la part des partenaires. Les outils de bilan prévus pour le suivi-évaluation permettront aussi de déceler les faits internes comme externes ayant un impact sur le projet.

4.2.1.6 La communication

Parce que la réussite d'un projet dépend aussi de la manière dont est organisée l'information, le comité d'information et de communication se doit d'être un bon canal d'information entre tous les comités et les équipes de la structure organisationnelle. Il doit aussi assurer l'information à temps des partenaires du projet, de la population et de la diaspora afin de créer une synergie et faciliter l'implantation de la régionalisation.

4.2.1.7 Le bilan

Le bilan du processus de mise en œuvre du projet de régionalisation représente les résultats à obtenir tout au long des différentes phases (court terme, moyen terme et long terme) de la mise en œuvre du projet. Il est présenté par la **figure 14** de la page suivante

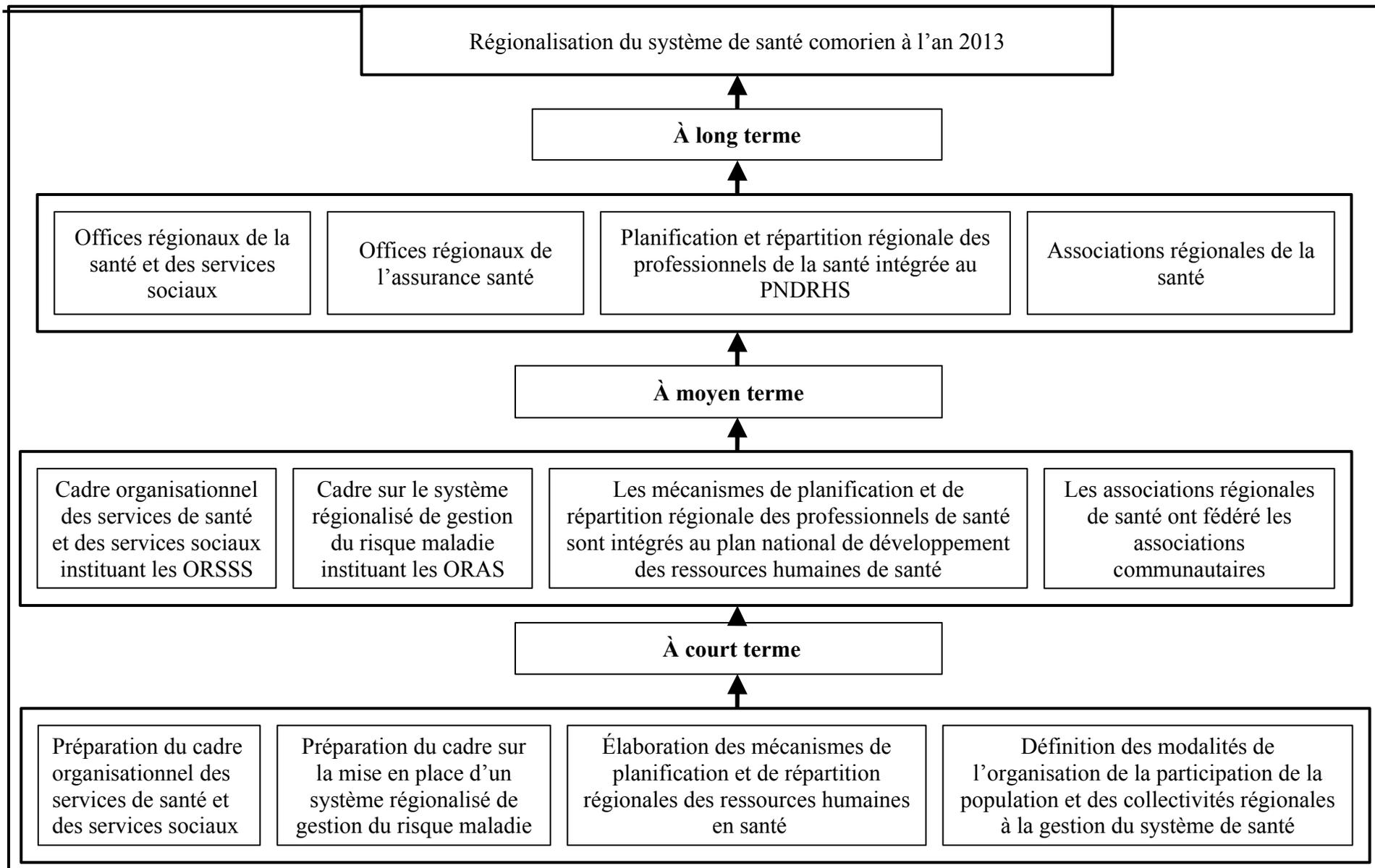


Figure 12 Bilan du processus de mise en œuvre

4.2.1.8 Le suivi-évaluation

Il se fera tout au long du processus à travers les procès-verbaux des réunions, les rapports d'activités des équipes impliquées, la vérification de l'existence des différents cadres formulés dans le guide de la mise en œuvre du projet. Un bilan des activités réalisées à court terme, à moyen terme et à long terme sera aussi demandé. À cela s'ajoutera la réalisation d'une grande enquête régionale, insulaire et nationale mi-2013 sur le déroulement du processus.

4.2.2 Les suggestions facilitant la mise en œuvre du projet

Au terme de cette étude et afin de faciliter la mise en œuvre du projet de régionalisation, nous suggérons aux autorités et aux différents acteurs sanitaires de tous les niveaux ce qui suit :

- Pour une meilleure territorialisation de l'offre de soins de santé et un meilleur accès aux services de santé :
 - adopter l'échelon régional comme principal fournisseur de soins de santé ;
 - remodeler la carte sanitaire et adopter la collectivité régionale comme base du système de zonage;
 - encourager le regroupement des postes de santé et centre de santé et réorganiser les centres de santé de districts ;
 - étudier le concept de cliniques sanitaires du territoire ;
 - promouvoir les mécanismes d'installation des professionnels de santé dans les zones rurales et étudier l'idée d'une indemnité sanitaire régionale de ruralité.
- Pour une meilleure équité territoriale en matière des professionnels de santé :
 - mettre en place un modèle de planification et de répartition régionale des professionnels de santé;
 - adopter le système de rotation régionale des professionnels de santé;
 - étudier la possibilité de mettre en place un système régionalisé d'admission à l'ENMSP et la régionalisation des stages au cours de la formation ;

- introduire des modules de gestion de santé à la faculté d'administration économique et sociale de l'Université des Comores ;
- réfléchir à l'ouverture des nouvelles options paramédicales à l'ENMSP et négocier avec ses partenaires l'ouverture d'une faculté de médecine dans le long terme
- Pour garantir un financement pérenne des services de santé et mettre en place une gestion du risque maladie:
 - étudier le concept d'impôt territorial de santé et les modalités de sa mise en œuvre ;
 - promouvoir et implanter le nouveau modèle de financement de la santé ;
 - regrouper les organisations mutualistes et créer les offices régionaux de l'assurance santé ;
 - transformer le service commun de gestion des mutuelles de santé en office national d'assurance santé
- Pour une intégration réelle de la population et des collectivités régionales dans la gestion du système de santé :
 - créer des associations régionales de santé en fédérant les associations villageoises et les impliquer dans la gestion des services de santé ;
 - doter les associations régionales de santé d'un réel pouvoir de consultation et de contrôle ;
 - mettre en place des mécanismes d'association de la diaspora comorienne en France et leur proposer la création d'un conseil pour la santé ;
 - impliquer les collectivités régionales dans la planification de l'offre de services de santé ;
 - attribuer un rôle clé aux collectivités régionales dans la promotion des services de salubrité.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'analyse effectuée tout au long de cette étude, nous a permis d'avoir une meilleure compréhension des défis auxquels le système de santé comorien doit relever pour pouvoir offrir à la population des soins de santé de qualité, équitablement réparties sur l'étendue du territoire. À cet égard, ce projet de régionalisation prenant appui sur l'organisation sociale des Comores, l'évolution institutionnelle et enrichi de l'expérience québécoise dont nous avons essayé tout long de l'étude de voir comment mieux se l'approprier, constitue une voie pour impulser l'innovation organisationnel du système de santé et soutenir par là le développement socioéconomique et le bien-être des comoriennes et comoriens.

Subissant les crises politiques, le système de santé comorien connaît depuis presque une décennie une lourdeur institutionnelle avec la mise en place des ministères de la santé au niveau des îles. Cette situation prive le système de santé d'un vrai échelon opérationnel, menace les acquis du système et contribue à la dégradation de l'état de santé de la population.

Nous pensons donc que l'orientation du système de santé québécois vers le renforcement de son palier local qualifiée de «véritable régionalisation» et l'intégration des services devenue le cheval de bataille des planificateurs québécois peuvent servir de boîte à idées pour le système de santé comorien. Ce projet de régionalisation inspiré du réseau socio-sanitaire québécois contribuerait à faire émerger un système local de santé alliant l'équité territoriale en matière de soins de santé et la qualité des soins dispensés. Elle permettrait aussi de mettre en place un système propice à la prévention et à la promotion de la santé.

Pour mener à bien les réformes proposées et insuffler donc une nouvelle dynamique au système de santé un engagement de l'état s'avère plus que nécessaire. Nous plaiderons pour que les autorités saisissent la chance qu'offre l'organisation sociale pour dynamiser la gouverne du système de santé et l'inscrire dans des approches pouvant accompagner les populations dans le processus de développement socioéconomique. En effet plusieurs études et rapports dont ceux de l'organisation mondiale de la santé ont montré qu'un système de santé et de protection sociale bien conçus sont générateurs de croissance économique, elle-même moteur d'un développement socioéconomique. Et compte tenu de

*Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de
l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec*

l'importance capitale du secteur de la santé dans l'économie d'un pays, nous osons espérer que les autorités comoriennes investiront dans le secteur sanitaire car « rien n'est trop cher dès qu'il est question de préserver la santé et la vie ». Comme nous le voyons, la réussite de ce vaste chantier nécessite l'adhésion et la mobilisation de tous les acteurs, cela où réside le premier défi de cette réforme ambitieuse proposée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ben Achiraf S.O, Assoumani Y. Financement du système de santé. États généraux de la santé. Moroni : Ministère de la Santé ; 2001. p. 3

Boutbien A. Promotion de mutuelles de santé en Grande Comores. Évaluation à mi-parcours. Comores : Fonds d'Équipement des Nations Unies ; 2002. p.33

Carrin G. Régimes d'assurance - maladie communautaires dans les pays en développement: faits, problèmes et perspectives. Discussion Paper Number ; 1 Genève : OMS ; 2003. p.29

Denis JL, Contandriopoulos D, Langley A, Valette A. Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système sociosanitaire. Québec : GRIS; Novembre 1998. Rapport N° : ISBN 2-921954-25-7. pp. 12-54

Dubois JL. Peut-on s'appuyer sur le capital socio-culturel pour réduire la pauvreté aux Comores. Document de travail ; 1998. pp. 20-29

Guébourg JL. La Grande Comore : des sultans aux mercenaires. L'Harmattan ; 1993 ISBN N° : 2-7384-22993. pp.22-147.

Lambert DC. La santé, clé du développement économique Europe de l'Est et Tiers Mondes. Harmattan 2003. ISBN N° : 2747515877. pp.97-145.

Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G. Le système de santé au Québec Organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval 1994. pp.23-83

Nahouza N. Indépendance et partition des Comores, 1974-1978 : étude à partir de la presse française et du Journal Officiel des débats parlementaires Séminaire : "Histoire contemporaine de la France" dir. par G. Richard. Rennes : Institut d'Études Politiques de Rennes ; 2002. p.13

Nicolet. La décentralisation, une nécessité pour le monde rural. Québec: Solidarité rurale du Québec, septembre 2003. p10

Oakley P. L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : analyse des principaux problèmes. Genève : OMS/Université de Reading Angleterre; 1989. ISBN N° : 92 4 256126 6. p.9

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Agence de la santé et de services sociaux de Montréal. Cadre de référence pour l'implantation des cliniques-réseau; ASSSM, mars 2006. p.2

Assemblée Nationale du Québec. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Projet de loi no 83 Sanctionné le 30 novembre 2005, article 340 et 340.1 p48-50 ; 2005

Association Internationale des Maires Francophones. Fonctionnement de l'état civil dans le monde francophone; octobre 2004. p. 25

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes. Rapport et recommandations. Québec : CESSS/commission Clair ; 2000. p.160

Conseil Économique et Social de la République Française. Aménagement du territoire et établissement de santé. Avis et rapports du conseil économique et social ; Mai 2004. p.136

Conseil Médical du Québec. Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome I : Les plans d'effectifs médicaux ; juin 1995. p. 15

Direction Nationale de la Santé. Politique Nationale de Santé. Moroni : Vice Présidence chargée du Ministère de la Solidarité, de la Santé, de la Population, de la Protection Sociale, de l'emploi et de la réforme de l'État ; février 2005. pp.17-18

Direction Nationale de la Santé. Pour une nouvelle politique de santé : analyse de la situation sanitaire. Moroni : Vice Présidence chargée du Ministère de la Solidarité, de la Santé, de la Population, de la Protection Sociale, de l'emploi et de la réforme de l'État; Juillet 2002. p.9

Direction Nationale de la Santé. Profil du système de santé. Moroni : Vice Présidence chargée du Ministère de la Solidarité, de la Santé, de la Population, de la Protection Sociale, de l'emploi et de la réforme de l'État; décembre 2004. p.12

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

Haut Conseil de la Coopération Internationale. Critères de développement durable appliqués aux actions de coopération et de solidarité internationale. Paris : HCCI ; 2005. p33-34

Institut National de Santé Publique du Québec. La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Québec : INSPQ; 2002. Rapport N°. : ISBN 2-550-39175-6. p. 16

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Groupe de médecine de famille document synthèse. Québec : Direction générale des affaires médicales et universitaires ; août 2002. p.5

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2005-2010. Québec : MSSS; 2005. ISBN N°. : 2- 550-44343-8. p11

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : MSSS ; Février 2004. ISBN N°. : 2-55043475-7. p9-10

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : Résumé. Québec : Octobre 2004. Rapport N°. : ISBN 2-550-43462-5. p5

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport annuel de gestion 2004-2005. Québec MSSS ; 2005. ISBN N°. : 2-550-45458-8. p. 26

Ministère de la Santé. Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé. Ottawa : MS ; mars 2005. ISBN N°. : 0-662-70145-3. pp.269-272

Ministère du plan de l'aménagement du territoire, de l'énergie et de l'urbanisme des Comores. Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté. Document intérimaire actualise ; octobre 2005. pp.5-86

*Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de
l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec*

Organisation Mondiale de la Santé. Changer le cours de l'histoire. Rapport sur la santé dans le monde. Genève : OMS ; 2004. ISBN 92 4 256265 3. p.130-156

Organisation Mondiale de la Santé. Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Série santé pour tous n° 1. Genève : OMS/UNICEF ; 1978. ISBN N°. : 92 4 2561983. p.3-4

Organisation Mondiale de la Santé. Organisation des services sanitaires aux échelons local et intermédiaire. Série de rapports techniques n°499. Genève : OMS; 1972. p. 6

Organisation Mondiale de la Santé. Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde. Genève : OMS ; 2000. ISBN N°. : 1020-332X. p.5-78

Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Union des Comores 2005-2009. Brazzaville : OMS/Afrique ; 2005. pp.8-17

Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Série Santé pour tous n° 3. Genève : OMS ; 1981. Rapport N°. : ISBN 92 4 2800031. page 3

Programme des Nations Unies pour le Développement. La coopération internationale à la croisée des chemins. L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités. Rapport mondial sur le développement humain. Paris : Economica/PNUD ; 2005. ISBN N°. : 2-7178-5114-3. pp. 233-280

Système des Nations Unies en Union des Comores. Union des Comores : objectifs du millénaire pour le développement. Rapport national 2005. Comores : Système des Nations Unies; 2005. pp. 17-18

Système du Coordonnateur Résident aux Comores. Bilan commun de situation des Comores; draft. Comores : Système des Nations Unies ; octobre 2001 pp. 47-120

Sites internet consultés

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

Pineault R. Département Régional de Médecine Générale. Consulté le 16 juin 2006 ; disponible sur <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/DRMG/DRMG.html>

Ministère de la Santé Publique et de la Condition Féminine des Comores. Termes de références pour la préparation d'un rapport sur l'amélioration du financement du secteur de la santé. États Généraux de la santé ; consulté le 30 janvier 2007 ; disponible sur <http://www.comores-online.com/mwezinet/sante/images/trds.pdf>

<http://www.inspq.qc.ca/>

Institut national de santé publique du Québec

www.santecom.qc.ca/

Le Réseau **Santécom** est une base de données bibliographiques spécialisées en produite par l'**Institut national de santé publique du Québec** (INSPQ)

www.ramq.gouv.qc.ca

Régie de l'assurance maladie du Québec

http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/decoup_terr.htm

Ministère de la santé et des services sociaux, fenêtre du découpage sanitaire du territoire

www.hc-sc.gc.ca/index_f.html santé canada

<http://secure.cihi.ca/cihiweb/splash.html>

L'institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

ANNEXES

ANNEXE 1: Le découpage sanitaire proposé correspondant au nombre de régions

RS_CODE	RS_NOM_200			MPS_CODE	Centre
---------	------------	--	--	----------	--------

Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système socio-sanitaire du Québec

2009*	g*	Population en 2003	Population en 2010	_2009*	Hospitalier National_NOM_2009
0101	Mbadjini	52626	69812	01	la Grande Comore
0102	Itsandra*	41475	53574	01	la Grande Comore
0103	Mitsamihouli	28195	37123	01	la Grande Comore
0104	Hamahamet	23400	28166	01	la Grande Comore
0105	Bambao**	37931	49149	01	la Grande Comore
0106	Mboude	21266	27498	01	la Grande Comore
0107	Oichili	12308	15657	01	la Grande Comore
0108	Hambou	18865	25859	01	la Grande Comore
0109	Dimani	10349	11856	01	la Grande Comore
0110	Mboinkou	9712	11361	01	la Grande Comore
0111	La capitale Moroni**	40050	48493	01	la Grande Comore
<i>La Gde Comore</i>		<i>296177</i>	<i>378549</i>		
0201	Mutsamudu	48753	80319	02	Anjouan
0202	Domoni	40213	68277	02	Anjouan
0203	Ouani-Tsembehou	58499	93163	02	Anjouan
0204	Sima	45828	66809	02	Anjouan
0205	Nyoumakélé	50439	86591	02	île d'Anjouan
<i>Île d'Anjouan</i>		<i>243732</i>	<i>395159</i>		
0301	Fomboni	21567	26495	03	Mohéli
0302	Nioumachoua	8286	10003	03	Mohéli
0303	Wanani	5898	7617	03	Mohéli
<i>Île de Mohéli</i>		<i>35751</i>	<i>44115</i>		
Comores		575660	817823		

Source des données: RGPH 1991 et RGPH 2003

Au cours de notre réunion de travail au Service du développement de l'information (SDI), responsable du découpage territorial officiel du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, nous avons été initié à l'usage du système dénommé M34 et un découpage

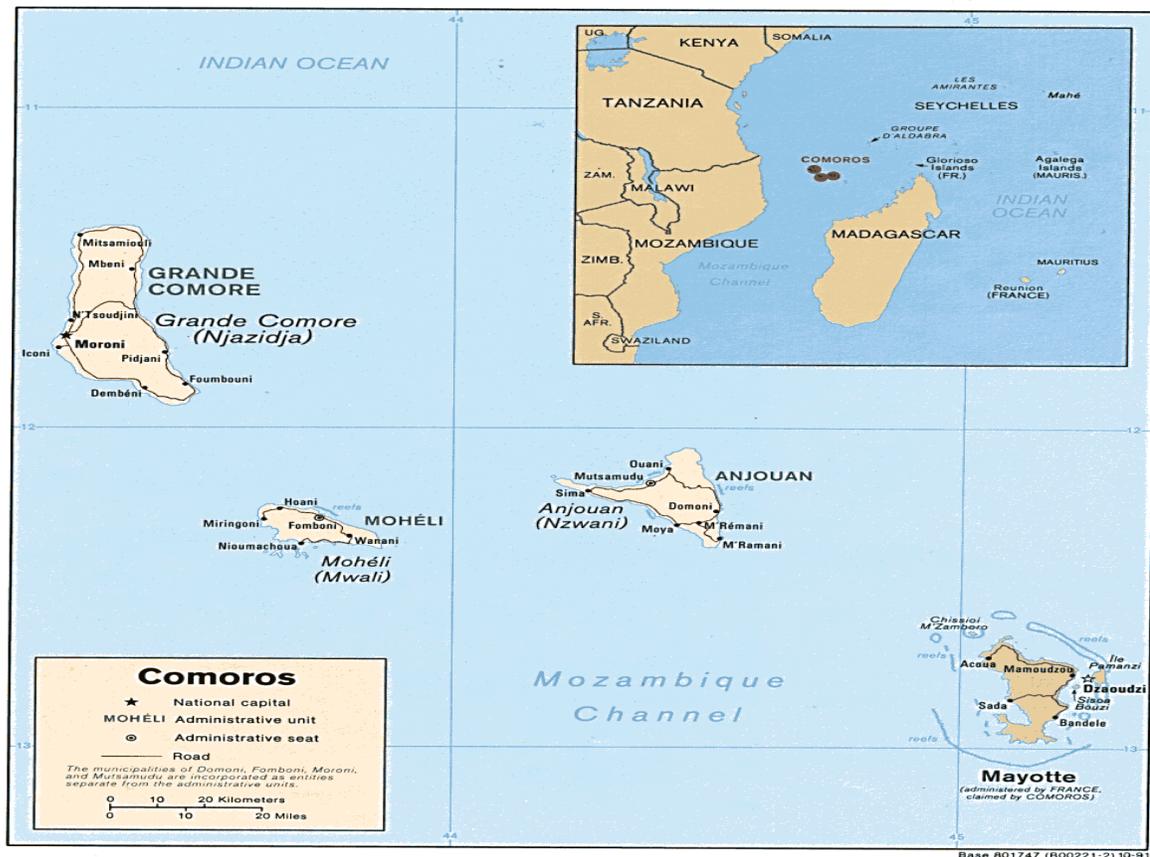
Propositions pour la régionalisation du système de santé aux Comores: exemple de l'organisation décentralisée du système sociosanitaire du Québec

sanitaire du territoire avec les méthodes québécois été faite et suivant l'orientation donnée par les états généraux de 2001. En effet, il a été recommandé d'harmoniser la carte sanitaire avec la carte scolaire et administrative.

*Représente le système de codification que nous allons attribuer aux régions au cours de la mise en œuvre du projet. Ce système permettra de mieux identifier l'ensemble des établissements sanitaires. Chaque région aura un code désigné par RS_2009 : RS : région sanitaire et 2009 coïncide avec le début de la mise en œuvre du projet. Chaque région est reliée à l'île désigné par MPS_2009 : MPS pour ministère de la santé de la province de l'île. Cette codification (RS_2009 et MPS_2009) sera utilisée pour désigner respectivement les équipes régionales et les îles.

** La capitale Moroni fera partie de la région de Bambao

Cette carte illustre la situation de l'archipel des Comores :



ANNEXE 2 Proposition d'un modèle d'organisation du centre hospitalier national:

Dans un souci d'équité territoriale en matière d'offre de soins de santé, de cohésion sociale et pour permettre l'attractivité des professionnelles de santé sur l'ensemble du territoire :

Nous proposons à ce que le centre hospitalier national soit implanté sur les sites des centres hospitaliers régionaux d'Anjouan et Mohéli.

Ce modèle d'organisation du centre hospitalier va permettre de :

- de renforcer la cohésion sociale nécessaire à la réussite des politiques de santé
- de réduire le cloisonnement dont font face actuellement les services des centres hospitaliers régionaux (île) d'Anjouan, de Mohéli et l'hôpital El-Maarouf (Centre hospitalier de la Grande Comore) qui est à lui érigé en centre hospitalier national,
- de participer à l'équité territoriale en matière d'offre de soins de santé
- de contribuer à l'intégration des services de santé
- de faciliter la coordination de l'ensemble des professionnels de santé des trois îles.

Pour tout cela, nous proposons à ce que :

- le centre hospitalier national soit placé sous la direction d'un même conseil d'administration, ce dernier formé des représentants désignés entre autres par les autorités des îles, la vice-présidence en charge de la santé, des professionnels de la santé et des usagers, devra être co-présidé par les représentants des trois îles;
- que l'installation des différents services du centre hospitalier national au niveau des îles soit aussi fonction de la morbidité observée dans l'île;
- et que les professionnels de santé des trois sites aient le même statut afin qu'ils puissent exercer dans les trois sites et participer à une meilleure distribution des ressources humaines en santé.

Pour ce qui concerne les services à offrir, nous pensons qu'une étude des plateaux techniques des centres de santé de district dont certains seront appelés à devenir centres de santé provinciaux dans la perspective de régionalisation, soit effectuée afin de voir les services que le centre hospitalier national peut déléguer à ces derniers. Cette approche cherche à éviter que le centre hospitalier national dispense des soins qui pourraient être fournis par le réseau des centres de santé de districts (provinciaux). L'offre de soins sera aussi définie en fonction des pathologies les plus courantes dans chaque île.

ANNEXE 3: Liste des personnes ressources rencontrées au cours de l'étude

Au Québec

Pierre Bergeron, Ph.D.
Médecin spécialiste et Ph.D en sciences politiques
Directeur de la direction des systèmes de soins et services de l'institut national de santé publique Québec.

Mylène Kosseim, Ph. D.
Adjointe au directeur pour la coordination scientifique
Institut national de santé publique Québec
Direction des systèmes de soins et de services

Jean-François Labadie,
Coordinateur de l'enseignement, de la recherche et du soutien aux programmes
Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'île et Saint-Laurent

Mike Benigeri, Ph. D.
Coordinateur
Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire.
Direction ressources humaines, information et planification

Michel Blondeau, Ingénieur et détenteur d'un MBA
Agent de recherche, spécialiste en méthodes quantitatives.
Service du développement de l'information
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Simon Mélançon, Géographe
Gestion de l'information
Direction des ressources informationnelles.
Ministère de la santé et des services sociaux

Suzanne Léger-Hardy
Conseillère cadre en éducation de la santé
Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Johanne Cournoyer,
Directrice de la prévention, des services généraux et spécifiques
Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
(Centre affilié universitaire)

Marjolaine Laroque,
Organisatrice communautaire

Aux Comores

Ahamada MSA MLIVA, Dr, MD, MPH
Directeur national de la santé
Vice-présidence chargée du ministère de la santé, de la solidarité et de la promotion du genre

Ahamada Aly Goda, Dr.
Directeur général de la santé de l'île de la Grande Comore
Ministère de la santé

ZAHARA Toyb, Coordinatrice du projet de promotion des organisations mutualistes.
Centre International de Développement et de Recherche

MARIAM Mistoïh, Inspectrice de la santé,
Ministère de la santé de l'île de la Grande Comore

DJAMILY Mounira, Directrice de l'École Nationale de Médecine et de Santé Publique (ENMSP)

MOHAMED Houmadi, Directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier National El Maarouf

MOINAHASSANTI Said Hassane, Responsable du service des statistiques du Centre Hospitalier National El Maarouf

JEANINE Samuel, Psychologue
Enseignant-chercheur à l'École Nationale de Médecine et de Santé Publique (ENMSP)

Centre de santé et de services sociaux de
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

René Lachapelle

Organisateur communautaire
Ancien président du Regroupement Québécois
des Intervenants et Intervenantes
En Action Communautaire en CLSC et en
Centre de santé (RQIIAC).

Myrtha Cionti Bas, M.Sc.

Coordonnatrice par intérim
Coopération internationale
Institut national de santé publique Québec
Direction de la planification, de la recherche et
de l'innovation

Lily Lessard,

Agente de recherche sociosanitaire
Institut national de santé publique Québec
Direction des systèmes de soins et services

Josée Gauthier,

Institut national de santé publique Québec
Direction des systèmes de soins et services

Estelle Portelance,

Pharmacienne
MSc santé communautaire
Direction de l'actuariat et de l'analyse des
programmes
Régie de l'Assurance Maladie du Québec
(RAMQ)

Christiane Rouleau, B.Sc., M.A.P

Directeur associé
Direction ressources humaines,
Information et planification
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal.

Dre Pauline Couture, M.D.

Direction des affaires médicales et
universitaires.
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal.

Marc GONO, Géographe

Institut national de la santé publique du
Québec, Montréal

RÉSUMÉ

À l'instar des systèmes de santé de la majorité des pays, le système de santé comorien a entamé un processus de réforme en 1994 ayant comme objectif de mettre en place un système de santé apte à assurer une amélioration de l'état de santé de la population. Pour atteindre cet objectif et matérialiser le droit à la santé des comoriennes et comoriens reconnu par la constitution de l'union des Comores adoptée le 23 décembre 2001 et par les constitutions des îles autonomes, le système de santé comorien ne doit cesser de se remettre en cause dans le souci de se préparer à relever les défis sanitaires qui se profilent à l'horizon.

C'est dans cette optique que s'inscrit notre projet qui a comme objectif de mettre en place une régionalisation du système de santé comorien afin d'assurer à la population un accès universel à des soins de santé de qualité. S'appuyant sur l'évolution institutionnelle qui accorde une place primordiale et un rôle clé à la décentralisation et sur la dynamique régionale, cette réforme vise à mettre en place des instances régionales qui auront en charge l'organisation des soins de santé selon la nouvelle conception de la santé tel qu'elle est définie par l'organisation mondiale de la santé. Pour mieux outiller cette étude, nous avons observé et analysé l'expérience québécoise, l'une des pionnières en matière de régionalisation.

Cette observation analytique est réalisée suivant une approche méthodologique articulée autour des outils de planification du système de santé et une revue de littérature. Cette dernière s'est appesantie sur les fondements des systèmes de santé et l'orientation vers la décentralisation versus régionalisation. Suivant ces analyses, trois réformes piliers seront proposées: la restructuration de l'offre de soins de santé sur une base régionale, la mise en place de mécanismes de planification sur une base régionale des ressources humaines en santé et la réforme du système de financement de soins de santé. Suite à une étude prospective, il nous paraît que l'option de régionalisation serait en mesure non seulement d'améliorer l'accès aux soins de santé mais aussi, elle serait un maillon fort pour relancer et soutenir le développement socioéconomique.

Mots clés: Régionalisation, offre de soins, gestion du risque maladie et participation communautaire