

**STRATÉGIE DE COOPÉRATION  
DE L'OMS AVEC LES PAYS  
RÉPUBLIQUE DU CAP-VERT**

**2002-2005**



---

# SOMMAIRE

Abréviations .....	v
Préface .....	vii
1. Introduction .....	1
2. Cadre de la politique institutionnelle de l'OMS : Orientations mondiales et régionales .....	3
2.1 Objectif fondamental et mission .....	3
2.2 Nouveaux centres d'intérêt .....	3
2.3 Orientations stratégiques .....	4
2.4 Fonctions essentielles .....	4
2.5 Critères de sélection des priorités .....	5
2.6 Priorités mondiales .....	5
2.7 Priorités régionales .....	6
2.8 Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays .....	6
3. Analyse de la situation : Défis sanitaires et de développement .....	7
3.1 Contexte général .....	7
3.2 Profil de la santé .....	11
4. Assistance au développement .....	25
4.1 Caractéristique générale .....	25
4.2 Donateurs principaux et domaines d'intervention .....	26
4.3 Mécanismes et instruments d'aide et de coordination .....	28
5. Coopération actuelle de l'OMS avec le Cap-Vert .....	30
5.1 Bref historique .....	30
5.2 Équipe de l'OMS dans le pays .....	31
5.3 Intervention du Siège et du Bureau régional .....	32
5.4 Évolution du budget .....	32

5.5	Domaines d'intervention de l'OMS .....	32
6.	Agenda stratégique de l'OMS pour le Cap-Vert : 2002-2005 .....	35
6.1	Considérations générales .....	35
6.2	Principales composantes de l'Agenda .....	35
7.	Implications de l'agenda stratégique .....	40
8.	Conclusion .....	41
	Référence bibliographiques .....	42
Annexes		
1.	Répartition des Structures de Santé sur le Territoire .....	43
2.	Ressources Humaines, pour la Santé .....	44
3.	Organigramme du Ministère de la Santé .....	45
4.	Départments/Organismes/Personnes Consultés .....	46
5.	Processus d'élaboration de la SCP, au Cap-Vert .....	47

## ABRÉVIATIONS ET SIGLES

BEP	Bureau d'études et de planification
BGE	Budget général de l'État
CIS	Chargé de l'information pour la santé
DNP	Directeur national de programmes
ECV	Escudos capverdiens
IDH	Indice du Développement humain
JNV	Journée nationale de vaccination
NTCI	Nouvelles technologies de la communication et de l'information
PIB	Produit interne Brut
PLM	Prévention et lutte contre les maladies
PND	Plan national de Développement
PSF	Promotion de la santé familiale
SCP	Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays
SEC	Secrétariat
SMI	Santé maternelle et infantile
SNU	Système des Nations Unies
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement



## PRÉFACE

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle avait souligné le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, d'où la nécessité urgente de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Ces mesures constituent le fondement de la stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP)

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée des trois niveaux de l'Organisation : bureau de pays, Bureau régional et Siège. La SCP est l'expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays; le programme d'action stratégique qu'elle comprend orientera la coopération entre l'OMS et l'État Membre, pour le moyen terme. La SCP servira de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège, ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

La stratégie de coopération de l'OMS a été élaborée grâce à un processus élargi de consultations auquel ont pris part tous les niveaux de l'Organisation, les Ministères de la Santé, les autres institutions gouvernementales, le secteur privé, les organisations de la société civile, les institutions de formation et de recherche, les partenaires au développement et autres intervenants essentiels dans le domaine de la santé. Le processus a nécessité de profondes réflexions et l'analyse des problèmes prioritaires de santé et de développement du pays et du rôle de l'OMS, tenant compte de ses avantages comparatifs.

Je prends note du processus exhaustif qui a conduit à l'élaboration de ce document et voudrais féliciter le Gouvernement et tous les intervenants du secteur de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés ainsi que leur active participation à ce travail. Pour moi, il ne fait aucun doute que le processus de la SCP aidera les pays à concentrer leurs efforts sur des problèmes de santé prioritaires et à coordonner l'action des différents partenaires et intervenants.

Le défi que nous devons maintenant relever consiste à traduire cette stratégie en actions concrètes, en vue d'améliorer la performance de l'OMS au niveau des pays et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires pour les populations qui en ont le plus besoin.

Dr Ebrahim Malick Samba  
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique  
Organisation mondiale de la Santé



# 1 INTRODUCTION

La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP), s'insère dans le cadre général des réformes en cours, à l'Organisation mondiale de la santé, et elle s'accorde avec les réformes qui s'opèrent dans le monde. Elle définit le cadre dans lequel devra s'inscrire l'ensemble des actions de l'Organisation dans les pays, tout en intégrant le processus managérial de l'OMS. Dans ce contexte, elle doit assurer le lien entre la stratégie institutionnelle dont elle s'inspire, le Budget Programme et le Plan de travail.

Elle se fonde sur les trois principes qui guident le processus d'élaboration de la SCP :

- mieux répondre aux attentes et aux besoins du pays;
- être focalisé et sélectif dans les interventions;
- être plus stratégique, c'est-à-dire, jouer davantage un rôle de conseiller en matière de politiques de santé, de catalyseur et de rassembleur afin de favoriser la mise en place de partenariats stratégiques.

En effet, en l'absence d'un document de Politique nationale en matière de Santé, le processus d'élaboration de la SCP du Cap-Vert a pris en considération, les grandes orientations stratégiques contenues dans les documents suivants: *"Les Grandes options du Plan - Un programme stratégique pour 2002-2005"*; *"Programme du Gouvernement pour la VI<sup>e</sup> législature 2001-2005"*; *"Politique nationale en matière de population, Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, 2002-2006 et "Programme national de lutte contre la pauvreté"*.

La SCP du Cap-Vert prend aussi en compte les Objectifs du Millénaire pour la Déclaration de l'Organisation des Nations Unies, ainsi que la nécessité d'une harmonisation avec les divers cycles de planification des activités du Système des Nations Unies, décrits dans le document stratégique *"Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, 2002-2005"*. (UNDAF)

Le présent document est le résultat d'un consensus et d'un processus participatif, impliquant l'OMS (Bureau pays et Bureau régional), le Gouvernement, notamment par l'intermédiaire des Ministères de la Santé, des Finances et de la Planification, des Affaires étrangères et d'autres organismes de la famille des Nations Unies, les partenaires du développement (bilatéraux et multilatéraux) dans le pays.

## Introduction

---

L'exercice s'est déroulé essentiellement en deux missions, précédées d'intenses consultations internes (entre les membres de l'équipe d'élaboration de la SCP) et externes (élargies aux principaux partenaires) du pays.

S'inspirant des orientations stratégiques, au niveau national, et tenant compte des défis dans le secteur de la santé, ainsi que des avantages comparatifs de l'OMS, trois axes stratégiques ont été retenus pour la période couverte par la présente SCP 2002-2005.

Il s'agit du développement du système de santé, de l'amélioration générale de la situation sanitaire des populations et du développement d'un partenariat stratégique ; ils sont définis comme les principaux axes stratégiques de la SCP au Cap-Vert.

## 2 CADRE DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

Les méthodes de travail de l'Organisation mondiale de la Santé ont changé de manière significative au fil des dernières années. Ces réformes ont, pour objectif essentiel, de contribuer à l'amélioration du rôle des Etats membres, dans la réponse aux principaux défis dans les domaines de la santé et du développement. Ces changements institutionnels ont été définis dans le cadre de la stratégie de coopération de l'OMS.

### 2.1 Objectif fondamental et mission

La mission de l'OMS consiste à continuer de soutenir les pays afin que "toutes les populations atteignent le niveau maximum de santé possible" (Article 1 de la Constitution de l'OMS).<sup>1</sup> La stratégie institutionnelle et le cadre de la politique de coopération avec les Etats membres dans la Région africaine, montrent les aspects clés grâce auxquels l'OMS essaie d'apporter la meilleure contribution possible à l'amélioration de la santé des populations, particulièrement celles de la Région.

Le renforcement des capacités techniques, intellectuelles, ainsi que du leadership, en matière de santé, sont des conditions indispensables pour atteindre les objectifs préconisés. Il faut aussi améliorer la capacité de gestion de l'Organisation afin qu'elle puisse répondre aux besoins des Etats membres.<sup>2,3</sup>

### 2.2 Nouveaux centres d'intérêt

Dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, l'accent est mis sur la réponse aux grands changements mondiaux suivants :

- l'approche de la santé comme facteur de développement humain, d'action humanitaire et de respect des droits humains, avec une attention particulière sur la relation entre la santé et la réduction de la pauvreté;
- l'exécution d'un rôle prépondérant dans la création d'un consensus, national et international, en matière de politiques de santé, de stratégies et de directives, grâce à la promotion de la recherche appliquée et à l'augmentation des connaissances et des compétences;

---

<sup>1</sup> OMS : Programme général de Travail 2002-2003.

<sup>2</sup> Cadre de la Politique institutionnelle de coopération avec les États Membres dans la Région africaine.

<sup>3</sup> OMS EB 105/3 - Stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS

- l'impulsion d'une action plus efficace, visant à améliorer la santé et à réduire les inégalités, en matière d'indicateurs de santé, grâce à la création de partenariats et d'actions de catalysation;
- la création d'une culture de l'organisation, favorable à la réflexion stratégique, à l'influence globale, à l'action immédiate, à la créativité et à l'innovation.

### 2.3 Orientations stratégiques

Sur la base des centres d'intérêt mentionnés ci-dessus, l'OMS a mis au point quatre directives stratégiques qui doivent être utilisées pour soutenir les pays dans l'amélioration de la santé des populations.

Ces directives stratégiques, liées les unes aux autres, constituent le cadre général du travail technique du Secrétariat :

- a) réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout des populations pauvres et marginalisées;
- b) promouvoir les modes de vie saine et réduire les facteurs de risque, en matière de santé;
- c) instaurer des systèmes de santé, financièrement justes, qui permettent d'améliorer les résultats sanitaires de manière équitable, afin de répondre aux attentes légitimes de la population;
- d) concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel, dans le secteur de la santé, et veiller à ce que les questions de santé soient bien prises en compte dans les politiques sociales, économiques et dans celles relatives à l'environnement et au développement.

### 2.4 Fonctions essentielles

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS, décrite ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs du rôle de l'Organisation à ces différents niveaux, à savoir :

- a) articulation consistante des aspects éthiques, des politiques basées sur la recherche et le plaidoyer pour la santé;
- b) facilitation des échanges d'informations, en évaluant les tendances et en comparant le rôle des systèmes de santé; en établissant un programme de recherche et en stimulant son développement;
- c) effet catalysateur des changements grâce à des politiques et à un appui technique visant à stimuler l'action et à soutenir le développement durable des capacités nationales dans le secteur de la santé;

- d) négociation pour rendre durables les partenariats nationaux et mondiaux;
- e) établissement, validation, suivi et facilitation de la bonne mise en œuvre des normes et directives;
- f) essai et stimulation du développement de nouvelles technologies, d'instruments et de directives, pour la réduction des risques et la lutte contre les maladies.

### 2.5 Critères de sélection des priorités

Pour répondre à la nécessité de rendre ses intervention plus efficaces, et compte tenu des limites en matière de ressources, l'OMS a sélectionné un nombre limité de priorités, pour les années à venir. Les critères d'établissement de ces priorités sont les suivantes :

- a) Possibilité de provoquer des changements importants dans le fardeau de la morbidité grâce à des interventions qui respectent le rapport coût-efficacité;
- b) Problèmes de santé ayant un grand impact socio-économique, particulièrement sur la population pauvre;
- c) Nécessité d'appliquer de nouvelles technologies;
- d) Possibilités de diminuer les inégalités, en matière de santé dans les pays et entre les pays;
- e) Nécessité exprimée par les États Membres;
- f) Avantage comparatif de l'OMS. Cet avantage comparatif fait allusion à la prestation de services, à la création d'un consensus autour des politiques, stratégies et directives, ainsi qu'à la mise en place et à la gestion de partenariats.

### 2.6 Priorités mondiales

Les priorités mondiales, pour l'OMS, pendant les quatre prochaines années, sont les suivantes : le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la santé maternelle, la santé mentale; la lutte contre le tabagisme; les maladies non transmissibles; la sécurité alimentaire, la sécurité sanguine; les systèmes de santé et l'investissement pour les réformes à l'OMS. Ce choix s'est basé sur les critères décrits plus haut.

### 2.7 Priorités régionales

La Région africaine est confrontée à de grands problèmes de santé, avec la prédominance des plus bas indicateurs de santé, au niveau mondial; la mortalité maternelle et infantile est la plus élevée dans le monde. La morbidité et la mortalité dues au paludisme, au VIH/SIDA, ainsi que la prévalence de la tuberculose ne cessent d'augmenter, de façon significative. Aussi, la Région africaine a-t-elle choisi 12 domaines d'intervention pour les 4 à 5 prochaines années, à savoir : VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, sécurité sanguine, santé de l'enfant et de l'adolescent, santé mentale, promotion de la santé, les maladies non transmissibles les plus courantes (ex. : cancer, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chroniques), renforcement des systèmes de santé, émergences et actions humanitaires, santé maternelle, ainsi que pauvreté et santé.

### 2.8 Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays

La concrétisation de la stratégie institutionnelle de l'OMS varie d'un pays à l'autre. Les différences seront justifiées par les aspects suivants : la spécificité des aspects de santé, les défis du développement, l'implication d'autres partenaires, le travail actuel de l'OMS dans et avec le pays, ainsi que le cadre de coopération au niveau mondial et régional. Aussi, la stratégie de coopération avec le pays devra-t-elle établir un équilibre entre ses principales fonctions, au niveau du pays, c'est-à-dire, être davantage un conseiller, un agent catalyseur, et s'impliquer dans des activités de routine, au moins, dans des cas bien précis, ainsi que dans des initiatives bien identifiées et pour un temps limité. La typologie opérationnelle des fonctions de l'OMS a été développée sur la base des fonctions essentielles décrites plus haut :

- a) soutenir la mise en œuvre d'activités de routine; (*opérationnel*)
- b) créer un effet catalyseur au niveau de l'adoption de stratégies et d'innovations, et se donner des directives qui stimulent leur mise en œuvre à grande échelle; (*opérationnel*)
- c) soutenir la recherche et le développement; l'application des politiques; la mise au point de directives qui stimulent le suivi du rôle du secteur de la santé, l'évaluation des tendances et l'anticipation; (*stratégique*)
- d) faciliter les échanges d'informations : choix d'options et de positions politiques en matière de santé, adoption de directives, description d'études de cas, diffusion des meilleures pratiques et plaidoyer pour la santé; (*stratégique*)
- e) conseiller, en matière de politiques, servir de comité consultatif, influencer les politiques, et soutenir la coordination de l'action du gouvernement et des autres partenaires. (*stratégique*)

## 3 ANALYSE DE LA SITUATION : DÉFIS SANITAIRES ET DE DÉVELOPPEMENT

### 3.1 Contexte général

#### Généralités sur le pays

D'une superficie de 4033 km<sup>2</sup>, le Cap-Vert est un archipel d'origine volcanique, formé de dix îles et huit îlots. Il est situé dans l'Océan Atlantique, à environ 455 km du cap qui lui a donné son nom, à l'extrême ouest de l'Afrique. L'archipel est partagé, géographiquement, en deux divisions, à savoir, Barlavento et Sotavento et administrativement, en 17 "Concelhos". (*Communes*)

En raison de sa position géographique, à l'extrême ouest du Sahel, le climat est tropical sec, caractérisé par une aridité extrême. Territoire sahélien par excellence, l'eau y est rare, ce qui affecte les conditions de production agricole et l'approvisionnement des populations.

Selon les données du recensement de l'an 2000, la population du pays se chiffre à 434 812 habitants et se compose majoritairement de jeunes. Les femmes représentent 51,9 % de la population totale; la taille moyenne des ménages est de 4,6 personnes et le rapport de masculinité est de 93,7 pour 100 femmes. La densité de la population est de 109 habitants/km<sup>2</sup>, avec des extrêmes qui atteignent 6,8 habitants/km<sup>2</sup>, à Boa Vista et 410 habitants/km<sup>2</sup>, à Praia. La population urbaine est estimée à 53,4 %.

Le taux de croissance de la population a été irrégulier entre les années 1950 et les années 1990. En effet, ce taux a évolué de 2,92 %, dans les années 1950, à 3,09 %, dans les années 1960, à 0,88 %, dans les années 1970 ( du fait de la sécheresse et de l'émigration ), pour remonter à 1,45 %, dans les années 1980 et se situer à 2,4 %, en 2000.

En 1998 la diaspora cap-verdienne a été évaluée à environ 518 180 personnes; on estime qu'en moyenne, entre 2000 et 6000 personnes émigrent chaque année du Cap- Vert. Ce phénomène migratoire est notamment dû aux périodes de sécheresse qu'a connu le pays et pèse énormément sur le processus de développement économique et socioculturel. L'émigration est certes, une source importante de ressources externes pour le pays (18 % du PIB dans les années 1990)<sup>4</sup>, avec une

---

<sup>4</sup> Rapport sur le bilan commun de coopération du SNU/2001.

répercussion sur la balance des transactions courantes et sur le rendement des familles, quoique avec une tendance à la baisse. Cette composante migratoire est constatée également entre les îles et à l'intérieur de celles-ci, surtout vers les centres urbains avec une prédilection pour les villes de Praia et de Mindelo dont les taux de croissance dépassent la capacité d'accueil, en termes d'infrastructures sanitaires et sociales, d'emploi et d'éducation, entre autres.

### Aspects socioéconomiques

Le développement du Cap-Vert est basé sur la rentabilisation de sa position géographique et sur la valorisation de ses ressources et potentialités naturelles. L'économie cap-verdienne est essentiellement une économie de services, avec un secteur tertiaire qui occupe 64 % du PIB, tandis que le secteur primaire ne détient que 13 %, malgré le fait qu'il emploie 47 % de la main-d'œuvre nationale. En accord avec l'indice de développement humain, le pays qui, en 1999, se classait au 105<sup>e</sup> rang sur 174 pays, est passé, en l'an 2000, au 91<sup>e</sup> rang grâce à l'amélioration des indicateurs sociaux qui se montraient relativement favorables.<sup>5</sup>

Selon le recensement de l'an 2000, la moyenne d'espérance de vie était de 71 ans (74,9 pour les femmes et 66,5 pour les hommes), le taux de mortalité infantile était de 33,4 pour mille (INE) et le taux brut de mortalité était de 5,6 pour mille.<sup>6</sup> Le niveau d'éducation de base se situait à 91,9 % de la population âgée de 6 à 15 ans, et l'alphabétisation des adultes à 64 % chez les femmes et 81 % chez les hommes. Le PIB par habitant a été estimé à US \$1354, en l'an 2000.

On estime que le niveau d'endettement se situe à environ US \$301 330 millions et que le service total de la dette est de 53,3% du PIB; celle ci est estimée à US \$559,6 millions. Toutefois, ces données obtenues grâce à l'appui important de l'aide extérieure et à la bonne gouvernance, ne peuvent cacher la fragilité de ces résultats dans un pays fortement dépendant de l'aide, disposant de peu de ressources et subissant les contraintes d'être un archipel.

La fragilité des indicateurs est également liée à la réalité des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent une partie non négligeable de la population cap-verdienne. En effet, les données de l'an 2000 estiment que 30 % de la population vit au seuil de la pauvreté.

---

<sup>5</sup> Rapport sur le développement humain 2001, PNUD.

<sup>6</sup> BEP - Ministère de la Santé.

Le pays se trouve dans une situation macro-économique encore difficile qui se caractérise par<sup>7</sup> :

- a) un déficit public d'environ 9,3 % du PIB;
- b) une dette interne qui atteint 40,3 % du PIB;
- c) un montant des réserves externes de la Banque centrale, évalué à 1,1 mois d'importation<sup>8</sup>;
- d) une pression sur les taux d'intérêts.

Le pays dépend ainsi, en grande partie, de l'aide extérieure. En outre, les données disponibles montrent une réduction de l'aide et de plus en plus, un appel aux emprunts extérieurs. Ainsi dans le secteur de la santé, le budget d'investissement qui était de 6.2 millions de dollars en 1999, était financé pour 8 % par le Gouvernement et 92 % par les partenaires; les proportions sont passées en 2000 à 3 % pour l'Etat et 97 % pour les partenaires, avec une baisse du budget d'investissement à US \$ 4,3 millions.

### *Pauvreté*

L'enquête sur les dépenses des familles de 1988-1989, démontre que la pauvreté, qui était un phénomène essentiellement rural, a évolué vers les centres urbains au cours de ces dernières années. Si dans les zones rurales, la pauvreté se concentre dans les zones les plus arides et dans les zones de forte érosion du fait de la géographie caractéristique du pays, dans les milieux urbains, le phénomène a tendance à se localiser dans les quartiers périphériques où se concentrent préférentiellement les migrants. Cette mobilité des populations rurales pauvres a une conséquence directe sur le développement des villes, notamment Praia, entraînant des constructions illicites et insalubres, la promiscuité, le manque d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et autres services de bases et le chômage. Selon le rapport de la Banque mondiale de 1995, ce niveau de pauvreté, en milieu urbain, serait monté à 38,9 %.

Ainsi, force est de constater que la pauvreté au Cap-Vert est de nature fondamentalement structurelle, avec un indice de vulnérabilité de 57,0<sup>9</sup>; ce qui le place parmi les pays en développement les plus vulnérables.

---

<sup>7</sup> BCV mars 2002

<sup>8</sup> Réserves externes du pays, en cas de crise grave destinées à acquérir biens et services; différentes des réserves de la Banque centrale

<sup>9</sup> Bilan Commun du Pays (CCA), 2001, Système des Nations Unies

### *Indicateurs de pauvreté*

- 30 % de la population est pauvre dont 14 % très pauvre;
- 25 % de la population a accès à l'eau potable par le système d'adduction;
- seulement 10,4 % de la population a accès au système de drainage et 13,9 % aux fosses septiques;
- 15 % des familles n'ont pas accès au logement;
- le chômage atteint 15 % de la population active.

Dans le souci d'atténuer la problématique de la pauvreté et de l'exclusion sociale, le Gouvernement a entamé, en 1997, la mise en œuvre d'un *Programme national de lutte contre la pauvreté*. L'éradication de la pauvreté absolue et l'allègement de la pauvreté en général, constituent un objectif stratégique établi dans *les Grandes options du Plan*, présenté par le Gouvernement en 2001, en attendant d'achever le document sur la Stratégie de réduction de la pauvreté.

En outre, le Gouvernement vient de mettre au point un ensemble de politiques budgétaires, fiscales et financières visant à maintenir et renforcer les équilibres internes et externes et à opter pour l'introduction de nouvelles technologies de la communication et de l'information. (NTCI)

### **Le Cap-Vert et la démocratie**

Indépendant depuis 1975, le Cap-Vert a adopté un régime de parti unique pendant quinze ans. Avec l'ouverture politique et les élections de 1991, le pays est devenu un État de droit et démocratique, avec un régime pluraliste, qui assure l'alternance, à travers le suffrage universel direct et secret.

De 1991 à 2001, trois élections présidentielles et législatives ont eu lieu tous les cinq ans. Quant aux municipales, dont la périodicité est de quatre ans, elles ont déjà eu lieu trois fois.

Les municipalités qui représentent les communautés locales, école de citoyenneté, servent d'éléments de base à la démocratie capverdienne. Elles incorporent le pouvoir local, doté d'une autonomie administrative, financière, et assumant des responsabilités importantes dans le domaine du développement. Les municipalités s'insèrent dans la perspective d'une politique de décentralisation et de déconcentration qui dans le cas du Cap-Vert, revêt une importance capitale en raison de sa particularité géographique.

## 3.2 Profil de la santé

### Aspects généraux

Des progrès importants ont été constatés, au Cap-Vert, dans le secteur de la santé et les principaux indicateurs ont évolué positivement depuis l'indépendance, en 1975. L'espérance de vie à la naissance a été estimée, en 2000, à 74,9 ans chez les femmes et 66,5 ans chez les hommes. Entre 1970 et 2001, le taux brut de mortalité a diminué de plus de la moitié, passant de près de 15 à 5,6 %. Le taux de mortalité infantile a été pratiquement divisé par cinq pendant la même période, passant de 130 à 33,4 %. La mortalité maternelle a connu une évolution irrégulière, bien qu'elle ait présenté des valeurs plus faibles au cours des cinq dernières années, excepté en l'an 2000 (76,1 pour cent mille naissances vivantes).<sup>10</sup>

Divers facteurs auront contribué à cette tendance positive, en mettant en exergue, entre autres, un meilleur accès aux services de santé, les résultats du Programme élargi de vaccination, l'amélioration des conditions d'hygiène et du niveau d'éducation, en général.

A partir de 1991, de nouveaux facteurs ont facilité l'accélération du développement sanitaire; il s'agit, entre autres, de :

- la démocratisation du pays;
- la création des municipalités avec ses implications sur les possibilités ouvertes à l'accroissement de la participation communautaire;
- la libéralisation de l'économie et de son corollaire, le développement d'un secteur privé complémentaire, entre autres;
- l'initiation d'une réglementation adéquate et de l'application d'un système de participation communautaire, sans cependant éliminer le rôle de l'Etat.

Cependant, la persistance de certains aspects négatifs, notamment les déficits organisationnels du système de santé, la faiblesse des ressources humaines, entravent les efforts déployés et expliquent l'émergence des épidémies (choléra, rougeole, poliomyélite, etc.) au cours de ces dernières années. En outre, les problèmes structurels créés par l'adversité des mauvaises conditions climatiques, ainsi que l'insécurité alimentaire et la situation en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, sont des obstacles sérieux dans le domaine de la santé.

---

<sup>10</sup> GEP/Ministério da Saúde.

### Système de santé

#### *Politiques et Programmes de santé*

La Constitution, tout comme la Loi fondamentale relative à la santé (1989), garantit le droit à la santé pour tous les citoyens. La décentralisation et la coopération multisectorielle constituent l'un des axes de la politique du secteur qui est encore basée sur les principes d'égalité et de gratuité des soins, de promotion de la santé, de prévention des maladies et de prestations de services aux femmes enceintes, aux enfants jusqu'à deux ans et aux personnes vulnérables, en donnant la priorité aux régions géographiquement et socialement défavorisées.

Les grandes orientations de la politique de santé figurent dans le *Plan national de développement (PND)*, lequel est mis en œuvre grâce à divers programmes qui soulignent la nécessité d'accorder une meilleure attention à la femme et à l'enfant, à la lutte contre les maladies endémiques et aux épidémies, à l'information et à l'animation en matière de santé, à la formation, au développement et à la valorisation des ressources humaines. Toutefois, le pays ne dispose pas encore d'un plan national de santé.

Après la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, la **Politique nationale sur la population** a été adoptée, et des efforts sont en train d'être déployés pour intégrer les diverses composantes de la santé reproductive dans le système national de santé, pendant qu'un programme national et des normes et procédures de services sont en train d'être formulés.

Vers la fin de 2001, fut créée, par décision du Premier Ministre, la Commission nationale de lutte contre le SIDA, présidée par lui-même. Un *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, 2002-2006*, a été élaboré et il est entendu qu'il servira de cadre d'orientation à toutes les interventions dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

#### *Organisation*

A partir de 1989, avec la publication de la Loi fondamentale relative à la santé, le système de santé au Cap-Vert passe à un système mixte, public et privé. L'organisation du système public de santé est basée sur deux niveaux : le niveau local, correspondant à la zone d'administration de la Délégation de la santé (17 délégations de santé réparties à travers 9 îles), dont l'attribution principale consiste à représenter l'autorité sanitaire dans la commune (*concelhos*) et à garantir le bon fonctionnement des services dépendant d'elle (hôpitaux régionaux, centres de santé, postes de santé et unités sanitaires de base), et le niveau national (central) correspondant au Ministère de la Santé et ses départements. Les deux hôpitaux

centraux (hôpital de Praia et de Mindelo) ont été transformés, à partir de 1993, en services dotés d'une autonomie administrative et financière, et placés sous la tutelle directe du Ministre.

Au niveau central, il existe trois directions générales (Voir Organigramme en Annexe 3 :

- la Direction générale de la Santé qui assure la coordination de 5 programmes intégrés de santé IST/SIDA/Tuberculose /Lèpre; Santé reproductive/PEV; Lutte contre le paludisme/Eau et Assainissement, Santé mentale et Nutrition et la liaison hiérarchique avec les 17 délégations de santé;
- la Direction générale de la Pharmacie;
- la Direction de l'Administration et des Ressources humaines.

Si l'intégration de plusieurs programmes sous la responsabilité d'un même coordinateur offre l'avantage d'une bonne coordination des activités, elle pose néanmoins le problème de la bonne maîtrise de la gestion à l'intérieur de chaque sous-programme.

Ainsi à titre d'exemple, la récente revue du programme élargi des vaccinations révèle l'existence de problèmes dans la gestion et dans l'utilisation des données liés, d'une part, à l'insuffisance et aux faibles capacités des personnels de santé et d'autre part, à la concentration de la coordination au niveau central des activités du PEV et ceux de la santé de la reproduction.

De même, la revue du système de surveillance épidémiologique montre que l'une des faiblesses réside dans la faible capacité en ressources humaines du niveau central et des niveaux périphériques.

Le système national d'information sanitaire, sous la coordination du Bureau Études et Planification, nécessite depuis longtemps une restructuration pour répondre efficacement au processus de gestion.

Le degré de fonctionnalité du niveau du district, représenté par les délégations de santé, est faible en général, en ce qui concerne la planification, la gestion, le suivi/monitoring et l'évaluation. Les principaux problèmes rencontrés se rapportent aux difficultés de recrutement du personnel qualifié, à l'instabilité de ce personnel, à l'inefficacité des services administratifs et financiers, ainsi qu'à la coordination et à l'articulation déficiente entre chefs-lieux locaux et chefs-lieux centraux.

Le système de référence et de contre-référence des soins de santé, malgré son extension, au cours de ces dernières années, présente cependant des limites, à la fois entre les structures du niveau périphérique, et entre ce niveau et les hôpitaux centraux.

### *Infrastructures et équipement*

En 2002, on dénombrait, au niveau du secteur public, deux hôpitaux centraux de référence, trois hôpitaux régionaux, 17 centres de santé, 20 postes de santé et 91 unités sanitaires de base. Des infrastructures privées existent également et sont concentrées surtout dans les villes de Mindelo et Praia (liste détaillée en annexe).

L'accès au système de santé reste peu organisé. Cela est dû à l'absence de définition des rôles respectifs des différentes structures mais aussi à l'incapacité de nombreuses structures de base d'offrir toutes les prestations attendues à leur niveau. Il en résulte un afflux élevé de patients des structures périphériques vers les hôpitaux centraux et des évacuations fréquentes de malades à l'extérieur, notamment dans les domaines de la chirurgie cardiaque, de la traumatologie et de la prise en charge des cancers.

En 2000, on estimait le nombre total de lits d'hospitalisation à 1016 lits, soit une moyenne de un lit pour 427 habitants<sup>11</sup>. La répartition varie de 299 lits pour l'Hôpital Agostino Neto de Praia, à 250 lits à St Vicente, 100 lits à St Antao, 65 lits à St Catarina et 52 lits à St Filipe. La moyenne du nombre de lits offerts, par habitant, varie de 1 lit pour 523 habitants sur l'île de Santiago, à 1 lit pour 318 habitants sur l'île de St Antão, à 1 lit pour 266 Habitants sur l'île de St Vicente, à 1 lit pour 680 habitants, sur l'île de Fogo. D'une manière plus globale, le nombre moyen d'habitants pour 1 lit varie de 1 lit pour 306, 5 habitants dans les îles de Barlavento (îles du nord : St Vicente, St Antao, Sal, St Nicolao et Boavista) à 1 lit pour 534,5 habitants pour les îles de Sotavento. (îles du sud : Santiago, Fogo, Maio et Brava).

Des efforts ont été faits, au cours des années récentes, pour augmenter, sur le plan qualitatif, les équipements disponibles, surtout au niveau local. Toutefois, l'origine très diversifiée de ces équipements ne facilite pas l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de maintenance qui reste très insuffisante.

### *Couverture et utilisation des services*

La couverture sanitaire a été estimée à 80 %, en 1998, (BEP/MS) pour une population, située à moins d'une heure de marche et elle est assurée essentiellement par le secteur public. Les services de santé maternelle et infantile et de planification

---

<sup>11</sup> BEP, Ministère de la Santé.

familiale s'étendent sur tout le territoire national depuis 1980. Toutefois, près de 30 % des femmes n'atteignent pas la cible de 4 consultations pendant la grossesse et à peine 50 % des accouchements ont lieu dans les services de santé, sauf pour les centres urbains de Praia, Mindelo et Sal, où le taux d'accouchement, dans les structures sanitaires s'élève à 70 %. Les soins obstétriques d'urgence ne sont disponibles que dans les deux hôpitaux centraux.

L'enquête sur la population et la santé reproductive (EPSR), menée en 1998, a révélé qu'il n'y avait pas de différence nette entre la zone urbaine et la zone rurale, en ce qui concerne les activités dépendant d'une présence active de services tels que la vaccination. C'est ainsi qu'en milieu urbain, 87 % des enfants étaient vaccinés contre 81 % en zone rurale et à peine 15 % des femmes enceintes en milieu urbain et 14 % en milieu rural n'avaient reçu aucune dose de VAT.

Néanmoins, en ce qui concerne les activités pour lesquelles la demande exprimée par la population est forte, la différence est réelle et au détriment du milieu rural où à peine 33 % des accouchements sont assistés et 39 % des enfants subissent le premier contrôle au premier mois de vie contre respectivement, 76 % et 72 % en milieu urbain. Le taux de prévalence des contraceptifs, en augmentation, a été de 32,9 % pour les méthodes modernes avec des différences entre le milieu urbain (66 %) et le milieu rural (31,4 %). Toujours selon l'EPSR, 21% des demandes en matière de planification familiale n'ont pas été satisfaites.

Les soins de santé, dans les services publics, sont fournis contre paiement de sommes modiques. Les médicaments essentiels sont presque gratuits pour la population moins privilégiée. (Taux de 10 ECV<sup>12</sup> par ordonnance délivrée).

### *Ressources humaines*

On comptait, en l'an 2000, 108 médecins nationaux, 54 médecins étrangers et 303 infirmiers répartis à travers les formations sanitaires du pays. Ces données représentent une moyenne nationale de 1 médecin pour 2324 habitants et d'un infirmier pour 1289 habitants. La répartition, pour les îles du nord (Barlavento), donne un médecin pour 2063 habitants et d'un infirmier pour 1927 habitants; pour les îles du sud, les moyennes sont de 1 médecin pour 3165 habitants et d'un infirmier pour 1269 habitants.

---

<sup>12</sup> Le taux de change du US \$ en 2000 a été en moyenne de 102,554 ECV.

### Structures et répartition des personnels

Type de structure	Nombre d'établissements	Médecins nationaux	Médecins étrangers	Infirmiers
Hôpitaux centraux	2	68	38	123
Hôpitaux régionaux	3	10	8	15
Centres de santé	19	28	7	26
Centre de santé reproductive	5	2	1	19
Poste de santé	22			31
Unité de santé de base	105			89
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>108</b>	<b>54</b>	<b>284</b>

Source : *Revue dépenses publiques - septembre 2002*

La formation du personnel infirmier a été assurée, jusqu'à ce jour, sur une base ad hoc, en réponse aux besoins identifiés. Il en est de même pour la formation des médecins spécialistes. La formation des médecins généralistes se faisant à l'étranger, selon les choix des candidats, toutefois les besoins ressentis, ces dernières années ont amené le Gouvernement à négocier avec la République de Cuba, la formation de 130 médecins généralistes dont la première promotion de 35 médecins arrivera au Cap-Vert, en juillet 2003.

Il importe de noter la construction d'une école de formation paramédicale à St Vicente, en 2000, et la création dans le pays d'un cours de gynécologie-obstétrique.

Les principaux problèmes relatifs aux ressources humaines sont en rapport avec l'absence d'une politique nationale de développement de ces ressources qui se traduit par l'insuffisance de plans de carrière, l'absence de régulation secteur public/ secteur privé, et une certaine démotivation du personnel. En outre, il est à noter une faible formation en santé publique.

#### *Domaine pharmaceutique*

En 1976, le Gouvernement a mis en place une politique pharmaceutique nationale, basée sur le concept des médicaments essentiels et ayant pour objectif général de rationaliser l'usage des médicaments grâce à une stratégie d'approvisionnement du pays en médicaments ayant une qualité garantie et des prix abordables.

L'approvisionnement régulier en médicaments est garanti grâce à la centralisation des achats, par l'intermédiaire d'une entreprise publique qui assure l'importation des médicaments essentiels figurant sur la liste nationale de médicaments, à l'utilisation

de noms génériques, à l'acquisition et à la distribution en gros, dans les secteurs public et privé. Bien que la prescription des génériques soit réglementée, sa pratique reste encore limitée. L'entreprise publique, chargée de l'importation et de la commercialisation des médicaments (EMPROFAC) est en voie de privatisation, ce qui conduira probablement à la libéralisation du marché.

Les médicaments absorbent, hors des hôpitaux centraux, une part importante du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé; néanmoins, les possibilités budgétaires sont loin de pouvoir répondre aux besoins exprimés dans ce domaine. La faiblesse du secteur public pour fournir les médicaments oblige de plus en plus à envoyer la population vers les pharmacies privées. Les achats dans les pharmacies privées correspondent, en 2002, à 75 % des médicaments consommés contre 70% en 1998<sup>13</sup>.

En outre, il a été créé une agence publique, régulatrice des produits chimico-pharmaceutiques et alimentaires qui n'est pas encore entrée en fonction et dont le rôle fait l'objet de nombreuses concertations. Il existe également une entreprise de production de médicaments, au capital mixte, " l'INFARMA ", qui fonctionne depuis 1993 et le secteur pharmaceutique privé couvre presque la totalité des provinces (pharmacies et postes de vente de médicaments).

Les besoins d'une mise à jour, de la politique pharmaceutique nationale qui date de 1976, sont ressentis comme nécessaires pour, d'une part, préciser notamment, le rôle de la direction de la pharmacie dans ses fonctions de régulation du secteur, d'appui à la rationalisation de la prescription, de promotion des médicaments essentiels et dans le contrôle de qualité des médicaments et, d'autre part, pour orienter la réforme en cours, dans le secteur.

### *Financement*

La santé a toujours occupé une place importante dans le budget de l'Etat qui est le principal bailleur de fonds des soins de santé. En 2000, le pourcentage du BGE alloué au secteur de la santé a été de 6,3 % et le pourcentage des dépenses publiques de la santé par rapport au PIB a été de 2,3 %, ce qui signifie que les dépenses de santé, par tête d'habitant, se sont chiffrées à 2539 ECV, soit US \$22,52.

La même année, le budget de fonctionnement s'est chiffré à 920 558 625 ECV tandis que celui d'investissement s'est chiffré à 505 948 000 ECV. De ce dernier, 224 907 000 ECV ont été des dons (45 %), 243 296 000 ECV des emprunts (47 %) et 37 745 000 ECV provenaient du Gouvernement(8 %), ce qui reflète la fragilité financière du pays et sa dépendance vis-à-vis de l'extérieur.

---

<sup>13</sup> Revue des dépenses publiques de santé - Ministère des Finances et Plan/Ministère de la Santé, septembre 2002.

## Analyse de la situation

---

L'évolution du financement du secteur, entre 1997 et 2000, est présentée au tableau, ci-dessus :

	1997 (%)	1998	1999	2000
Budget santé /budget total	5,0	6,8	7,3	6,3
Budget fonctionnement santé/budgetfonctionnement total	7,0	7,3	7,5	8,4
Budget Investissement santé/budgetinvestissement total	2,8	6,1	7,0	4,5
Budget santé /PIB	3,2	2,5	3	2,3
Taux d'exécution du budget defonctionnement	103,4	148,0	127,0	94,5
Taux d'exécution du budget investissementSanté	74,2	40,5	21,2	84,0
Dépenses personnel/dépenses defonctionnement de santé	59,5	66	80,7*	74,7*

Source : BEP/Ministère de la santé

\*Direction de l'Administration et des Ressources humaines, Ministère de la Santé

Selon la revue des dépenses publiques de santé (septembre 2002), la part du budget de fonctionnement, consacrée aux personnels de santé, reste toujours considérable. Entre 1998-2001, les hôpitaux centraux ont bénéficié d'une part aussi importante (22 %), tandis que la faiblesse des moyens mises à la disposition des structures périphériques (4 %), perdure; elles sont contraintes de compter surtout sur leurs propres recettes qui sont dérisoires; quelques centaines de milliers d'ECV pour un centre de santé et un à deux millions pour un hôpital régional).

L'initiative privée reste peu développée. Le recouvrement des coûts est faible et l'assurance maladie, effectuée par l'intermédiaire de l'assurance sociale, couvre environ 24 % de la population. Les mécanismes défectueux de gestion des services de la santé constituent une entrave à la bonne exécution financière.

### Législation/réglementation

La Loi fondamentale relative à la santé, publiée en 1989, a été soumise à deux révisions, en 1991 et 1993. Elle contribue surtout à la consécration du droit à la participation des utilisateurs et des professionnels de la santé. C'est en 1995 que furent publiées les chartes juridiques portant création des carrières médicales et d'infirmiers et qui ont également défini le régime légal de l'exercice professionnel. Vers la fin de 1997, le Gouvernement a lancé la publication des règlements nécessaires à une application correcte de ces chartes dont la mise en œuvre est retardée faute de ressources financières.

Une nouvelle révision de la loi de base de la santé est en train d'être élaborée; celle-ci établira les bases générales qui doivent orienter les actions et services de santé, exécutés avec un caractère permanent ou ponctuel, et ayant comme but la

promotion de la santé et la prévention, le traitement et la réhabilitation. En même temps, une réflexion est en cours sur la régionalisation sanitaire du pays. Ces deux instruments contribueront à l'amélioration de la performance du système de santé du pays, car d'une part, le cadre normatif du système sera mieux défini et d'autre part, la régionalisation permettra une meilleure gestion des ressources humaines, financières et matérielles au niveau déconcentré.

### Situation épidémiologique

Le profil épidémiologique du Cap-Vert est marqué par la transition épidémiologique, et est caractérisé par la coexistence d'une incidence encore significative de maladies infectieuses et une prévalence croissante des maladies dégénératives, telles que celles de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, ainsi que les maladies liées aux mauvais comportements et aux accidents.

C'est ainsi que parmi les principales causes de mortalité, figurent les maladies de l'appareil circulatoire dont le taux de décès, au cours des dernières années, a dépassé celui des décès causés par les maladies infectieuses et parasitaires.

#### *Mortalité infantile*

Les principales causes de mortalité infantile au Cap-Vert demeurent les affections péri-natales (28 %), les maladies infectieuses et parasitaires (27 %), les affections respiratoires (11,4 %) et les maladies nutritionnelles et du métabolisme (6,5 %). Parmi les maladies infectieuses et parasitaires affectant les enfants, les diarrhées sont les plus nombreuses. Plus de 40 % des décès d'enfants de moins d'un an surviennent avant le vingt-huitième jour.

L'écart entre les taux de mortalité infantile des municipalités est relativement important. À titre d'exemple, les municipalités de Praia et São Domingos ont enregistré, en 2000, un taux de près de 52 % contre la moyenne nationale de 33,4 %. La mortalité infantile est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

#### *Mortalité maternelle*

Les décès maternels sont surtout dus à des causes obstétricales directes, telles que l'éclampsie, les hémorragies, les complications après l'accouchement et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.

### *Morbidité*

En raison de l'insuffisance du système d'information pour la santé, et de la faible capacité de diagnostic au niveau des services de santé, jusqu'à présent difficile à suppléer, les informations sur les principales causes de maladie sont essentiellement basées sur le système de déclaration obligatoire des maladies.

### *Maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës, y compris les pneumonies*

Il s'agit des maladies les plus fréquemment notifiées, au cours des cinq dernières années. On constate une réduction de l'incidence et de la mortalité due aux maladies diarrhéiques. De 1995 à 1998, les cas de diarrhée, chez les enfants de moins de cinq ans, sont passés respectivement de 18 381 à 14 914 cas, tandis que le nombre annuel de décès dus à la diarrhée a diminué de 108 décès à 74 décès durant les mêmes années.

Par contre, aucune amélioration n'a été observée au niveau de l'incidence mortelle des affections respiratoires. L'inexistence d'un programme pour la prise en charge intégrée de l'enfant malade peut constituer un handicap important pour l'amélioration de ces indicateurs.

### *VIH/SIDA*

Le premier cas de SIDA, notifié au Cap-Vert, date de 1986, et c'est en 1988 que fut menée l'unique enquête nationale sur la prévalence de l'infection du VIH parmi la population âgée de 15 à 55 ans, qui a estimé le niveau d'infection parmi la population à 0,46 %. Selon les résultats de la surveillance effectuée jusqu'en 1997 par l'intermédiaire des postes sentinelles, il est estimé que la prévalence de l'infection se situe entre 0,37 % et 2,1 %.

La situation épidémiologique de l'infection par le VIH montre encore une augmentation de la fréquence relative des cas dans les zones rurales, chez les jeunes et chez les femmes. Le sex ratio (rapport population masculine sur population féminine) des cas de SIDA est de 1,13 hommes pour une femme. La tranche d'âge la plus affectée se situe entre 25 et 44 ans (62,8 % **de l'ensemble des cas**). En ce qui concerne les régions, Sotavento est la plus affectée avec 81 % des cas. Les îles de Santiago, Fogo et S.Vicente sont les plus atteintes par l'épidémie<sup>14</sup>.

Les infections opportunistes, les plus fréquemment diagnostiquées sont la tuberculose pulmonaire et les autres pneumonies, la diarrhée infectieuse chronique, la candidiase orale et l'infection herpétique chronique.

---

<sup>14</sup> Service d'épidémiologie du Ministère de la Santé.

### *Tuberculose*

La tuberculose constitue encore un problème de santé publique, au Cap-Vert. Depuis 1996, près de 200 nouveaux cas de tuberculose, de toutes les formes, sont notifiées chaque année par le Programme national de lutte contre la tuberculose. En 2000, 217 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, ce qui donne une incidence de 5,0 pour 1000. L'île de Santiago a enregistré, la même année, 73 % des cas. Si on admet un risque annuel de 1,5 %<sup>15</sup>, le taux de détection de la tuberculose infectieuse se situe à 31 % des cas estimés, ce qui reflète des problèmes d'organisation importants, surtout dans la prise en charge des cas.

### *Infections sexuellement transmissibles*

Les infections sexuellement transmissibles, autres que le VIH/SIDA, constituent une des causes de maladies transmissibles importantes au sein de la population jeune, adulte, des deux sexes. Les urétrites, les vaginites, ainsi que la syphilis, l'hépatite B et les autres IST ont augmenté au cours des dernières années. Praia et S. Vicente<sup>16</sup> sont les provinces ayant le plus de cas notifiés. Cependant, il manque des données de qualité et actualisées pour dresser un bilan plus précis de la situation

### *Paludisme*

En ce qui concerne le paludisme, le Cap-Vert est un pays hypoendémique, à risque épidémique et les cas autochtones se rencontrent dans l'île de Santiago, avec la plus haute incidence entre août et novembre, après les pluies. Certains cas importés peuvent se présenter dans presque toutes les îles, en raison des mouvements fréquents de citoyens en provenance du continent. La dernière émergence importante a eu lieu entre 1987 et 1988, avec respectivement 435 et 814 cas.

Sont à l'étude : l'urgence de faire le point de la situation, la mise à jour de la carte de l'anophélisme et l'adoption d'une stratégie nationale visant l'élimination des foyers résiduels et le contrôle du paludisme d'importation.

### *Maladies cibles du PEV*

Deux épidémies graves ont été observées, entre 1997 et 2000 : l'épidémie de rougeole, en 1997, a fait 49 décès, chez les enfants de moins de cinq ans, sur 8584 cas; l'épidémie de poliomyélite, en 2000 dont 52 cas de PFA, ont été enregistrés dans dix districts du pays, avec un taux de létalité de 18,2%<sup>17</sup>. Cette évolution sur un mode épidémique de certaines maladies cibles du PEV doit appeler à une meilleure

---

<sup>15</sup> D'après le document de consensus publié par l'OMS en 1999 - Dye C, scheinle S, Dolin P., Pathnia V, Raviglione Mc, Burden of Tuberculosis : estimate incidence, prevalence and mortality by country JAMA. 1999, 282, 7:677-689

<sup>16</sup> Bulletin épidémiologique - Ministère de la Santé.

<sup>17</sup> Service Épidémiologie/Ministère de la Santé.

surveillance et surtout à l'atteinte et le maintien de taux de couverture très élevée de l'ordre de 90 %, ainsi que l'organisation périodique des campagnes de masse pour empêcher l'accumulation de la susceptibilité aux maladies cibles.

Le taux de couverture vaccinale a été en dessous de 70 %, entre 1999 et 2000 mais depuis 2001 une tendance à la hausse se vérifie, ce qui peut s'expliquer par le plaidoyer autour de l'éradication de la polio et des campagnes de masse contre la rougeole réalisées depuis 1997.

Les données administratives plus récentes (décembre 2001) montrent un taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an de 68,6%<sup>18</sup> et des enquêtes menées en 1999 et 2002 chez les enfants de 12 à 23 mois (méthodologie OMS) ont donné des chiffres pour les enfants complètement vaccinés de 76,9% et 86,3%, respectivement. Cependant, ces chiffres descendent à 59,1% et 74,9% pour les enfants complètement vaccinés avant l'âge d'un an.

En 2002, le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans le PEV de routine avec l'appui de l'UNICEF, représentant le seul vaccin qui n'est pas assuré par le Gouvernement.

### *Maladies non transmissibles*

Les maladies non transmissibles ne font pas encore l'objet de surveillance épidémiologique mais les informations disponibles montrent que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'alcoolisme, les troubles mentaux et neurologiques, ainsi que les tumeurs malignes touchent une frange importante de la population. Néanmoins, on ne connaît pas la véritable ampleur de ces problèmes qui n'ont bénéficié que d'une faible attention dans l'évaluation générale des politiques et programmes; une étude est planifiée pour 2003.

**La situation nutritionnelle** constitue une préoccupation au Cap-Vert, surtout en raison de sa vulnérabilité alimentaire. L'étude la plus récente date de 1994, et elle estime qu'un taux de 16% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, dont 4,8% souffrent de malnutrition chronique grave et 11,4 % souffrent de malnutrition modérée. La situation était plus grave en milieu rural où un cinquième des enfants âgés de cinq ans présentait un déficit nutritionnel.

Les études réalisées par le Ministère de la Santé, en 1996, sur les carences en oligo-éléments, avec le soutien de l'UNICEF et de l'OMS, montrent un déficit modéré en iode, avec un taux de prévalence de goitre de 25,5 %, une prévalence de 70 %

---

<sup>18</sup> Direction nationale du Programme SR/PEV.

d'anémie, chez les enfants âgés de cinq ans, et à peine 2 % des enfants âgés de cinq ans présentent une déficience en rétinol. Chez les femmes enceintes, la prévalence de l'anémie est estimée à 42 %.

Selon le recensement de 2000, le nombre de porteurs de **handicap** était de 13 948 personnes (3,2 %), dont 54 % en milieu rural et 45 % en milieu urbain, 49,9 % d'hommes et 50,1 % de femmes. Par type, 51,5 % des déficiences sont motrices, 17,6 % sont dues à la cécité<sup>19</sup>, 9,8 % à la surdité et 9,6% à la déficience mentale. La Constitution reconnaît **à ces personnes** le droit à une protection spéciale de la part de l'Etat, de la famille et de la société, mais les initiatives relatives à leur réinsertion sont encore timides.

La santé reproductive des jeunes et des adolescents constitue un motif de préoccupation, dans un contexte caractérisé par une tendance vers la précocité de la vie sexuelle et **due aux** risques qui en découlent (grossesse non désirée, IST/VIH/SIDA, entre autres). L'EPSR (1998) a estimé le taux spécifique de fécondité chez les filles de 15-19 ans à 100 pour mille (84 et 116 respectivement en zone urbaine et rurale). Toujours selon la même enquête, 12,54 % des naissances vivantes sont des enfants de jeunes âgés de moins de 20 ans et, parmi elles, la moitié n'est pas désirée.

De nouvelles valeurs et de nouveaux modes de comportement, associés aux problèmes structurels, tels que la pauvreté, la croissance urbaine accélérée due aux migrations internes, la désintégration familiale, ont contribué à aggraver certains des maux sociaux tels que la prostitution, la violence domestique, l'abus sexuel des mineurs, ainsi qu'à l'émergence d'autres maux tels que la consommation de drogues et l'augmentation du nombre des enfants de la rue.

### Défis

La *politique de santé*, y compris la promotion et la prévention, doit être redéfinie et intégrée dans une politique sociale, pour assurer l'égalité dans la prestation des soins, la priorisation des régions les plus géographiquement et socialement défavorisées et l'amélioration de la qualité des prestations.

L'évolution progressive vers une approche sectorielle donnant une vision globale du secteur de la santé, avec toutes les implications nécessaires, constituera un défi pour les prochaines années; cette nouvelle approche se substituera à l'approche projet qui domine dans ce secteur.

---

<sup>19</sup> Le Ministère de la Santé a réalisé en 1998, "l'Enquête nationale sur la prévalence et les causes des déficiences visuelles" qui a révélé une prévalence de 0,77 % pour la cécité bilatérale, 1,66 % pour la baisse de vision bilatérale et 2,25 % pour la perte de vision unilatérale. La cataracte, dite sénile, a constitué la première cause de toutes les déficiences visuelles (cécité bilatérale, 57,7 %, baisse de vue bilatérale, 48,2 %; perte de vision unilatérale, 42,1 %).

## Analyse de la situation

---

Au nombre des défis prioritaires figurent les obstacles au *fonctionnement des services* de santé sur le plan de l'organisation et de la gestion des ressources, ainsi que la définition inadéquate de la complémentarité entre les secteurs public et privé de la santé et les mécanismes de développement de ces derniers. Il faut *améliorer la planification* afin d'augmenter la qualité et la complémentarité des services de santé et pour mieux répondre aux changements du profil épidémiologique en cours.

Les *ressources humaines* pour la santé ont augmenté grâce à une stratégie de formation et d'intégration des cadres. Toutefois, l'absence d'une politique de développement des ressources humaines et l'état embryonnaire de la formation supérieure en santé au Cap-Vert, limite le rythme de formation et oblige le pays à trouver des stratégies adaptées à la réalité, pour créer une capacité professionnelle adéquate.

Le pays possède un réseau d'infrastructures physiques relativement satisfaisant, mais qui a besoin d'être élargi sur la base d'une carte sanitaire; en outre, il faudra une *stratégie de gestion* pour améliorer la rentabilité de ces infrastructures et adopter une politique de maintenance des équipements.

Un autre défi est la mise en place d'un financement harmonieux de la santé qui prenne en compte les équilibres nécessaires entre le recouvrement des coûts, le financement de l'Etat et des partenaires et l'assurance sociale qui devrait voir sa part augmenter, au cours des prochaines années.

Le développement du système de santé exige, à tous les niveaux, le renforcement de la capacité institutionnelle pour soutenir la coopération intersectorielle, un *système d'information sanitaire* se transformant en un instrument d'appui à la prise de décisions et à la recherche en santé visant à accélérer l'incorporation des progrès techniques et technologiques dans le système de santé capverdien.

La réalisation d'ici fin 2003 de quelques études s'avère fondamentale dans les secteurs suivants : appui à la réforme en cours du secteur pharmaceutique, appui à l'élaboration d'une politique des ressources humaines, appui à la modernisation du système d'information, pour en faire un outil de gestion décentralisée, études sur le financement de la santé et sur la thématique santé et pauvreté. Cet ensemble d'études appuieront la réforme globale du secteur de la santé pour lui permettre d'assurer la meilleure performance possible.

## 4 ASSISTANCE AU DÉVELOPPEMENT

### 4.1 Caractéristique générale

La coopération internationale s'insère dans les stratégies de développement, à court et à moyen terme, définies dans le Plan national de développement. Cette coopération reste dominée par une approche projet dont les caractéristiques principales restent la faible coordination et la duplication des efforts pesant lourdement sur les faibles ressources humaines existantes dans le pays.

Une démarche progressive vers une approche sectorielle intégrant la vision du secteur de la santé et renforçant la collaboration entre les différents acteurs du secteur paraît souhaitable à moyen terme.

Pour la mobilisation des ressources, le Gouvernement du Cap-Vert utilise le mécanisme des tables rondes, les commissions bilatérales avec les partenaires et se guide sur les principes suivants :

- a) concertation avec les partenaires du développement;
- b) mise en place d'un cadre souple de coopération;
- c) approfondissement des relations avec les institutions financières internationales;
- d) attraction des investissements extérieurs et de l'épargne des émigrés.

L'aide publique au développement est ainsi une ressource importante du financement du PIB ; elle a représenté 40 % du PIB en 1998, couplée avec les transferts des émigrés l'aide cumule à 70 % du PIB pour cette même année. La répartition de l'APD est la suivante :

- projets d'investissement : 27 %
- coopération technique autonome : 34 %
- aide alimentaire et d'urgence : 21 %
- projet d'aide budgétaire et soutien à la balance de paiement : 14 %
- coopération technique aux projets d'investissement : 4,7 %.

Entre 1999 et 2000, l'évolution de l'assistance au secteur de la santé dans le budget d'investissement a été la suivante (millions d'ECV) :

Composante	1999		2000	
	Montant	%	Montant	%
Aide extérieure	135 361 510	91,7 %	195 459 000	96,9 %
Gouvernement	12 297 880	8,3 %	6 200 000	3,1 %
<b>Total</b>	<b>147 659 390</b>	<b>100 %</b>	<b>201 659 000</b>	<b>100 %</b>

La lecture de ce tableau montre, d'une part, la forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'aide extérieure; ce qui correspond à la tendance générale, au niveau du pays, et, d'autre part, à l'augmentation de cette tendance, avec une réduction accentuée de la contribution du Gouvernement en raison des difficultés de mobilisation de ressources internes, qui découlent de la situation macro-économique difficile mentionnée au chapitre précédent.

### 4.2 Donateurs principaux et domaines d'intervention

Dans le secteur de la santé, les principaux intervenants sont les agences du système des Nations Unies et les partenaires bilatéraux et multilatéraux. Selon les données disponibles, la situation se présente en 2001 comme suit : (Voir tableau)

#### Budget d'investissement 2001 - Partenaires principaux

Partenaires	Montant en ECV (millions/ d'escudos)	% par rapport au montant total	Domaines d'intervention
<b>Bilatéraux(*):</b>			
- Luxembourg	206 163 000	40,7 %	- construction et équipement d'infrastructures (Santiago Nord, Praia et Porto Novo); éducation et santé
- France	8 389 000	1,65 %	- Lutte contre le SIDA
- Portugal	175 288 000	34,6 %	- évacuation de malades, assistance technique, construction d'infrastructures et soins de santé de base
- Suisse	5 092 000	1,006 %	- réhabilitation d'infrastructures (S. Domingos)
<b>Multilatéraux(**):</b>			
- Union européenne	1 100 000	0,21 %	- projet de santé urbaine Praia

Partenaires	Montant en ECV (millions/ d'escudos)	% par rapport au montant total	Domaines d'intervention
<b>Agences du SNU(***):</b>			
- UNICEF	22 672 000	4,47 %	- Soins de santé primaire et nutrition, (vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, la promotion de l'allaitement maternel, lutte contre la malnutrition protéino-calorique, lutte contre les carences en oligo-éléments, la réduction de la mortalité maternelle et périnatale et la lutte contre le VIH/SIDA).
- FNUAP	16.323.000	3,22 %	- Santé reproductive (renforcement du système d'information sanitaire, information-éducation -communication pour la santé reproductive (IECSR), la question du genre et de la santé des adolescents)
- OMS	68 846 000	13,59 %	- Lutte contre les épidémies, surveillance et contrôle des maladies transmissibles, promotion de la santé, achats de médicaments et matériels, formation
<b>Autres:</b>			
- Fondation C. Gulbenkian	2 541 000	0,50%	- Formation
<b>Total du financement extérieur de la santé</b>	<b>506 414 000</b>		

Source: revue des dépenses publiques

\* En ce qui concerne les **partenaires bilatéraux**, il faut noter que le Brésil, la Chine, le Japon et Cuba, entre autres, apportent une contribution importante dans les domaines de la formation, de l'approvisionnement en équipements et d'assistance technique, et que l'Allemagne (GTZ) soutient la santé reproductive, notamment dans les volets de l'information, de la bonne marche des services de santé reproductive et de l'offre de soins de santé de qualité.

\*\*L'**Union européenne** soutient le développement des infrastructures et, en 2002, elle a apporté une aide importante directe au budget, à hauteur de **sept millions d'Euros**, en faveur des secteurs sociaux, éducation et santé, dans le souci de réduire l'impact de l'ajustement structurel dans ces secteurs. La **Banque mondiale**, depuis 2002, soutient le développement d'un programme de lutte contre le SIDA, qui a déjà démarré, avec une mise à disposition de dix millions de dollars.

\*\*\* Quant au **PNUD**, à la **FAO** et au **PAM** qui ne financent pas directement le secteur de la santé, ils sont encore en train de mettre au point un ensemble de programmes qui créeront un environnement propice au succès des projets dans ce domaine. Il importe de souligner que le Gouvernement a déjà demandé au PAM d'élaborer et de mettre en œuvre un projet de nutrition destiné aux femmes enceintes, allaitantes et aux enfants âgés de moins de 2 ans, qui pourrait être exécuté en partenariat avec l'OMS.

Du montant total prévu, ci-dessus mentionné, comme contribution de l'aide extérieure au secteur de la santé, le Gouvernement n'a reçu que 128 875 000, soit 25,4 %. La contribution interne (Gouvernement) s'est chiffrée à 8 000 000 ECV, complétant un total de 136 875 000 ECV, ce qui démontre, une fois de plus, la dépendance du pays vis-à-vis de l'aide extérieure. Le Luxembourg et le Portugal ont été les plus importants bailleurs pour le pays, en 2001, assurant respectivement le financement des structures de santé et des équipements et l'évacuation et la prise en charge des malades capverdiens évacués, suivi de l'OMS qui a contribué pour 68 846 000 escudos, soit 13,59 % .

### 4.3 Mécanismes et instruments d'aide et de coordination

Dans les domaines d'intervention du Système des Nations Unies (SNU) et d'autres partenaires, on constate encore des obstacles importants tels que :

- a) les contraintes à l'intégration des approches;
- b) le dysfonctionnement émanant de la différence entre les cycles de programmation des agences du SNU et les cycles du Gouvernement;
- c) la diversité de partenariats pour un domaine unique d'intervention ou pour la même activité avec des effets négatifs sur l'impact de cette activité;
- d) la faiblesse du dialogue et de la coordination entre les agences et entre celles-ci et les institutions gouvernementales due au manque de mécanismes de concertation;
- e) les coûts administratifs élevés dus au manque d'intégration et de rationalisation des moyens;
- f) l'absence de banque de données commune;
- g) la nécessité d'une meilleure coordination basée sur les programmes et les objectifs à atteindre.

Néanmoins, il faut noter l'existence de certains mécanismes de concertation qui fonctionnent et qui méritent d'être développés, à savoir :

- réunions de concertation des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux du secteur de la santé;
- groupe thématique VIH/SIDA, sous la coordination de l'OMS;
- participation active à la définition de programmes du secteur de la santé, guidés par d'autres partenaires (UNICEF, FNUAP, GTZ);
- tenue de réunions régulières des chefs d'agences du SNU.

En outre, un effort a été fait par les agences du SNU pour la planification et l'évaluation conjointes des programmes et pour l'harmonisation des cycles de programmation afin d'éviter la duplication des actions et d'améliorer la rentabilité des investissements.

En phase expérimentale, il y a la création d'une banque de données commune entre les organismes de coopération bilatérale qui servira d'instrument de coordination, au niveau des partenaires.

Toutes les agences du SNU se sont fortement impliquées dans l'élaboration de l'Évaluation commune du pays (CCA), finalisée en janvier 2002. Y figurent les grands défis et les axes prioritaires relatifs au développement du Cap-Vert; en matière de santé, on y souligne les maladies liées à la pauvreté et aux conditions précaires d'assainissement, d'accès à l'eau potable, à l'hygiène de base, au logement et à la nutrition, ainsi que l'infection par le VIH/SIDA.

Parmi les problèmes économiques, sociaux et sanitaires qui touchent les jeunes, figurent le chômage, la consommation de la drogue, la délinquance, la prostitution, la grossesse précoce, la violence et l'abus des enfants.

Le document de Stratégie de coopération des Nations Unies avec le Cap-Vert, pour 2002-2005 (UNDAF), qui a été validé en mai 2002, comporte les quatre axes prioritaires suivants :

- a) la bonne gouvernance;
- b) le développement d'opportunités économiques, en faveur des pauvres;
- c) l'accès aux services sociaux de base;
- d) la lutte contre le VIH/SIDA.

Il faut souligner que l'exercice qui a abouti à l'élaboration de l'UNDAF, a permis de renforcer l'esprit de cohésion au sein du système des nations Unies, en dépassant les visions sectorielles des agences pour privilégier une approche globale, centrée sur les avantages comparatifs.

## 5 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ : PROGRAMME ACTUEL DE COOPÉRATION AVEC LE CAP-VERT

### 5.1 Bref historique

L'accord de base entre l'OMS et le Cap-Vert a été signé en 1977 et, depuis lors, l'OMS a établi, avec le pays, une coopération technique qui a contribué à l'édification de son système de santé actuel, lequel a remplacé progressivement le système hérité du passé colonial. Ce soutien est devenu plus consistant à partir de mars 1988, avec l'installation d'une représentation dans le pays, et l'OMS s'est impliquée fortement dans la définition des grandes orientations de la politique de santé et des programmes en cours.

De la contribution que l'OMS apporte au développement sanitaire du pays, depuis son indépendance, se détache le soutien apporté :

- à l'élaboration de documents stratégiques, tels que le Plan national de nutrition, la Charte sanitaire, le Plan de lutte contre la carence en oligo-éléments, le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose, le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA;
- à l'amélioration de l'organisation du système de surveillance des maladies à potentiel épidémique et la création (en cours) d'un réseau national de laboratoires pour le dépistage et la lutte contre ces maladies;
- à l'éradication de la poliomyélite;
- à la diffusion des informations relatives à la santé;
- au développement des ressources humaines (renforcement des écoles d'infirmiers, spécialisation des cadres médicaux, cours, stages, etc.);
- à la mise à disposition d'une partie des médicaments essentiels et d'équipements dans les hôpitaux et centres de santé;
- aux interventions d'ONG et d'associations communautaires, dans le secteur de la santé;
- à l'appui pour l'amélioration des conditions de vie de la communauté des Rebelados (localité d'Espinho Branco, commune de Calheta).<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> La communauté des Rebelados est caractérisée par l'auto-marginalisation à base religieuse.

## 5.2 Équipe OMS/pays

Une analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des défis de l'équipe OMS pays est résumée dans le tableau ci-dessous :

Forces	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esprit d'équipe</li> <li>- Bonne collaboration avec le Ministère de la Santé et les autres partenaires</li> <li>- Crédibilité et compétences techniques de l'OMS, reconnues</li> <li>- Bonne capacité de suivi des dossiers.</li> </ul>
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe réduite et déséquilibrée</li> <li>- Equipe insuffisamment informée, sur la mission de l'OMS</li> <li>- Distribution des tâches à améliorer</li> <li>- Dialogues insuffisants, avec le Ministère de la Santé et partenaires.</li> </ul>
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes conjoints des Nations Unies</li> <li>- Maison commune des Nations Unies</li> <li>- Volonté politique</li> <li>- Bonne gouvernance</li> <li>- PALOP/CPLP</li> <li>- Introduction de l'AMS</li> </ul>
Défis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé</li> <li>- Introduction d'une approche sectorielle</li> <li>- Amélioration de la perception du rôle de l'OMS et autres partenaires</li> <li>- Amélioration de la capacité de mobilisation des ressources</li> <li>- Renforcement de l'équipe de l'OMS et des moyens de travail</li> <li>- Mise à disposition des documents en portugais et des compétences appropriées.</li> </ul>

Cette analyse fait ressortir la faiblesse de l'équipe technique en place, du fait de son effectif très réduit, limité au DPC, HIP, AA et AO.

### 5.3 Intervention du Siège et du Bureau régional

Le soutien du Siège, à Genève, et du Bureau régional a été relativement faible. Les appuis financiers se sont concentrés, en 2001, sur les JNV Polio et sur un projet de développement d'une communauté auto-exclue, les Rebelados. Il faut cependant citer les soutiens techniques apportés aux domaines suivants : surveillance intégrée des maladies, éradication de la poliomyélite, renforcement de la capacité des laboratoires à détecter et à lutter contre les épidémies, lutte contre la tuberculose, et surveillance des maladies non transmissibles.

### 5.4 Evolution du budget

Le budget total, pour la période biennale 2002-2003, est de US \$2 297 730 dont US \$2 084 000 relèvent du budget ordinaire et US \$213 730 de fonds extrabudgétaires. Du montant global du budget ordinaire, US \$740 000 (35,5 %) sont destinés au fonctionnement du bureau. On note une augmentation progressive car à la période biennale 1998-1999, le montant du budget ordinaire s'est chiffré à US \$1 730 400, et en 2000-2001 à US \$2 034 000.

### 5.5 Domaines d'intervention de l'OMS

Pour la période biennale 2002-2003, treize domaines d'intervention prioritaires ont été sélectionnés contre dix à la période biennale précédente. L'augmentation est due à l'inscription de trois nouveaux domaines de coopération, à savoir : santé et environnement, préparation et réponse aux urgences et maternité à moindre risque.

Le tableau ci-dessous indique l'évolution du choix des domaines de travail, pour la période 2002-2003

**Tableau comparatif des domaines de travail choisis par l'OMS** pendant les périodes biennales 2000-2001 et 2002-2003 (dotation budgétaire par programme)

N. de A.T.	Programme 2000/2001	% du Budget ordinaire alloué US \$2 034 000	% du Budget Externe alloué US \$165 000	Programme 2002-2003	% du Budget ordinaire alloué US \$2 084 000	% du Budget externe alloué US \$213 000
1	Surveillance et lutte contre les maladies transmissibles	2,4	66,7 Paludisme et JNV Polio	Surveillance des maladies transmissibles	4,3	41,9
2	Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	2,4		Paludisme	0,95	56,1

## Programme actuel de coopération avec le Cap-Vert

N. de A.T.	Programme 2000/2001	% du Budget ordinaire alloué US \$2 034 000	% du Budget Externe alloué US \$165 000	Programme 2002-2003	% du Budget ordinaire alloué US \$2 084 000	% du Budget externe alloué US \$213 000
3	Surveillance des maladies non transmissibles	0,7	3,0	Approche intégrée de la surveillance, prévention et lutte contre les maladies non transmissibles <b>(évolution qualitative horizontale)</b>	1,3	0,93
4	Systèmes de santé	18,2		Organisation des services de santé	29,7	
5	Nutrition pour la santé et le développement	0,98		Nutrition	1,0	
6	Promotion de la santé	6,4	30,3 Communauté des Rebelados	Promotion de la santé	7,7	0,93
7	Santé mentale	0,93		Santé mentale	1,4	
8	Médicaments essentiels et autres	10,5		Médicaments essentiels et politique pharmaceutique	13,7	
9	Sécurité du sang et technologie clinique	1,9		Sécurité du sang et technologies cliniques	1,9	
10	Services des ressources humaines	17,3		Préparation et réponse aux situations d'urgence <b>(nouveau)</b>	1,0	
11				Santé et environnement	0,5	
12				Prévention des incapacités et des traumatismes, et réhabilitation <b>(nouveau)</b>		
13				Rendre la maternité plus sûre <b>(nouveau)</b>	0,95	
<b>Total</b>	<b>10</b>			<b>13</b>		

De manière générale, pour les deux dernières périodes biennales, il n'y a pas de grands changements dans l'allocation et la répartition du budget.

Concernant le choix des domaines d'activité, le bureau OMS du Cap-Vert a essayé de concilier les priorités définies, aux niveaux mondial et de la Région africaine, avec celles du pays, exprimées dans le Plan national de Développement (PND 1997-2000). L'élaboration et l'approbation, en 2002, du document UNDAF pour la période 2002-2005, tout comme la préparation du prochain PND, en cours, permettront de mieux définir les domaines d'activité pour les périodes biennales futures.

Quant aux fonctions prédominantes dans chaque domaine d'activité, on constate que la fonction stratégique est la plus importante, au cours des périodes biennales 2000-2001 et 2002-2003 et qu'il y a lieu de maintenir cette démarche pour 2004-2005. Il va falloir donc prêter une attention particulière à la révision de la planification, pour la période biennale 2004-2005, afin d'éviter à l'OMS de se concentrer sur des fonctions opérationnelles, au détriment des fonctions stratégiques.

## 6 AGENDA STRATÉGIQUE POUR LE CAP-VERT : 2002-2005

### 6.1 Considérations générales

La présente stratégie de coopération résulte de la mission et des principes guidant l'intervention de l'OMS dans les Etats Membres, décrits au chapitre précédent. Elle s'est construite, à partir de constatations découlant de l'analyse de la situation, notamment du secteur de la santé et des interactions avec les principaux intervenants dans ce secteur, ainsi que de l'analyse de la coopération OMS/Cap-Vert.

Il est évident que les réformes et le développement des systèmes de santé, au sens le plus large, constitueront des axes incontournables pour l'amélioration du secteur de la santé au cours des quatre prochaines années. Le programme stratégique représente, ainsi, la symbiose entre les options stratégiques et les priorités du pays, en général et celles du secteur de la santé, en particulier. Elle est conforme aux priorités définies par l'Organisation, pour la Région africaine et s'insère dans la perspective de corrélation entre la santé et la lutte contre la pauvreté, visant le développement humain durable.

### 6.2 Principales composantes de l'Agenda

L'exercice pratiqué avec les entités gouvernementales a révélé la nécessité de retenir les fonctions stratégiques comme prédominantes, tant en matière de développement de politiques et de programmes, qu'en matière de plaidoyer et de soutien à la mobilisation de ressources et au renforcement de partenariats stratégiques.

L'identification des composantes a obéi aux critères suivants :

- pertinence du choix de la composante, par rapport aux besoins ou en fonction des défis du pays;
- pertinence par rapport aux priorités de l'OMS;
- effets de l'intervention sur l'amélioration de l'état de santé des populations, surtout les plus pauvres;
- avantage/capacité réelle et potentielle de l'OMS à soutenir la composante (capacité organisationnelle, disponibilité et capacité des ressources humaines, disponibilité et capacité des ressources financières);
- existence d'opportunités de nouveaux partenariats ou renforcement de ceux qui existent, dans le cadre de la mobilisation de ressources.

Ainsi furent définis, pour 2002-2005, les trois composantes principales suivantes :

- Développement du système de santé
- Amélioration globale de la situation sanitaire des populations
- Développement d'un partenariat stratégique.

La mise en œuvre de chaque composante identifiée s'effectuera à travers les domaines d'activité ci-dessous indiqués. Dans ce contexte, l'OMS devra continuer à apporter sa contribution au renforcement des capacités du Ministère de la Santé, en matière de définition de politiques et de stratégies visant à répondre aux besoins du pays et des populations.

Les interventions de l'OMS s'inscriront essentiellement comme des fonctions de conseil, d'orientation technique et de catalysateur des changements, visant à contribuer aux choix stratégiques du Gouvernement.

En attendant, et compte tenu de la réalité du pays, l'OMS devra maintenir, d'une façon ou d'une autre, le soutien qu'elle apporte déjà à la mise en œuvre des activités de routine, notamment dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies avec, toutefois, l'objectif d'élargir le partenariat et de réduire progressivement la part des financements accordées à ces activités de routine.

### Développement du système de santé

#### *Domaines d'activité (sous-composantes) et principales fonctions de l'OMS :*

L'analyse de situation a mis en évidence les faiblesses du système de santé au Cap-Vert, avec surtout un retard dans le processus de la réforme du secteur. Compte tenu de ce constat, l'appui de l'OMS devra se concentrer sur :

#### *Organisation des services de santé*

Pour aider le Ministère de la Santé, dans le renforcement de la capacité gestionnaire et de l'organisation générale, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en garantissant un système de santé fonctionnel et efficient, l'OMS devra appuyer le Ministère de la Santé, dans l'évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires, l'élaboration des textes légaux, dans la gestion de programmes et dans l'amélioration du système d'information sanitaire. Le monitoring de la performance du système de santé constitue une préoccupation et pour cela, l'OMS fournira l'appui technique et financier nécessaire.

### *Développement des ressources humaines*

Le développement et la gestion des ressources **humaines** restent un gros problème au Cap-Vert, vu la dispersion du pays en îles, et l'insuffisance d'infrastructures pour la formation locale. Ainsi, l'OMS fournira un appui technique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique dans ce domaine et contribuera à la formation continue, à la formation de base et spécialisée.

### *Médicaments essentiels* (accès, usage rationnel, contrôle de qualité)

Prenant en compte que le secteur pharmaceutique, au Cap-Vert doit s'adapter à l'environnement socio-économique créé par l'économie de marché, l'OMS apportera un appui technique et financier pour la révision et la mise en oeuvre des politiques ainsi que pour le plaidoyer en faveur de la prescription rationnelle des médicaments essentiels.

### *Services informatiques et Infrastructures*

Le développement d'une politique pour les équipements et les technologies de la santé constitue une priorité pour le pays. L'OMS fournira un appui dans l'élaboration d'un plan pour la normalisation et la maintenance des équipements et aidera dans la diffusion des normes et standards requis.

## **Amélioration globale de la situation sanitaire des populations**

Malgré le niveau satisfaisant des indicateurs sanitaires au Cap-Vert par rapport à la moyenne dans la région africaine, la reconnaissance de la faiblesse structurelle du pays constitue toujours une grande préoccupation des autorités nationales, du fait de sa vulnérabilité face à l'écllosion des épidémies et à l'émergence et/ou la recrudescence des maladies, transmissibles et non transmissibles. Dans ce contexte, l'intervention de l'OMS a été retenue pour ces sous-composantes suivantes :

### *Prévention et contrôle des maladies transmissibles (éradication de la polio, élimination du tétanos néonatal, rougeole, tuberculose, paludisme, VIH/SIDA et autres maladies à potentiel épidémique) :*

Vu le poids encore élevé des maladies transmissibles dans la morbidité et la mortalité au Cap-Vert, l'OMS poursuivra son rôle de coordination des activités visant l'élimination/contrôle des maladies (préparation et riposte aux épidémies) par le renforcement du système de surveillance épidémiologique intégré et des capacités techniques du personnel et du réseau des laboratoires. Elle encouragera la mise en place de partenariats stratégiques, la mobilisation sociale et l'introduction de la recherche-action.

### *Prévention et contrôle des maladies non transmissibles (nutrition, maladies cardio-vasculaires, diabète, tumeurs malignes, santé mentale et abus des substances psycho-actives)*

En plus de l'appui technique et financier dans l'investigation pour trouver la charge de morbidité et mortalité attribuable aux maladies non transmissibles, l'OMS appuiera également la formulation et la mise en œuvre des stratégies adéquates; elle encouragera aussi l'introduction de technologies appropriées, la diffusion des bonnes pratiques ainsi que le plaidoyer pour la santé.

### *Santé de la reproduction*

Compte tenu de la contribution effective des partenaires multi- et bilatéraux au Programme national de la santé et de la reproduction pour les prochaines années, l'OMS veillera à la diffusion des normes et standards; introduira des approches novatrices, en matière de dépistage des maladies non transmissibles et de la mise à jour des bases factuelles; favorisera aussi la coordination des activités.

### *Promotion de la santé*

Au niveau de la promotion des comportements et styles de vie sains, l'OMS apportera un appui permettant l'échange d'informations, la diffusion des bonnes pratiques et le plaidoyer pour la santé. Elle renforcera également la prise en compte de la promotion de la santé dans les programmes de santé et dans les autres secteurs; elle favorisera l'élaboration d'une politique de promotion de la santé et l'adoption de textes réglementaires appropriés.

### *Sécurité transfusionnelle*

La sécurité de la transfusion est incluse dans la Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA approuvée en janvier 2002, et l'OMS apportera son appui pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique et d'un plan d'action appropriés.

### *Santé et environnement (villes-santé)*

Pour la dynamisation du processus "Villes-Santé" au Cap-Vert, l'OMS jouera un rôle de conseiller en matière de politiques; appuiera la diffusion de normes dans le domaine de l'hygiène, de l'assainissement, de la protection de l'environnement et de la coordination entre les différents acteurs.

### *Santé et pauvreté*

Compte tenu des engagements pris au niveau global pour favoriser la lutte contre la pauvreté, l'OMS s'engage à appuyer la réalisation d'enquêtes et d'études sur le thème : Santé et pauvreté, et à favoriser la protection des milieux défavorisés à travers la promotion de mutuelles de santé et autres mécanismes de solidarité. Elle contribuera également aux études sur les dépenses en matière de santé.

### *Préparation et réponse aux situations d'urgence*

Pour mieux aider le pays à la préparation et à la riposte aux situations d'urgence, l'OMS appuiera les études visant une analyse de la situation des risques et l'élaboration de plans afin de faire face aux risques identifiés. Un accent particulier sera accordé au renforcement des capacités techniques.

### **Partenariat stratégique et mobilisation des ressources**

L'évolution progressive vers une approche sectorielle donnant une vision globale du secteur de la santé, avec toutes les implications nécessaires, constituera un défi pour les prochaines années; cette nouvelle approche se substituera à l'approche projet qui domine dans ce secteur.

La recherche d'une synergie optimale dans la mobilisation et l'utilisation rationnelle des ressources constitue une priorité et une nécessité plusieurs fois constatées par tous les intervenants (Gouvernement et partenaires). À cet égard, l'OMS fournira un appui pour le renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources ainsi que des instruments de coordination des partenariats. À cet effet, elle appuiera d'une part, la mise en place de comités techniques inter-agences associant les partenaires au développement sur les programmes prioritaires (programme d'immunisation, programme intégré de surveillance épidémiologique, programme de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, etc.) et d'autre part, la mise en réseau des partenaires, avec l'objectif ultime de mettre en place un groupe "thématique santé" fonctionnel.

# 7 IMPLICATIONS DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

L'analyse de la situation a permis d'identifier les grands défis qui se posent au Cap-Vert dans le secteur de la santé et qui se rapportent essentiellement à l'amélioration de la réponse aux principaux problèmes de santé des populations, à la gestion des programmes et services de santé, à l'équité en matière d'accès aux soins de santé de qualité et de renforcement de la capacité institutionnelle.

On a également constaté des obstacles à une intervention plus efficace de l'OMS dans le pays, liés surtout aux déficiences du processus de planification des priorités et de suivi des activités.

La réalisation des objectifs définis pour la SCP présuppose l'adoption de nouvelles méthodes de travail qui mettent l'accent sur les principes suivants :

- renforcement de la coordination entre le Siège, le Bureau régional et le bureau de pays, basé sur un meilleur choix des priorités;
- renforcement de la capacité de réponse institutionnelle de l'OMS;
- renforcement du partenariat stratégique.

L'Agenda stratégique devra servir d'orientation future à toutes les interventions de l'OMS au Cap-Vert, au cours des quatre prochaines années, lesquelles devront s'articuler autour de trois composantes principales, à savoir : le développement du système de santé, l'amélioration générale de la situation sanitaire des populations, et le renforcement du partenariat et de la mobilisation des ressources.

Le renforcement des capacités techniques du bureau pays doit constituer une priorité et doit passer par la valorisation des ressources humaines, la rationalisation des effectifs, le recrutement d'experts, si besoin est, et une meilleure disponibilité des appuis du Siège et du Bureau régional.

La recherche de synergies avec les partenaires habituels du secteur de la santé devra guider l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, de manière à rentabiliser les ressources et à optimiser les résultats des interventions.

## 8 CONCLUSION

La nouvelle stratégie de coopération OMS/Cap-Vert procède des grands changements qui se sont opérés dans le monde au cours des dernières années, menant à des réformes à l'OMS visant à apporter une réponse aux défis posés par le nouveau millénaire.

La Déclaration du Millénaire invite à repenser les politiques, les stratégies et les méthodes de travail de manière à ce que l'OMS puisse aider les pays à offrir un niveau plus élevé de santé aux populations.

L'implication des partenaires au processus d'élaboration de cette stratégie a contribué à une appropriation pleine de la part des différents intervenants.

L'amélioration des mécanismes et instruments de coordination entre les partenaires contribuera à une meilleure efficacité des diverses interventions. La SCP, document de base pour le dialogue entre l'OMS et les partenaires, permet de tirer profit des synergies qui se dégageront pour capitaliser l'intervention de l'Organisation.

Les défis en cours qui se posent pour le développement et le renforcement du système de santé, l'amélioration globale de la situation sanitaire des populations et le développement d'un partenariat stratégique nécessitent, pour les surmonter :

- a) de prendre en compte la transition épidémiologique en cours au Cap-Vert;
- b) de considérer la vulnérabilité structurelle liée à la faiblesse des ressources naturelles, à la géographie du pays (archipel, et pays de montagnes), à la sécheresse chronique, et à la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure;
- c) d'intégrer la lutte contre la pauvreté comme composante essentielle du développement économique;
- d) de valoriser et de développer des ressources humaines;
- e) d'assurer une insertion plus grande du Cap-Vert dans l'espace régional africain et dans le monde lusophone.

De même, il est essentiel que le processus des réformes en cours dans le pays s'étende rapidement au département de la santé et implique l'ensemble des acteurs dans ce secteur. Dans ce processus, l'OMS en sa qualité d'agence leader apportera toute sa contribution.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Programa de Cooperação, OMS/Cabo Verde, Biénio 2002-2003 ; *Novembro de 2001, OMS*
2. Declaração do Milénio, *Cimeira de Nova Iorque, 6-8 de Setembro 2000, Resolução A/RES/55/2/ de 8 de Setembro de 2000, Nações Unidas*
3. Programa de Cooperação, OMS/Cabo Verde, Relatório de Acompanhamento Semi- anual : Janeiro a Junho/2001, Praia, *Julho de 2001, OMS*
4. Programa de Cooperação, OMS/Cabo Verde, Relatório de revisão a Meio Percurso 2000/2001, Janeiro a Dezembro de 2000, Praia, *Janeiro de 2001, OMS*
5. Relatório do Balanço Comum do País (CCA) - SNU/2001
6. Plano Quadro das Nações Unidas para a Ajuda ao Desenvolvimento (UNDAF), 2002-2005
7. Perfil do País, OMS Cabo Verde, Março 2002
8. As Grandes Opções do Plano, 2002-2005 - Uma Agenda Estratégica, *Outubro 2001, Ministério de Finanças e Planeamento, República de Cabo Verde;*
9. Programa do Governo para a VI Legislatura, 2001-2005, *Gabinete do Primeiro Ministro*
10. Interim Poverty Reduction Strategy Paper, *Dec. 2001, Ministério de Finanças e do Planeamento, Cabo Verde*
11. Programa de Acção Nacional para o decénio 2001-2010-Resumo, Direcção Geral de Planeamento, Agosto 2001
12. Evolução da Conjuntura Macro- Económica, Direcção Geral Planeamento, *1999/2000;*
13. Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza, 1997, Documento - Quadro, Ministério de Finanças e Planeamento
14. Diagnóstico Sectorial da Saúde (Draft), 2001, Ministério da Saúde
15. Terceira Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000, Ministério da Saúde e Promoção Social, Praia, *Julho de 1997 de 1997*
16. Relatório do Desenvolvimento Humano, 2001, PNUD
17. Revue des Dépenses publiques, juin 2002
18. Etat et Société aux îles du Cap-Vert, Michel Lesourd, 1995, Editions Karthala

# ANNEXE 1 RÉPARTITION DES STRUCTURES DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

## RÉPARTITION DES STRUCTURES DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

ILE	MUNICIP.	USB	PS	CS	CSR	HR	HC	NL	HAB.STRU
BRAVA	BRAVA	3	1	1				18	1496 a)
B.VISTA	B.VISTA	5	1	1				10	523
S.VICENTE	S.VICENTE	3	1	2	1		1	250	8995 b)
S.ANTAO	PAUL	4	2	1				18	1233
	P.NOVO	12	3	1				30	931
	R.GRANDE	9	3		1	1		100	1660
SANTIAGO	CALHETA	5		1				10	3892
	PRAIA	8	1	3	1		1	299	
	S.DOMINGOS	6	1	1				11	
	S.CATARINA	8	1	1	1	1		65	
	S.CRUZ	9	2	1				35	
	TARRAFAL	6		1				32	3829
S.NICOLAU	S.NICOLAU	9	2	2				44	1123
FOGO	MOSTEIRO	4		1				3	2657
	S.FILIFE	9	2		1	1		52	1645
MAIO	MAIO	4	2	1				13	1062
SAL	SAL	2	1	1				26	2773

Source : Revue des dépenses publiques du secteur santé, septembre 2002 - Ministère des Finances et du Plan/ Ministère de la Santé

- a) nombre d'habitants par structure périphérique USB+PS+CS+HR+CSR, à l'exception des hôpitaux centraux accessibles à toute la population du Pays ;
- b) pour S.Vicente et Santiago Sud, les structures de santé périphériques existantes sont amplement complétées par les deux hôpitaux centraux ayant une grande capacité d'accueil ; ces îles relèvent normalement des structures périphériques.

## ANNEXE 2 RESSOURCES HUMAINES, POUR LA SANTÉ

### RESSOURCES HUMAINES, POUR LA SANTÉ (MÉDECINS ET INFIRMIERS)

RESSOURCES	NOMBRE	MOYENNE NATIONALE	MOYENNE PAR GROUPE D'ÎLES	
			BARLAVENTO	SOTAVENTO
MÉDECINS	162	1/2324,1hab	1/2.063,7	1/3165,9
INFIRMIERS	303	1/1289,6 hab	1/1927,9	1/1269,1

*Source: Revue des dépenses publiques du secteur santé, septembre 2002 - Ministère des Finances et du Plan/ Ministère de la Santé*

### DISTRIBUTION DES RESSOURCES HUMAINES PAR ÎLE (MÉDECINS ET INFIRMIERS) (MOYENNE PAR HABITANTS)

ILES	MEDECINS	INFIRMIERS
S.VICENTE	1/1257,9	1/1418,5
S. NICOLAU	1/4553,6	1/910,7
SAL	1/4938,6	1/1852,0
S. ANTAO	1/3389,1	1/1439,3
BOA VISTA	1/4206,0	1/701,0
SANTIAGO	1/3059,3	1/4201,4
MAIO	1/6754,0	1/1125,6
FOGO	1/5143,74	1/1766,1
BRAVA	1/792,0	1/1358,4

*Source: Revue des dépenses publiques du secteur santé, septembre 2002 - Ministère des Finances et du Plan/ Ministère de la Santé*

ANNEXE 3 ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ (MARS 2002  
ADAPTÉ EN DÉC.-LOI N° 21/2001 DU 29 OCTOBRE)

## ANNEXE 4 DÉPARTMENTS/ORGANISMES/ PERSONNES CONSULTÉS

### **I GOUVERNEMENT**

- 1.1 Ministère de la Santé
- 1.2 Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération
- 1.3 Ministère du Plan et des Finances

### **2 SYSTÈME DES NATIONS UNIES :**

- 2.1 PNUD
- 2.2 UNICEF
- 2.3 PAM
- 2.4 FNUAP
- 2.5 FAO

### **3 COOPÉRATION BILATÉRALE :**

- 3.1 Le Luxembourg
- 3.2 La coopération portugaise
- 3.3 La coopération française
- 3.4 La coopération allemande (GTZ)

### **4 COOPÉRATION MULTILATÉRALE :**

- 4.1 L'Union Européenne

## ANNEXE 5 PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA SCP, AU CAP-VERT

### Équipe SCP/Cap-Vert :

**AFRO** : 2 membres

**Bureau Pays** : 3 membres, y compris le Représentant de l'OMS

**Ministère de la Santé** : 1 membre

- **Première mission : 21/03 - 30/03/02**
  - Analyse des documents, par l'équipe SCP
  - Entrevues avec les principaux intervenants, dans le secteur de la santé : gouvernement, partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale
  - "Brainstorming" entre les membres de l'équipe SCP
  - Réunion de consensus, avec l'équipe du Ministère de la Santé, de la Planification et des Affaires étrangères, présidée par le Ministre de la Santé : identification des axes stratégiques, élaboration de la première ébauche.
  
- **Entre les deux missions**
  - Interaction avec les principaux partenaires, concernant la première ébauche, pour obtenir des amendements éventuels.
  
- **Deuxième mission : 09/07 - 19/07/2002**
  - Introduction des commentaires des partenaires
  - Révision et adaptation de l'ébauche
  - Réunion de synthèse, avec l'équipe du Ministère de la Santé, présidée par le Ministre de la Santé
  - Présentation de l'ébauche finale aux agences du système des Nations Unies et autres partenaires.

- **Finalisation de la SCP : juillet-novembre 2002**
  - Transmission du document final au Bureau régional (AFRO)
  - Distribution et revue du document, par le MDC, lors de sa réunion de revue et d'adoption des documents de la SCP, à Harare, les 14 et 15 octobre 2002
  - Correction finale du document
  - Envoi de la version corrigée à AFRO.
- **"Brainstorming"** entre les membres de l'équipe SCP.
- **Réunion de consensus** avec l'équipe du Ministère de la Santé, de la Planification et des Affaires Étrangères, présidée par le Ministre de la Santé (**identification et élaboration des axes stratégiques** dans le secteur de la santé : Gouvernement, partenaires; **analyse des documents**).
- **Entrevues**, avec les principaux intervenants, dans le secteur de la santé : Gouvernement, partenaires de la coopération, Ministère de la Santé.
- **"Brainstorming"** entre les membres de l'équipe SCP.
- **Réunion de consensus** avec l'équipe du Ministère de la Santé, de la Planification et des Affaires étrangères, présidée par le Ministre de la Santé (**identification des axes stratégiques, élaboration du premier brouillon**).