

REPUBLIQUE DU CAP VERT
Ministère des Finances et du Plan
Ministère de la Santé

REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES
DU SECTEUR SANTE

27 JUIN 2002

Principaux sigles utilisés

Sigles	Signification
AAL	AIDE ALIMENTAIRE
BCCP	Bureau central de la comptabilité publique
CFAA	Country Financial accounting assessment
CNNC	Commission nationale de normalisation comptable
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé Reproductive
CVDTF	Trust Fund
DCP	Direction de la Comptabilité Publique
DGF	Direction Générale de la Pharmacie
DGPE	Direction Générale du Patrimoine de l'Etat
DGPS	Direction Générale de la Protection Sociale
DGRHA	Direction générale des ressources humaines et de l'administration
DGS	Direction Générale de la Santé
DGT	Direction Générale du Trésor
DGTE	Direction Générale du Travail et de l'Emploi
DRIES	Desevolvimento da rede de infra-estrutura e equipamentos de saúde
DSA	Direction des Services Administratifs
EMPROFAC	Pharmacie centrale – Empresa nacional de produtos farmacêuticos - SARL
ERSO	Economic reforms support operation
FDN	Fonds de contrepartie
FEED	Fons spécial de stabilisation et Développement
FSA	Fonds services autonomes
GEDSE	Cabinet d'études et de programmation du système éducatif
GEO	Gabinete de Estudos e Orçamento
GEP	Cabinet d'études et de programmation de la santé
HAN	Hôpital Agostino Nheto Praia
HBS	Hôpital Baptista de Sousa Mindelo
HC	Hôpital Central
HR	Hôpital régional
IDSR	Enquête démographique de santé reproductive
IEC	Animação e informação para a saúde
IGS	Inspection générale de la santé
IGT	Inspection Générale du Travail
INE	Institut National des statistiques
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
LDEE	Luta contra as doenças endémicas e epidémicas
OFN	Outras fontes Nacionais
PAASCV	Programme d'appui à l'ajustement structurel du Cap Vert
PARE	Programme accéléré de réformes Economiques

PMI/PF	Protection maternelle et infantile - planification familiale
PND	Plan National de Développement
PNLP	Programme National de lutte contre la pauvreté
POC	Plan Officiel Comptable
PPIP	Programme puri-annuel des Investissements publics
PRSP	Programme de réduction substantielle de la pauvreté
PS	Poste de Santé
RAFE	Réforme Administrative et financière de l'Etat
S. A.	services autonomes
SEAPD	Secrétariat d'Etat administration publique
SEAPM	Secrétariat d'Etat adjoint au Premier Ministre
SEREAPRL	Secrétariat d'Etat administration publique et locale
TCMF	Titres Consolidés de Mobilisation Financière
TF	Trust Fund
TP/C	Titres de participation aux Revenus
TP/R	Titres de participation au Capital
UC-RDP	Unité de Coordination RDP
USB	Unité de Santé de Base

SOMMAIRE

INTRODUCTION : OBJECTIFS DE EXERCICE ET METHODOLOGIE APPROCHE	1
<u>1. SITUATION ET OBJECTIFS SANITAIRES AU CAP VERT</u>	<u>3</u>
1.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION	3
1.1.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION	3
1.1.2. NAISSANCES ET MORTALITES INFANTILES.....	4
1.2. LE SYSTEME SANITAIRE ET SES OBJECTIFS	6
1.2.1. CONDITIONS SANITAIRES AU CAP VERT	6
1.2.2. PROGRAMME DE REDUCTION SUBSTANTIELLE DE LA PAUVRETE (PRSP)	7
1.2.3. CARTE SANITAIRE	8
1.3. CHARGES DE SANTE DANS LES DEPENSES PUBLIQUES	12
<u>2. FINANCEMENT DU SECTEUR DE SANTE PUBLIQUE</u>	<u>15</u>
2.1. LE BUDGET INVESTISSEMENT	15
2.1.1. SON IMPORTANCE	15
2.1.2. LES GRANDS PROGRAMMES EN COURS	15
2.1.3. ORIGINE DES FINANCEMENTS	17
2.1.4. REPARTITION DES FINANCEMENTS PAR SOURCE	18
2.1.5. LA REPARTITION PAR ILE ET PAR NIVEAU	21
2.2. LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT	22
2.2.1. LA GESTION AU NIVEAU DU MINISTERE DE LA SANTE	22
2.2.1.1 Budget santé et niveau d'exécution	22
2.2.1.2 Analyse de la structure des dépenses de fonctionnement relatives à la santé.....	24
2.2.2. LES FINANCEMENTS PUBLICS CONSENTIS AUX STRUCTURES DECENTRALISEES ET LEURS RECETTES PROPRES.....	26
2.2.3. LES DOTATIONS BUDGETAIRES AUX HOPITAUX ET LES RECETTES HOSPITALERES	30
2.2.3.1 Les deux hôpitaux centraux : Agostinho Neto et Baptista de Sousa	30
2.2.3.2 Le Centre national de développement sanitaire (CNDS)	32
2.3. APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS	33
<u>3. LA MISE EN ŒUVRE DES FINANCEMENTS PUBLICS</u>	<u>37</u>
3.1. LE PROGRAMME INVESTISSEMENTS PUBLICS	37
3.1.1. SPECIFICITE	37
3.1.2. MISE EN ŒUVRE	37
3.2. LA CHAINE DE LA DEPENSE AU BUDGET DE FONCTIONNEMENT : SES FRAGILITES.....	38
3.2.1. REPARTITION DES LIGNES BUDGETAIRES SELON LES SERVICES GESTIONNAIRES	38
3.2.2. GESTION DES CREDITS DECENTRALISEES.....	41
3.2.3. LA CHAINE DE LA DEPENSE	43
3.3. IMPORTANCE ET CONTRAINTES DU FINANCEMENT PUBLIC DE LA SANTE	48
3.3.1. LE POIDS DES CHARGES RECURRENTES.....	48
3.3.2. ESTIMATION DES CHARGES RECURRENTES	49
<u>4. LES COUTS DE LA SANTE ET LEUR PRISE EN CHARGE PAR LA COLLECTIVITE</u>	<u>51</u>
4.1. PROBLEMATIQUE DE L'ACCES AUX SOINS	51
4.2. LE COUT DES SERVICES DE SANTE.....	53
4.2.1. CONNAISSANCE ET TRANSPARENCE DES COUTS.....	53
4.2.2. LES SERVICES PRIVES DE SANTE	57
4.3. CONTRIBUTIONS DES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE.....	59

4.3.1. LA COUVERTURE DES FONCTIONNAIRES	59
4.3.2. L'INPS.....	60
4.3.2.1 Statuts et place de l'INPS dans le système de protection sociale.....	60
4.3.2.2 Gestion de l'INPS	61
4.3.2.3 La branche maladie.....	62
4.3.3. LES AUTRES SYSTEMES D'ASSURANCES	65
<u>5. ADEQUATION DES DEPENSES PUBLIQUES ET DE LA POLITIQUE DE SANTE</u>	<u>66</u>
5.1. POLITIQUE POURSUIVIE CES DERNIERES ANNEES.....	66
5.2. POLITIQUE ENVISAGEE POUR LE PROCHAIN PLAN DE DEVELOPPEMENT	68
<u>6. RECOMMANDATIONS.....</u>	<u>72</u>
6.1. CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT ET LE FINANCEMENT DU SECTEUR SANTE	72
6.1.1. MISE EN PERSPECTIVE DE LA PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT DE LA SANTE.....	72
6.1.2. RECOMMANDATIONS PRATIQUES	73
6.1.3. RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE SUIVI.....	75
6.1.3.1 Suivi et transparence des financements	75
6.1.3.2 Dispositif de pilotage et de suivi au sein du GEP Santé	76
6.2. CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DES DEPENSES PUBLIQUES	76
6.3. LOGIQUE, INDICATEURS DE SUIVI ET INCIDENCES ADMINISTRATIVES ET BUDGETAIRES	77

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1 : Maladies déclarées – incidence pour 10 000 habitants	3
Tableau 2 : Nombre moyen d'enfants par femme	4
Tableau 3 : Caractéristiques de croissance de la population observées au dernier recensement	4
Tableau 4 : Evolution du taux de mortalité infantile	5
Tableau 5 : Evolution des indicateurs de mortalité maternelle et infantile précoce	5
Tableau 6 : Evolution de la couverture vaccinale.....	5
Tableau 7 : Evolution du taux de mortalité après 5 ans	5
Tableau 8 : Objectifs et stratégies en matière de santé pour combattre la pauvreté	8
Tableau 9 : Lits pour 1000 habitants.....	10
Tableau 10 : Structures et répartition des personnels	11
Tableau 11 : Médecins et infirmiers dans les delegations de sante en 2002.....	11
Tableau 12 : Répartition des structures de santé sur le territoire	11
Tableau 13 : Activités à l' Hôpital Agostinho Neto	12
Tableau 14 : Activités à l'Hôpital BAPTISTA DE SOUSA.....	12
Tableau 15 : Indicateurs des dépenses publiques de santé programmées.....	13
Tableau 16 : Budgets d'investissements de la santé et budgets d'investissements totaux	15
Tableau 17 : Principaux programmes de santé en œuvre	15
Tableau 18 : répartition des financements par type de financements	17
Tableau 19 : REPARTITION des financements par bailleur	20
Tableau 20 : Répartition des investissements par île	21
Tableau 21 : Part du budget de fonctionnement de la santé dans le budget total	22
Tableau 22 : Exécution du budget santé.....	23
Tableau 23 : Taux d'exécution du budget total	23
Tableau 24 : Répartition des budgets initiaux et des comptes définitifs par chapitre	25
Tableau 25 : Financements gérés par la DSA Santé relatifs aux structures de santé Concernant les charges de personnels (chapitre 01).....	27
Tableau 26 : Financements gérés par la DSA Santé relatifs aux structures de santé Concernant les fournitures de biens et services (chapitre 02).....	27
Tableau 27 : Dépenses constatées sur gestion propre pour chacun des deux hôpitaux centraux	31
Tableau 28 : Recettes effectives des hôpitaux centraux.....	32
Tableau 29 : Budgets exécutés du CNDS et prévisions budgétaires 2002	33
Tableau 30 : Besoins exprimés et dépenses consenties pour les médicaments par la DGF	34
Tableau 31 : Répartition des achats de médicaments par île	34
Tableau 32 : Répartition des achats par structure de santé	34
Tableau 33 : Ventes de médicaments par INPHARMA	35
Tableau 34 : Ventes de médicaments par EMPROFAC	35
Tableau 35 : répartition des ventes de médicaments	36
Tableau 36 : Nombre de cotisants et d'assurés.....	61
Tableau 37 : Dépenses et recettes de l'inps	61
Tableau 38 : Evolution des recettes et dépenses de la branche maladie	62
Tableau 39 : Evolution et structure des dépenses de la branche maladie.....	63
Tableau 40 : Logique pour améliorer l'efficience du système public de santé	78
Tableau 41 : Logique pour améliorer l'efficacité des dépenses publiques de santé	79
Graphique 1 : Part des dépenses de santé programmées au budget de fonctionnement.....	14
Graphique 2 : Part des investissements de santé programmes au budget d'investissement	14
Graphique 3 : Répartition des financements par bailleur	20
Graphique 4 : Distribution des dépenses de santé programmées de 1998 à 2002	22
Graphique 5 : Répartition des dépenses effectives de santé de 1998 à 2001.....	26
Graphique 6 : Réquisition depuis une délégation	44
Graphique 7 : Achats directs de biens et services relevant de la dcp.....	45
Graphique 8 : Achats de biens et services relevant de la DGPE	46
Graphique 9 : Soldes des différentes branches	62
Graphique 10 : Evolution des recettes et dépenses de la branche maladie	63
Graphique 11 : Evolution des différents postes de dépenses de la branche maladie	63
Graphique 12 : répartition des charges de la branche maladie en 2001	64

Résumé

La revue des dépenses publiques de santé s'inscrit dans le cadre de l'exercice de revue globale des dépenses publiques de l'Etat en vue de rechercher une meilleure efficacité des procédures de mise en œuvre du budget. S'agissant d'un secteur social, et en application du Programme de réduction substantielle de la pauvreté, elle vise encore à diriger en priorité les efforts de gestion vers les secteurs dont l'activité a un impact immédiat sur les conditions de vie des populations. Enfin, pour l'Union Européenne, l'amélioration des finances publiques dans les secteurs de l'éducation et de la santé est un axe majeur de sa stratégie de coopération.

Le Cap Vert a fait jusqu'alors des efforts appréciables en direction des secteurs sociaux, la part budgétaire réservée est une des plus importantes du continent africain et les indicateurs sociaux qui traduisent les résultats obtenus sont aussi parmi les meilleurs (Cf. § Annexe 1). L'apurement de la dette interne à laquelle se trouve confronté aujourd'hui le pays risque l'amener à réduire ses efforts en direction des secteurs sociaux. L'objectif est de l'aider à préserver les parts budgétaires affectées mais aussi de l'assister pour des réformes structurelles qui pourront permettre plus d'efficacité des dépenses publiques.

Les conditions de vie au Cap Vert sont à la fois celles d'un pays sahélien exposé aux caprices du régime des pluies et à l'insuffisance générale des ressources en eau et celles d'un pays isolé, dont le territoire se trouve éclaté en plusieurs îles. Ces caractéristiques géographiques définissent bien les contraintes économiques et sociales des populations. L'épidémiologie du pays est très directement fonction de ce positionnement et le système de santé nécessaire pour y faire face doit être adapté à la fois aux problèmes médicaux que rencontrent les populations, et aux contraintes de déplacement dans un archipel.

Dans les années 1990, le pays présentait des indicateurs de santé tout à fait satisfaisants (couverture vaccinale des enfants à 90%). Cette dernière décennie a vu s'infléchir nombre d'indicateurs bien que la contribution budgétaire au secteur santé soit restée dans des proportions identiques (près de 10% du budget de fonctionnement). La situation n'est sans doute pas encore catastrophique mais les départs d'épidémies constatées ces dernières années (Choléra, poliomyélite) trahissent la fragilité de la logistique de santé et sans doute aussi les limites d'efficacité du dispositif de financement public. En effet, malgré des efforts budgétaires constants et même en augmentation, force est de constater que l'impact attendu n'a pas toujours été obtenu.

De nouvelles infrastructures sont aussi venues compléter la carte sanitaire et les hôpitaux de référence ont vu leurs dotations augmenter de façon substantielle (Cf. § Tableau 27). Les investissements consentis sur ressources extérieures ont porté sur l'accroissement des capacités d'accueil des structures de base. Le budget d'investissement reste pourtant très mal maîtrisé et dépend pour beaucoup encore des décisions des bailleurs de fonds. Il se divise en 5 grands programmes (① Santé de la mère et de l'enfant, ② Structures du système de santé, ③ Formation, développement et valorisation des ressources humaines, ④ Lutte contre les maladies endémiques et les épidémies, ⑤ Animation et information pour la santé) initié en partie par les stratégies des bailleurs de fonds, mais l'essentiel des efforts de financements reste dirigé vers les infrastructures. Sans doute, l'isolement de certaines populations et l'encombrement des services des hôpitaux par des soins de base expliquent ces choix. Mais le remède ne semble pas porter des résultats tangibles. L'accès au système de santé reste très indiscipliné et nombre de structures de base ne sont pas encore en mesure d'offrir toutes les prestations attendues à leur niveau.

Le budget de la santé reste conséquent (Cf. § Tableau 21) et se trouve toujours exécuté à près de 100% mais les dépenses effectuées en fin de compte ne sont pas toujours celles prévues lors de la programmation. Les multiples révisions du budget en cours d'année, et la facilité avec laquelle les gestionnaires obtiennent un réaménagement des crédits expliquent cette situation. Déjà, la part faite aux personnels de santé dans le budget est considérable, mais les réaménagements de crédits sont encore faits en leur faveur. La part restante pour le fonctionnement des structures de santé qui ne bénéficient pas d'autonomie financière (toutes les structures, excepté les deux hôpitaux centraux) se trouve très réduite. Si l'on écarte les subventions faites aux Hôpitaux centraux (22% de la dotation budgétaire santé sur la période 1998-2001), les charges de personnel absorbent 77% du budget restant, les médicaments et évacuations 19%, et seulement 4% reste réservé pour l'achat des biens et services nécessaires au fonctionnement des structures (Cf. Analyse de la structure des dépenses de fonctionnement relatives à la santé, page 24). Jusqu'en 2000, la structure des réalisations budgétaires santé s'écartaient assez fortement de la structure des dépenses envisagée lors de la programmation, ce qui trahit la difficulté au niveau des services à respecter les choix qui ont pu être fait lors de l'élaboration budgétaire. En 2001, le programme budgétaire a été mieux respecté mais celui-ci n'avait pu être arrêté qu'en cours d'année quand nombre de dépenses avaient déjà été faites, ce qui traduit l'alignement du budget sur les choix des gestionnaires et non l'alignement des gestionnaires sur les choix des décideurs politiques .

Ce qui retient l'attention, c'est la faiblesse des moyens à disposition des structures de base qui ne disposent que de 4%. Si l'on ôte encore la part qui revient aux subsides consentis aux personnels qui figurent dans cette rubrique (Alimentação, roupas e calçado¹) et celle qui est réservée pour les déplacements et séjours (Deslocações e Estadias), c'est moins de 2% du budget de fonctionnement qui reste réservé au fonctionnement des structures autres que les Hôpitaux centraux. Ces crédits sont mis en œuvre sur réquisition des services auprès du Ministère de la santé et leur obtention prend beaucoup de temps (3 à 4 mois quelquefois). Les responsables des structures périphériques comptent surtout sur leurs recettes propres même si celles-ci constituées à partir du ticket modérateur restent très faibles (quelques centaines de milliers d'ECV pour un centre de santé, de l'ordre de un ou deux millions pour un hôpital régional). Néanmoins, le personnel reste très motivé et effectue sa mission consciencieusement. Pourtant ces recettes propres qui sont les seules ressources financières accessibles en gestion directe par les structures décentralisées sont assez mal connues et font l'objet d'un enregistrement sommaire dans un cahier recettes – dépenses et sont justifiées par les souches des tickets modérateurs et par les factures des achats.

Les subventions aux hôpitaux ont été fortement augmentées dans la période, de 155 millions en 1998 à 250 millions d'ECV en 2002 (Cf. Tableau 27 : Dépenses constatées sur gestion propre pour chacun des deux hôpitaux centraux). En revanche, les recettes propres des deux hôpitaux sont restées étrangement stables. La pratique tarifaire n'a pas changé et les revenus du ticket modérateur et des autres prestations courantes (consultations supplémentaires et chambres particulières) sont à peu près toujours les mêmes.

Moyennant ces conditions de fonctionnement (salaires pris en charge + subventions à la gestion + recettes propres), les Hôpitaux remplissent leurs missions bien que celles-ci débordent largement le rôle dévolu aux hôpitaux de référence. Les malades qui relèvent d'une structure de base encombrant aussi les services hospitaliers et altèrent sans aucun doute la qualité des soins hospitaliers, mais cet accueil par les hôpitaux centraux complète utilement les services rendus par les structures périphériques. Si les malades choisissent de préférence l'hôpital aux autres structures à leur disposition c'est parce qu'ils souhaitent obtenir le meilleur traitement mais c'est aussi parce qu'ils savent que les structures périphériques les renvoient bien souvent vers l'hôpital dès que des analyses ou des examens complémentaires sont requis. Ce constat révèle la confusion qui existe dans l'accès à la pyramide de santé. L'absence de définition des rôles respectifs des différentes structures explique en partie ces comportements, mais l'insuffisance d'équipements des

¹ Surtout concernant les personnels coopérants.

structures périphériques engage les patients à chercher ce qu'ils croient être le meilleur service. Les professionnels de santé de leur côté, n'ont aucun moyen de faire respecter la discipline d'accès ni par district géographique, ni selon les urgences ni encore en fonction des types de couverture sociale. A l'accueil du malade aucune information sur sa situation ne lui est réclamée et quand bien même, chacun peut aménager sa réponse puisqu'il n'est pas tenu d'en apporter la preuve.

Dans un dispositif de santé qui se veut gratuit, l'approvisionnement en médicaments est un aspect essentiel de la prise en charge des soins. Dans le dispositif de santé publique, hors des hôpitaux de référence, les médicaments absorbent 19% du budget de fonctionnement. Les moyens financiers à disposition de la Direction Générale des Pharmacies pour le renouvellement des stocks sont contenus autour de 100 Millions d'ECV par an. Les habitudes de livraison prises avec les deux fournisseurs : EMPROFAC et INPHARMA, permettent de moduler les approvisionnements en fonction des demandes et de réajuster éventuellement les règlements budgétaires les années suivantes. Néanmoins, les possibilités budgétaires sont aujourd'hui loin de pouvoir répondre aux besoins exprimés par la DGF (Cf. Tableau 30 : Besoins exprimés et dépenses consenties pour les médicaments par la DGF). Les génériques pour l'essentiel acquis auprès de la structure locale de production (INPHARMA) correspondent au tiers des prescriptions dans les structures de santé. Les hôpitaux centraux font des consommations de médicaments bien supérieures à toutes les autres structures de santé.

Comme le secteur public est de moins en moins en mesure de fournir les médicaments, les malades sont renvoyés vers les pharmacies privées avec une ordonnance. Les achats dans les pharmacies privées correspondent en 2002 à 75% des médicaments consommés, pourtant seuls les affiliés à l'INPS bénéficient d'un remboursement aux $\frac{3}{4}$, les autres sont tenus de régler la totalité du prix. En 1998, ils n'en représentaient que 70%. La part des génériques vendus dans les pharmacies privées (35%) est plus importante que la part distribuée (- de 20%) dans les structures publiques de santé. Quand les malades sont invités à participer, les médecins s'efforcent sans doute de les diriger vers les médicaments aux meilleurs prix.

L'analyse des financements publics de santé révèle la faiblesse des moyens réservés aux achats de biens et services autres que les médicaments. Elle invite aussi à se soucier de la façon dont les dépenses sont engagées et mises en œuvre. La chaîne de la dépense fonctionne sur la base d'habitudes solidement ancrées mais sans référence aux textes officiels, lesquels n'existent pas forcément. Il n'existe pas encore de code des marchés et la nomenclature des pièces justificatives des dépenses publiques n'est pas établie. Les

achats donnent lieu officiellement à une recherche de concurrence mais rien ne permet de le vérifier. Il existe des appels d'offres pour les marchés importants mais la législation qui les régit se limite aux conditions des marchés de travaux publics. L'indépendance des fonctions et des responsabilités dans la chaîne de la dépense est loin d'être respectée, et les fonctions de contrôle a priori comme a posteriori ne sont pas clairement attribuées. Les missions d'ordonnancement et de liquidation se trouvent réparties entre plusieurs services du Ministère des finances sans que la hiérarchie des rôles dans le circuit de la dépense soit bien précisée. En matière budgétaire, la programmation reste très informelle et la nomenclature budgétaire plusieurs fois remaniée ces dernières années n'est pas encore arrêtée ni adoptée par tous les gestionnaires de crédits publics. Le ministère de la santé se réfère encore à l'ancienne nomenclature alors qu'il met en œuvre un budget établi selon la nouvelle nomenclature.

Le budget d'investissement dépend pour l'essentiel des bailleurs de fonds et si les financements s'alignent sur les priorités de la stratégie nationale de santé, ils ne parviennent pas à financer tous les programmes de santé ouverts. Les mises en œuvre ne se font pas au rythme prévu dans le programme d'investissements pluriannuel. Mais, de toute façon, les charges récurrentes générées par les nouveaux équipements ne font pas encore l'objet d'une attention suffisante. Les incidences des nouveaux investissements sur le budget de fonctionnement ne sont pas prises en compte de façon rationnelle et systématique. Elles devraient pourtant commander le choix des investissements ou tout au moins figure parmi les premiers critères de choix. Le défaut de prise en compte lors de la programmation budgétaire débouche nécessairement sur une insuffisance de moyens attribués et sur une efficacité toute relative des nouvelles installations. Les capacités du budget de fonctionnement peuvent en effet limiter les ambitions d'un programme d'investissements qui ne dépendrait que de la générosité des bailleurs de fonds, mais elles permettent dans le même temps de faire des choix raisonnables en fonction des disponibilités prévisibles des finances publiques. Après l'élaboration de la carte sanitaire, et en fonction de l'expérience passée, une analyse perspicace des coûts de fonctionnement actuels et des besoins manifestés devrait permettre d'aboutir à l'établissement d'une échelle standard de charges par type de structures et en fonction de la population desservie.

Jusqu'à maintenant la gratuité des soins et la prise en charge publique de la totalité des coûts ne permettent pas de distinguer les coûts par nature de charge et par niveau de structure. La transparence n'existe pas encore dans le financement des services de santé. Le système d'accès n'est pas vraiment organisé et les malades se présentent dans les services en fonction de leur exigence ou du degré d'urgence ou de gravité de l'affection

qu'ils s'attribuent. Ils ne se soucient pas non plus du district sanitaire duquel ils relèvent ni d'ailleurs de la couverture à laquelle ils ont droit. Ils se présentent dans une structure et composent avec le technicien de santé qui les accueille pour trouver le système de règlement le plus économique en fonction de leur situation et ... de leurs relations. Il est évident que l'accès aux services doit être dorénavant plus discipliné et que la contribution éventuelle des malades ou de leur système d'assurance doit être établie en fonction de leur situation exacte attestée par des pièces justificatives probantes.

Les malades couverts par l'Institut National de Protection Sociale (INPS) bénéficient dans le service public des mêmes droits que les fonctionnaires, en échange de quoi l'INPS verse mensuellement à l'Etat une redevance forfaitaire. Mais l'INPS qui prélève 8% du salaire brut auprès du salarié et 15% auprès de l'employeur est aussi en mesure de rembourser les médicaments achetés auprès d'une pharmacie privée à hauteur de 75%. L'Etat, sur lequel l'INPS s'est aligné, pour fixer ses barèmes de prélèvements, retient aussi 8% du salaire des personnels de la fonction publique mais le retrait n'est pas réservé sur un compte spécifique ni d'ailleurs la part de l'Etat. L'Etat assume sa responsabilité d'employeur à travers le financement public de tout le système de santé capverdien. Il est donc en mesure d'ouvrir l'accès des services à ses fonctionnaires, mais il n'est pas en mesure de payer les coûts de santé contractés dans les services privés (pharmacies privées). L'INPS seule assure la protection totale des salariés du secteur privé. Mais cet avantage est recherché par d'autres malades non couverts si bien que les charges de remboursement de l'INPS prennent aujourd'hui des proportions hors de comparaison avec les prélèvements qu'elle effectue. L'INPS est la première à pâtir de l'absence de contrôle de la couverture des malades et le déficit de sa branche maladie se creuse chaque année un peu plus (Cf. Tableau 38 : Evolution des recettes et dépenses de la branche maladie). Pour les fonctionnaires, le système de santé offre ses services (moyennant toujours le paiement du ticket modérateur), mais n'est plus en mesure de leur procurer tous les médicaments nécessaires à leur traitement sauf s'il s'agit d'une maladie chronique. Ils doivent nécessairement se rendre avec une ordonnance délivrée par le médecin public dans une pharmacie privée. Leur mécontentement est légitime puisqu'ils cotisent auprès de l'Etat au même niveau que les salariés du privé qui bénéficient du remboursement INPS.

Tous les autres malades, indépendants, agriculteurs, sans emplois, fréquentent aussi le service public de santé et s'efforcent de bénéficier d'un certificat d'indigence qui leur ouvre l'accès gratuit des services de santé et le droit aux médicaments que les structures peuvent délivrer. S'ils ne disposent pas d'un certificat d'indigence, ils s'efforcent de s'inscrire

sous le nom d'une personne affiliée à l'INPS avec la complicité du médecin ("*transport de droits*").

Certaines entreprises semi-publiques passent un contrat avec une structure médicale privée pour l'accueil de leurs salariés. La Banque Centrale du Cap Vert préserve encore le système de couverture hérité de l'époque coloniale et qui permet l'accès aux services de santé et le remboursement des médicaments à hauteur de 75% de même que la prise en charge totale des évacuations et des frais éventuels d'hôpital.

Ces dernières années, le souci du gouvernement a surtout été de compléter la carte sanitaire et de rapprocher les services de santé des populations. Cette stratégie est louable dans la mesure où l'accès aux structures est respecté en fonction de l'appartenance aux districts. Actuellement, des structures nouvelles existent et ont une bonne capacité d'accueil mais elles restent quelquefois sous employées faute d'un accès réglementé. Il apparaît aussi que les patients, lassés d'être souvent redirigés vers une structure supérieure, prennent d'eux-mêmes l'initiative de s'y rendre en premier. Cette attitude trahit l'insatisfaction des malades qui ne trouvent pas dans les structures de proximité le personnel compétent ou les équipements nécessaires pour les traiter. Avant de poursuivre les investissements visant à compléter la carte sanitaire, il sera nécessaire d'éclaircir les aspects concernant le comportement des patients, de réglementer et de contrôler scrupuleusement l'accès au système de santé. L'INPS a déjà formulé ce vœu, mais l'intérêt des malades et l'efficacité du dispositif sanitaire du pays est sans doute à ce prix. Les dépenses publiques de santé peuvent être mieux réparties en faveur des structures périphériques et les charges récurrentes des nouvelles installations devront nécessairement figurer dans les contraintes de la programmation budgétaire.

L'étude dégage quelques recommandations. Tout d'abord, concernant l'aménagement de la chaîne des dépenses publiques et les systèmes de contrôle. Ensuite concernant la programmation budgétaire et la prise en compte des charges récurrentes. Concernant aussi la répartition du budget de fonctionnement qui doit nécessairement faire la part plus belle aux structures périphériques. Enfin, le système public doit s'acheminer vers une transparence des coûts afin de pouvoir les maîtriser. Il est suggéré que Le GEP santé s'organise pour un pilotage et un suivi (financier) attentif de la politique de santé et se dote des moyens humains et techniques nécessaires pour cette mission.

Pour le système de santé, les recommandations portent essentiellement sur l'aménagement du financement et la reconsidération du principe de gratuité totale. La contribution des populations ne peut sans doute plus être différée, elle devra être organisée autour

d'un système d'assurances mutualistes qui permettra de respecter les principes de solidarité et d'équité. L'assurance permettra aux populations de répartir les charges de santé dans le temps et en fonction des revenus. Il n'existe sans doute pas d'autres moyens de faire participer la population tout en respectant les principes d'équité auxquels les capverdiens sont très attachés. Il faudra en parallèle organiser l'accès au système de santé et le faire respecter.

D'un autre côté, le développement d'un système privé de médecine compléterait utilement le système public et pourrait prendre en charge des soins qui ne relèvent pas forcément d'un système public. Actuellement, il existe une timide percée : 2 clinica et 4 ou 5 cabinets de généralistes ou pédiatres à Praia en plus de quelques dentistes et d'un ophtalmologiste, mais les pionniers qui tentent l'expérience n'abandonnent pas pour autant leur statut de médecin hospitalier qui seul leur garantit un revenu constant. La clientèle qui fréquente les structures privées est en mesure de payer et cherche un service plus personnalisé en évitant les contraintes du service public (longues files d'attente), mais elle reste très marginale et ne peut garantir la rentabilité d'une structure privée totalement autonome. Les tarifs d'accès au secteur privé (de l'ordre de 2 000 ECV la consultation) écartent encore la plupart des populations qui n'ont pas d'autres habitudes que le ticket modérateur du service public (50 ou 100 ECV). Si le service public s'achemine vers un service payant en fonction des coûts effectifs, remboursé par un système mutualiste, le secteur privé se trouvera alors en position plus concurrentielle. S'il accède lui aussi aux possibilités de remboursement par le même système mutualiste, il pourra se développer pour répondre aux besoins d'une clientèle spécifique et de besoins dont la satisfaction ne relève pas toujours du service public. L'expérience privée constituera aussi une référence utile pour le système public et devrait développer une émulation entre les deux systèmes qui les obligera à rester plus vigilants sur leurs pratiques de gestion et sur les tarifs demandés. Le développement parallèle des deux systèmes, privé et public, entretiendra une saine concurrence, meilleure garante d'économies pour les patients, pour le dispositif mutualiste et pour les systèmes de santé.

Si un système d'assurance mutualiste est en place et en mesure de couvrir les charges de santé de ses cotisants, il pourra le faire aussi bien envers le secteur public qu'envers le système privé dans la mesure où les deux institutions pratiquent des tarifs en rapport avec les coûts effectifs. Il sera alors nécessaire d'aménager le barème des remboursements en fonction des prestations offertes.

Enfin, le rapport ébauche une **présentation logique des principales recommandations** avec les **indicateurs objectivement vérifiables** qui permettront de mesurer l'avance-

ment des dispositions prises et avec les **incidences financières et budgétaires** qui s'en suivront (Cf. 6. RECOMMANDATIONS, page 72). Les recommandations qui apparaissent les plus évidentes, tant pour la gestion des finances publiques que pour le fonctionnement efficace du système de santé sont listées selon leur degré d'urgence.

INTRODUCTION : OBJECTIFS DE EXERCICE ET METHODOLOGIE APPROCHE

Dans le cadre des dispositions prises en accord avec les Institutions de Bretton Woods pour l'amélioration de la gestion budgétaire, de la comptabilité publique et du contrôle financier, il est prévu une revue globale des dépenses publiques qui s'inscrit dans le cadre du programme de réduction de la pauvreté financé avec le concours de la Banque Mondiale. Des exercices de revue sectorielle ont été envisagées en préalable dans quatre départements ministériels : Education, Santé, Agriculture, Routes et dans deux secteurs sensibles des financements de l'économie : les services des pensions, et les établissements parapublics.

De son côté, l'Union Européenne qui a approuvé le programme d'ajustement structurel apporte son concours pour abonder le Trust Fund mis en place pour résorber les arriérés de l'Etat. Conformément à la politique communautaire, la contribution européenne vise les secteurs sociaux. Le dernier programme d'appui approuvé par la Communauté européenne prévoit un appui budgétaire non ciblé portant sur 12.1 millions d'euros décaissables en trois tranches. Ces programmes d'appui prévoient la réalisation préalable d'une revue des dépenses publiques générales et la revue des dépenses publiques des secteurs de l'Education et de la santé. La Commission dégage sur sa contribution les moyens pour apporter l'assistance technique à ces deux dernières. Une première revue a été réalisée en 1999 pour les secteurs sociaux. Il s'avère aujourd'hui nécessaire avant l'engagement de nouveaux appuis de faire le point des financements publics dans les secteurs sociaux, de leur suivi et de leur impact.

L'objectif de l'Union européenne est d'apporter une aide à l'administration cap verdienne pour réaliser régulièrement des revues des dépenses publiques lui permettant de mieux suivre l'exécution des lois de finances et de disposer d'instruments d'analyse rendant possible une meilleure élaboration des budgets, permettant une allocation plus rationnelle et transparente des dépenses publiques. L'objectif est de systématiser cet exercice chaque année et d'encourager son internalisation par la direction du budget.

Il s'agit non seulement de faire une analyse du financement public de la santé et d'essayer de déterminer les différentes catégories de charges (personnel, fonctionnement, charges récurrentes) et si possible les coûts caractéristiques du secteur, mais aussi de préparer les services à conduire régulièrement cet exercice de façon à ce qu'ils disposent d'un tableau de bord permanent des financements propre à les guider dans la conduite de la politique de la santé.

Il s'agit encore d'apporter des informations utiles pour la revue globale des dépenses publiques conduite avec le concours de la Banque Mondiale.

*"Transparency and good governance in public finances is an important objective of the government. In this regard, the government will transmit the final 2001 budget accounts to the National Assembly by end-December 2002, after which an independent audit of the accounts for 2001 will be completed by the Tribunal de contas."*²

Les revues sectorielles appuyées par l'assistance technique de l'UE devront s'insérer dans le calendrier et le cadre méthodologique défini pour la revue des dépenses publiques globale. La présentation des trois rapports de revues des dépenses publiques – globale, éducation, santé - est une condition pour le décaissement de la troisième tranche (4 M€uro) du programme d'appui à l'ajustement de l'UE, prévu pour avoir lieu en octobre 2002.³

² Memorandum of economic and financial policies for 2002-2004. FMI

³ Cf. Termes de référence de la mission (Cf. annexes)

Enfin, s'agissant des dépenses du secteur santé dont la crise de financement n'est plus un secret, il s'agit aussi d'apporter des informations utiles pour étayer la réflexion qui devra conduire à des réformes en profondeur du système de financement.

La présente mission s'est efforcée de rassembler toutes les informations utiles au travail d'analyse des financements publics.

Dans un premier temps, elle fait le point de la situation sanitaire du pays et de son évolution récente, de la couverture sanitaire et de sa structuration. Elle s'est aussi attachée à relever les objectifs de santé tels qu'ils ont été définis dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Elle a estimé aussi la part des charges de santé dans les finances publiques (budget de fonctionnement et budget d'investissement).

Dans un deuxième temps, au vu des informations financières transmises par la Direction de la Comptabilité Publique du Ministère des Finances et par la Direction des Services Administratifs du Ministère de la Santé, elle a analysé l'évolution des affectations budgétaires de 1998 à 2001⁴. Tout d'abord les efforts d'investissements inscrits dans le PIP et qui visent à compléter la carte sanitaire et à moderniser ses équipements. Ensuite, le budget de fonctionnement dans sa gestion centralisée au niveau du Ministère et dans la gestion des structures périphériques et des services autonomes (hôpitaux). La gestion des médicaments qui revêt une importance particulière et qui est distincte des autres services a fait aussi l'objet d'une analyse spécifique.

Dans un troisième temps, et au vu des interrogations que soulève l'analyse des financements, la mission a essayé de saisir les procédures de mise en œuvre des financements : financements des investissements sur ressources externes, mais surtout financements réguliers du budget de fonctionnement sur ressources nationales. La chaîne de la dépense, dispositif central a fait l'objet d'un examen attentif. Enfin, le poids des charges récurrentes consécutives au fonctionnement du système de santé et affecté par le programme d'investissements a été souligné et une approche pour leur estimation annuelle a été suggérée.

La mission s'est ensuite intéressée aux coûts de santé toujours croissants et aux systèmes de contribution des populations mis en place pour les fonctionnaires et pour les salariés du secteur privé. Elle a été amenée logiquement à proposer des systèmes comptables transparents plus opérationnels susceptibles d'apporter des informations financières par catégories d'actes médicaux.

Après l'inventaire des financements publics consacrés aux services de santé elle a essayé d'expliquer l'adéquation entre la politique révélée par les financements mis en œuvre et la politique affichée dans les déclarations de politique et dans le plan de développement.

À la suite de cette analyse, la mission dégage quelques recommandations qui lui paraissent pouvoir guider utilement les décideurs de la politique de la santé au Cap-Vert. Elle propose un cadre logique de réflexion pour engager la réforme du financement du secteur santé.

4 L'année 1997 envisagée comme année de départ de l'analyse se révèle trop différente dans la nomenclature utilisée pour figurer utilement. Les rubriques budgétaires sont trop éloignées de celles utilisées les années suivantes.

1. SITUATION ET OBJECTIFS SANITAIRES AU CAP VERT

1.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION

1.1.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION

Un service épidémiologique opérationnel est en place à la Direction Générale de la Santé. Il recense de façon hebdomadaire les fiches de déclarations de maladies obligatoires que lui adressent les structures de santé via les Délégations qui les centralisent. En fonction des caractéristiques sanitaires du pays, le service est en mesure de détecter rapidement les situations exceptionnelles susceptibles de révéler des accès épidémiologiques et d'alerter les services compétents pour y remédier. Ces dernières années, comme le montre le tableau ci-dessus, deux risques épidémiologiques graves ont pu être enrayés avec un certain délai. Tout d'abord en 1998, un départ de choléra qui malgré un détectage précoce effectué avec le concours de l'Institut Pasteur de Dakar a nécessité une commande urgente de médicaments qui n'étaient pas disponibles localement. Les difficultés de trésorerie n'avaient pas permis de renouveler les stocks de secours dans les délais. Néanmoins, la maladie a pu être circonscrite. Plus récemment, en 2000, un départ de poliomyélite plus surprenant a aussi pu être enrayé dès que la centralisation des informations concernant des cas de paralysies répétés a été faite et qu'un diagnostic plus précis a pu être porté par le médecin de santé publique.

TABLEAU 1 : MALADIES DECLAREES – INCIDENCE POUR 10 000 HABITANTS

	2001		2000		1999		1998		1997	
	cas	incidence	cas	incidence	cas	incidence	cas	incidence	cas	incidence
Tuberculose < 5ans	7	1.0	5	0.7	12	1.7	2	0.3	0	0.0
Tuberculose 5 ans et +	171	4.7	217	6.1	160	4.6	156	4.6	136	4.1
Poliomyélite	1	0.1	56	1.3	0		0		0	
Rougeole	0		2	0.3	1	0.1	289	7.1	8584	216.5
Rubéole	1	0			4	0.1	26	0.6	0	
Méningite méningocoque	5	0.1	18	0.4	15	0.4	14	0.3	58	0.5
Autres méningites	392	9.1	232	5.5	81	2.0	82	0.2	190	4.8
Hépatite B	18	0.4	25	0.6	11	0.3	25	0.6	31	0.8
Hépatite par virus non identifié	183	4.2	228	5.4	144	3.5	317	7.8	205	5.2
Paludisme local	100	2.3	128	3.0	83	2.0	9	0.2	4	0.1
Paludisme importé	15	0.3	10	0.2	7	0.2	32	0.8	14	0.4
SIDA déclaré	40	0.9	75	1.8	64	1.5	43	1.1	39	1.0
Syphilis	256	5.9	335	7.9	314	7.6	339	8.4	323	8.1
Urétrites vaginites	3 837	88.8	3 639	86.1	3 421	82.7	4 311	106.4	3 896	98.3
Autres MST	1 759	40.7	1 665	39.4	1 537	37.1	1 655	40.9	1 890	47.7
Choléra	0	0.0	0	0.0	18	0.4	204	5.0	2	0.1
Fièvre typhoïde	300	6.9	239	5.7	142	3.4	285	7.0	240	6.1
Maladies diarrhéiques <5 ans	12 942	1 848.3	14 362	2 066.8	15 434	2 234.5	14 914	2 168.2	15 542	2 269.5
Maladies diarrhéiques 5 ans et +	9 029	249.4	12 844	363.5	13 247	384.3	7 098	211.7	8 644	263.6
Infections respiratoires <5 ans	24 282	3 467.8	26 360	3 793.4	21 403	3 098.7	25 327	3 682.1	20 446	2 985.6
Infections respiratoires 5 ans et +	29 559	816.5	26 290	744.1	27 045	784.5	23 272	692.2	25 299	771.5
MPC < 5 ans	265	37.8	385	55.4	521	75.4	608	88.4	495	72.3
MPC 5 ans et +	88	13.3	45	6.9	50	7.8	108	17.2	68	11.1
PNM 5 ans et +	2 510	69.3	2 889	81.8	2 795	81.1	2 829	84.1	2 751	83.9
PNM < 5 ans	4 077	582.2	4 915	707.3	4 798	694.6	5 215	758.2	5 394	787.6

Source : DGS service épidémiologique

Les maladies sexuellement transmissibles restent chroniquement présentes et justifient le développement de la prévention par les centres de santé reproductive. Les anciennes structures de protection maternelle et infantile qui en avaient la charge ont été justement reconverties en centres de santé reproductives afin de pouvoir accueillir plus facilement les malades des deux sexes et d'informer les couples sur les techniques préventives. Le SIDA notamment reste un risque sérieux et lors de l'élaboration du plan national de lutte (PENLS) il a été relevé que la surveillance était déficiente. Un important programme

d'information est en voie d'aboutissement avec le concours financier de la Banque Mondiale⁵.

Dans l'ensemble les actions d'information-éducation-communication (IEC) des maladies sexuellement transmissibles ont été considérées comme très insuffisantes. La politique de prévention et de lutte s'avère très peu développée et la difficulté d'accès aux médicaments laisse place à une auto-médication plus lourde en risques qu'en résultats positifs. Il y a quelques années les programmes des nations unies, PNUD et OMS notamment, avaient permis la mise en place du Centre National de Développement Social (CNDS) dont la mission était précisément toutes les actions d'IEC. Bien que ce service soit resté en place, le manque de projets financés a affecté son fonctionnement et les ressources humaines à sa disposition. Malgré le maintien d'une subvention publique, les missions du CNDS se sont trouvées partagées avec la Direction Générale de la Santé et n'ont plus reçu la même attention ni les mêmes moyens financiers. Le projet Banque Mondiale en préparation envisage maintenant de réhabiliter le centre. Par ailleurs, une part importante du coût des contraceptifs utilisés était pris en charge jusqu'alors par le FNUAP. Celui-ci va maintenant plafonner son aide et une participation croissante de l'Etat ou des populations devra dorénavant être envisagée.

Dans l'ensemble, le service épidémiologique dans son dispositif de fonctionnement s'avère efficace mais son impact se trouve ensuite limité par les moyens des services de santé : stocks de médicaments en réserve, logistique de distribution, couverture vaccinale. Si le service est en mesure de porter un diagnostic, les services de santé n'ont pas forcément les moyens ensuite pour répondre efficacement à la situation surtout s'il s'agit d'une situation d'urgence. Tous ces symptômes ont une même origine facile à identifier : le financement.

1.1.2. NAISSANCES ET MORTALITES INFANTILES

Le Cap-vert est un pays qui a connu des taux de croissance de la population élevés, mais depuis ces dernières années on observe un ralentissement très net. Néanmoins la population de moins de 15 ans représente encore 42 % de la population totale, elle constitue une charge considérable sur le plan social (Education) et contient un potentiel de croissance démographique à venir non négligeable malgré la baisse sensible des taux de fécondité.

TABEAU 2 : NOMBRE MOYEN D'ENFANTS PAR FEMME

	1979-1981	1982-1984	1985-1988	1995-1998
Population totale	7.05	6.13	5.95	4.03
Population urbaine	6.81	5.72	5.24	3.14
Population rurale	7.16	6.37	6.40	4.85

Source : IDSR

Les taux de fécondité accusent une décroissance très nette depuis les années 1980. Le dernier recensement de 2000 apporte confirmation et précise les taux bruts de natalité et de fécondité pour 1000 habitants.

TABEAU 3 : CARACTERISTIQUES DE CROISSANCE DE LA POPULATION OBSERVEES AU DERNIER RECENSEMENT

	TOTAL	URBAIN	RURAL
Nombre de naissances pour 1.000 habitants	29,3‰	28,0‰	30,9‰
Nombre de naissances pour 1.000 femmes en âge de procréer	123,2‰	108,0‰	144,6‰
Nombre moyen d'enfants par femme	4,0	3,4	4,8
Âge Moyen à la procréation	29,2	29,0	29,3

Source : INE

⁵ "Project appraisal document on a proposed credit for the Cape Verde HIV/AIDS Project - WORLD BANK - 28 février 2002.

Le taux de croissance moyen annuel de la population capverdienne observée ces dix dernières années est encore de 2.4%, ce qui correspond à un doublement de la population tous les 30 ans.

TABLEAU 4 : EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE

	1988-1993			1993-1998		
	TOTAL	URBAIN	RURAL	TOTAL	URBAIN	RURAL
POUR 1000 enfants						
Mortalité néonatale (de 0 à 29 jours)	19‰	18‰	19‰	11‰	14‰	9‰
Mortalité post néo-natale (de 1 mois à 11 mois)	23‰	27‰	21‰	20‰	18‰	22‰
Mortalité infantile (de 0 à 11 mois)	42‰	45‰	41‰	31‰	32‰	30‰
Mortalité juvénile (de 12 mois à 59 mois)	15‰	16‰	14‰	12‰	5‰	17‰
Mortalité infanto-juvénile (de 0 à 59 mois)	56‰	60‰	54‰	43‰	36‰	47‰

Source : IDSR

TABLEAU 5 : EVOLUTION DES INDICATEURS DE MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE PRECOCE

	1991	1995	1996	1997	1998	1999
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 accouchements	120.0	55.4	41.2	27.5	34.5	34.7
Taux de mortalité périnatale (à la naissance)	42.6‰	38.4‰	34.8‰	34.9‰	35.5‰	30.2‰
Taux de mortalité précoce (0 à 6 jours)	13.7‰	15.2‰	12.7‰	10.5‰	11.1‰	9.6‰

Source : Ministère de la Santé, GEP

Les taux de mortalité infantile enregistrent une très nette amélioration entre 1988 et 1998. Ce progrès est consécutif à la couverture vaccinale plus large et à la prise en charge préventive plus systématique de la mère et de l'enfant (information plus systématique et visites plus régulières dans les centres de santé reproductive).

TABLEAU 6 : EVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE

%	1995	1996	1997	1998	1999	2000
BCG	83.8%	86.9%	80.4%	84.3%	75.5%	66.3%
POLIO	77.0%	79.4%	76.7%	79.0%	69.6%	67.2%
T.A.B. – D.T.	77.3%	80.7%	77.8%	79.5%	69.2%	67.5%
ROUGEOLE	69.7%	72.4%	82.2%	65.5%	60.7%	58.7%
VACCINATION COMPLETE	64.2%	66.6%	70.0%	61.0%	61.4%	55.7%
PREVALENCE CONTRACEPTIVE	34.1%	35.4%	33.2%	35.4%	40.7%	47.3%

Source : GEP

Sans être totale la couverture vaccinale était jusqu'alors plutôt satisfaisante, mais depuis quelques années on observe un fléchissement des taux qui tient en partie au retrait d'assistance de certains bailleurs de fonds comme l'Unicef. Bien que l'Etat ait pris en charge l'acquisition des vaccins, les services de santé ne sont pas en mesure d'assurer la logistique qui permettrait d'atteindre avec la même efficacité toute la population. Cette baisse d'efficacité fait courir un risque plus grand et les services de santé plus démunis de possibilités financières sont moins à même de prévenir et d'enrayer.

TABLEAU 7 : EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE APRES 5 ANS⁶

	1997	1998	1999
5 à 9 ans	0.4‰	0.5‰	0.5‰
10 à 14 ans	0.7‰	0.4‰	0.5‰
15 à 49 ans	2.6‰	2.6‰	2.5‰
5 à 64 ans	13.0‰	11.8‰	13.2‰
65 ans et plus	72.9‰	74.2‰	72.5‰
TOTAL POPULATION	7.5‰	6.7‰	6.6‰

Source : GEP

Pour les dernières années connues, les taux de mortalité de la population jeune et adulte sont restés stables.

⁶ Les informations concernant le dernier recensement de 2000 ne sont pas encore ouvertes au public.

1.2. LE SYSTEME SANITAIRE ET SES OBJECTIFS

1.2.1. CONDITIONS SANITAIRES AU CAP VERT

L'état de santé de la population et ses caractères épidémiologiques sont très directement fonction des conditions de vie dans le pays. Le Cap Vert est un pays de zone sahélienne exposé à l'irrégularité et à l'insuffisance des pluies (300 à 400 mm en moyenne, les bonnes années). Dans les meilleures années agricoles, la production vivrière correspond à un plus de 15% des besoins alimentaires du pays. Le pays importe ses vivriers et en reçoit une bonne part sous forme d'aide alimentaire. Le potentiel économique est très faible et la population tire une part significative de ses revenus des transferts qu'effectue régulièrement la diaspora capverdienne en résidence dans les pays étrangers. La population est encore en croissance rapide, 2,4% par an, mais ce taux était encore bien supérieur dans les années précédentes. Les populations pauvres sont souvent en zone rurale mais nombre d'entre elles viennent s'installer à la périphérie des villes. Les populations rurales, dont le revenu et les moyens de subsistance dépendent des saisons agricoles sont très exposées ainsi que les populations périurbaines, souvent sans revenus réguliers, et récemment déracinées.

A l'insuffisance de la ration vient s'ajouter l'absence de diversité des aliments. La malnutrition affecte beaucoup de monde, mais les jeunes enfants en phase de croissance sont les plus affectés. Les carences nutritionnelles chez les plus jeunes sont cause de déficiences et aggravent les conséquences des maladies contractées. Elles affectent gravement le développement de l'individu et fragilisent pour longtemps son capital santé. Sans aucun doute, la malnutrition, surtout chez les enfants est la cause de beaucoup d'affections de santé et explique nombre de consultations dans les structures de santé. Les dernières enquêtes (UNICEF) concernant la malnutrition estiment à environ 16% le nombre d'enfants de moins de 5 ans en situation de malnutrition chronique. L'enquête Budget consommation en préparation à l'INE devra apporter des informations plus complètes sur les conditions d'alimentation et sur la situation de nutrition des jeunes enfants⁷. Bien que les structures de PMI/PF relèvent nombre d'informations concernant les enfants en bas âge présentés en consultation, il n'existe pas véritablement de systèmes statistiques qui permettraient de regrouper ces données et de les traiter. Le service de nutrition du Ministère de la Santé qui dépend de la Direction Générale de la Santé envisage l'élaboration d'un système d'information et la mise en place d'un observatoire de la nutrition chez les jeunes enfants. Dans l'immédiat le service diffuse des conseils auprès des structures de santé et attire l'attention des techniciens de santé sur les carences et les recommandations⁸ à faire aux mères de famille et aux jeunes mamans. Pour varier l'alimentation des plus jeunes et pallier aux carences en fer et en vitamines C et A, un projet PNUD s'efforce de développer la production de légumes et de promouvoir leur consommation dans les milieux ruraux jusqu'alors plus habitués à en tirer des revenus qu'à les consommer. Le service souhaite pouvoir redynamiser son activité de conseils et de promotion des régimes alimentaires adaptés aux jeunes enfants à travers les personnels de santé.

Outre les contraintes alimentaires qui altèrent la santé des populations, il en est d'autres qui influent fortement. Il s'agit des conditions d'habitat et d'environnement. L'accès à l'eau en quantité et qualité suffisante est un élément déterminant pour l'hygiène. Les eaux usées et les ordures ménagères sont d'autres facteurs de risque de santé. Sous cet angle là aussi, les populations du Cap Vert ne sont pas favorisées. L'eau douce fait cruellement défaut et le recours à la désalinisation ne permet à tous les ménages de bénéficier d'eau en suffisance. Les assainissements ne suivent pas le rythme de l'urbanisation et les habitudes rurales s'accommodent mal aussi de la densification des populations. La difficulté

⁷ La pesée des enfants des ménages enquêtés est envisagée et un questionnement relatif à leur alimentation et aux conditions de sevrage est aussi prévu.

⁸ Actuellement une campagne est en cours pour attirer l'attention sur les carences en fer et inviter les mères à ajouter des légumes dans la ration alimentaire.

d'accès à une eau de qualité, les ^{INSUFFISANCES} des structures d'assainissement sont à l'origine de nombre de maladies et peuvent faciliter le développement rapide d'épidémies de maladies infectieuses. Ces dernières années des efforts considérables ont été faits dans le domaine de l'eau et de l'assainissement dans les villes avec le concours de l'Union Européenne.

Ces aspects des conditions de vie : nutrition, accès à l'eau et assainissement constituent des objectifs importants qui devraient permettre de prévenir nombre de maladies. Le système de santé ne peut rester étranger à la prévention et à la protection et se doit nécessairement de suivre avec attention les programmes qui ont pour objectif d'améliorer les conditions de vie des populations : développement des cultures vivrières (légumes et fruits), assainissement et adduction d'eau. L'école est un canal privilégié pour informer les futurs parents, l'introduction de programmes relatifs aux comportements alimentaires et à l'hygiène permet de prévenir et de préparer les populations et leur évite de s'exposer à nombre de maladies prévisibles.

La santé est à la fois une condition de vie et un objectif. En ce sens, elle est un indicateur très pertinent du niveau économique des populations et de leur état de richesse ou de pauvreté.

1.2.2. PROGRAMME DE REDUCTION SUBSTANTIELLE DE LA PAUVRETE (PRSP)

"Health constitutes an important dimension of poverty, acting as both cause and effect at the same time.."⁹

Le Programme de réduction substantielle de la pauvreté souligne l'importance du secteur santé à la fois comme indicateur de pauvreté et comme objectif. Bien que la situation se soit sensiblement améliorée ces dernières années, force est de constater que certains indices trahissent la fragilité du système capverdien (recrudescence de maladies comme la poliomyélite, la rougeole, le choléra, le SIDA, la tuberculose et les MST). Même si l'accès au système de santé est gratuit pour les populations indigentes ou économiquement défavorisées, celui-ci ne se trouve pas forcément en mesure de remédier aussi rapidement qu'il serait souhaitable aux risques d'épidémies. Peut être même la vulnérabilité du système de santé tient justement de son ambition à vouloir préserver la gratuité des soins.

L'écart de situation constatée entre les populations rurales et les populations urbaines (pour les enfants en bas âge notamment) en est un premier témoignage. La concentration des personnels médicaux dans les Hôpitaux centraux et dans les deux grandes zones urbaines (Praia et São Vicente) révèle aussi la différence de couverture sanitaire dont peuvent bénéficier les populations. La multiplication des structures périphériques est un début de réponse mais elle reste sans effets si elle ne s'accompagne pas d'une répartition adaptée des personnels et d'un équipement suffisant dans chacune des structures d'accueil et surtout si la discipline d'accès aux services de santé n'est pas respectée.

Le PRSP attire l'attention sur les conditions environnementales. En ville 38% des populations bénéficient d'un rattachement au réseau d'adduction d'eau, mais 45% n'ont comme moyens d'approvisionnement que les fontaines publiques. En milieu rural, la situation est pire puisque seulement 7% des populations sont reliées à un réseau. Mais surtout en zone rurale comme en ville, plus encore que l'accès à un point d'eau c'est la quantité et la qualité d'eau disponible par individu qui constitue le principal problème. Les disponibilités par personne sont bien inférieures aux normes de base habituellement admises (au moins 35 litres par personne par jour¹⁰). Au Cap Vert, l'accès à un point d'eau potable est un critère de qualité de vie déterminant. Les populations exposées aux difficultés d'appro-

9 PRSP

10 Dans les pays occidentaux, la consommation quotidienne moyenne par individu déborde largement les 150 litres.

visionnement se trouvent considérablement exposées aux risques de maladies consécutives à l'hygiène.

Les conditions d'assainissement, d'évacuation des eaux usées, et de ramassage des ordures ménagères sont un facteur complémentaire de risque tout aussi important. En milieu rural, $\frac{3}{4}$ des populations ne disposent d'aucun système d'assainissement même rudimentaire. En milieu urbain, ils sont encore 40% mais le risque sanitaire se trouve grandement augmenté dans les zones d'habitat dense où la contamination peut rapidement gagner les populations voisines et même celles disposant d'un système d'assainissement efficace. Au Cap Vert, de même que l'approvisionnement en eau les problèmes d'assainissement constituent des risques de maladies considérables.

En matière médicale, le souci est toujours de prévenir avant d'avoir à guérir. Si le système sanitaire est un dispositif qui permet de guérir, les conditions d'environnement sont une façon de prévenir et d'éviter le développement des maladies infectieuses.

Le PRSP remarque aussi la tendance à la baisse de la solidarité en milieu urbain. Les populations rurales traditionnellement solidaires se trouvent en mesure de s'entraider dans les situations difficiles (achats de médicaments par exemple). Les populations urbaines sont plus souvent démunies et davantage fragilisées d'autant que la transplantation en ville les coupe de leurs habitudes de vie rurale et de leurs sources de revenus ou d'alimentation traditionnelles.

Bien que la part budgétaire réservée à la santé soit conséquente, l'efficacité du système semble atteindre des limites. Le PRSP invite à préparer l'intégration d'un système privé de santé. Mais il s'interroge sur l'efficacité des finances publiques et invite à un examen critique dans les secteurs sociaux et à un meilleur suivi des financements dans l'avenir.

- ⇒ *"increase the effectiveness and efficiency of public spending in the social sector and improve the delivery of social services, particularly in the health and education sectors,*
- ⇒ *redefine the role of the public sector in the economy, in the context of privatization and reform of government services."*

Il s'engage sur les choix stratégiques à venir concernant la santé et la prévention des risques :

- *"Health and nutrition, with the specific objectives of stepping up the vaccination of children, improving access to reproductive health and family planning services, reducing malnutrition among children and improving curative assistance.*
- *Drinking water and basic sanitation, to increase the rate of households with a supply of drinking water, improve access to basic sanitation and increase the level of health education.*
- *Housing, with emphasis on social housing and improving the quality of dwellings, including sanitation, energy, etc."*

TABLEAU 8 : OBJECTIFS ET STRATEGIES EN MATIERE DE SANTE POUR COMBATTRE LA PAUVRETE¹¹

<ul style="list-style-type: none"> - <i>Improve the poor's access to health care</i> - <i>Improve children's nutritional status</i> - <i>Promote positive behavioral changes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Maternal-child health and FP</i> - <i>Immunization and combating epidemics</i> - <i>Medications assistance</i> - <i>Health education</i> - <i>School cafeterias and nutritional assistance for ages 0-5</i> - <i>Quality of care</i>
---	--

1.2.3. CARTE SANITAIRE

La carte sanitaire récemment établie a été conçue comme un instrument de planification, d'organisation d'administration et de gestion des services de santé. Elle constitue un plan directeur pour le développement et l'adaptation de la couverture sanitaire et pour une hiérarchisation des services sur la base des districts sanitaires.

¹¹ *Extrait du PRSP*

Le District ou Région Sanitaire, circonscription sanitaire de base de premier niveau, repose sur la possibilité d'offrir une plus grande gamme de soins répartie entre différentes structures hiérarchisées qui vont des services d'accueil à domicile éventuellement (ambulance) à l'offre de services d'hospitalisation pour les services essentiels de chirurgie et d'obstétrique de niveau secondaire. Le district s'intègre ensuite dans la pyramide de santé qui comprend encore les hôpitaux régionaux et les deux hôpitaux centraux, pour les deuxième et troisième niveaux.

Le district constitue le niveau primaire avec 3 types de structures :

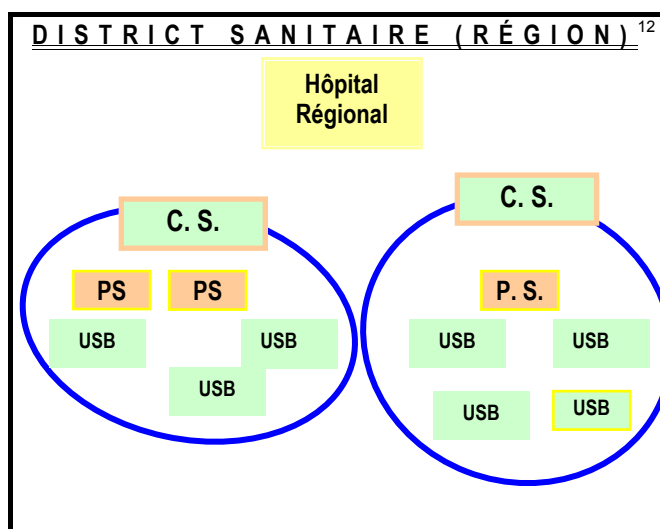
Type 3 : les unités de santé de base, (USB) accueils et soins élémentaires avec un agent de santé. Elles sont davantage une extension du poste de santé ou du centre de santé qu'une structure autonome, mais elles sont situées à la proximité des populations.

Type 2 : les postes de santé, (PS), accueils et premiers diagnostics avec un infirmier ou un médecin itinérant du centre de santé, quelquefois même résidant.

Type 1 : Les centres de santé (CS) avec un médecin et des lits pour des prises en charge courantes (obstétrique) ou pour une observation avant évacuation vers un hôpital régional ou central.

Le niveau secondaire est encore peu différencié parce que les hôpitaux régionaux sur lesquels il repose s'apparentent encore plus à des centres de santé de grande capacité qu'à des hôpitaux. Néanmoins, ils disposent de plusieurs médecins (2 ou 3 ou plus) et sont en mesure de pratiquer une gamme plus large de soins et d'apporter leur appui dans le district ou directement auprès des populations quand le district n'est pas en mesure de répondre.

Les deux hôpitaux centraux remplissent une mission de niveau secondaire et tertiaire. Il s'agit d'hôpitaux de référence qui disposent de plusieurs services spécialisés et qui sont en mesure d'offrir une grande variété de soins avec des équipements techniques appropriés. Chacun des deux hôpitaux a une capacité d'accueil d'environ 200 lits, seuil en deçà duquel la structure ne saurait garder son efficacité et sa rentabilité. Mais situés au cœur des deux agglomérations importantes du pays, les malades ont tendance à s'y référer tout d'abord avant même de s'être adressé à une structure de base. De ce fait leurs services de consultation et d'urgence sont encombrés et leur activité spécialisée d'hôpital central s'en trouve affectée.



¹² Schéma extrait de la carte sanitaire

TABLEAU 9 : LITS POUR 1000 HABITANTS

	Lits disponibles	Pop 1997 ¹³	lits x 1 000 hab
Região de Santo Antão	89	46.778	1,90
R ^a Grande	48	23.243	2,07
Porto Novo	24	14.901	1,61
Paúl	17	8.634	1,97
Região do Mindelo	273	97.647	2,80
São Vicente	195	71.961	2,71
São Nicolau	52	14.596	3,56
Sal	26	11.090	2,34
Região Santiago Norte	67	71.578	1,15
Santa Catarina	43	44.702	0,96
Tarrafal	24	26.876	0,89
Calheta			
Região Santiago Sul	254	148.508	1,71
Praia	216	110.989	1,95
Santa Cruz	13	26.424	0,49
Maio	12	7.435	1,61
Boa Vista	9	3.660	2,46
S. Domingos	4
Região Fogo/Brava	80	42.154	1,90
São Filipe	58	21.388	2,71
Mosteiros	5	13.286	0,38
Brava	17	7.480	2,27
CABO VERDE	763	406.665	1,91

Source : GEP

Les capacités d'accueil des structures de soins semblent adaptées et en mesure de répondre aux besoins. Il faut ajouter qu'elles ont fait ces dernières années l'objet d'attentions particulières et l'essentiel des efforts d'investissements leur était consacrés. Il peut même s'avérer que certaines structures se trouvent aujourd'hui surdimensionnées¹⁴, en regard de leurs fréquentations actuelles. Néanmoins leur présence reste souvent justifiée compte tenu de l'isolement sanitaire dans lequel certaines populations se trouvent.

La difficulté d'adaptation du dispositif de santé tient au morcellement du territoire. Les malades sont souvent encore contraints à des évacuations. La population de certaines circonscriptions ne justifie pas toujours leur statut de district sanitaire, mais leur isolement l'exige (Boa Vista, Brava, Maio). Un système sanitaire complet ne peut être intégré qu'en garantissant à chacun l'accès à tous les services. Au Cap vert cette assurance ne peut être donnée qu'en facilitant l'évacuation éventuelle des malades et qu'en aménageant le déplacement régulier des spécialistes dans les différents districts de santé. Si certains soins peuvent attendre le passage d'un spécialiste, l'efficacité des soins urgents dépend de la rapidité d'intervention et suppose souvent une évacuation.

"Some equity indicators are unfavorable to rural areas (first check-up in the first month of life, pre-natal visits, attended births). However, there is a balance with respect to the immunization of children. All municipalities have a physician and a nurse, but a concentration (65% for physicians and 45.2% for nurses) in the central hospitals of Praia and São Vicente is noted."¹⁵

¹³ Les chiffres du recensement 2000 ne sont pas disponibles officiellement à ce niveau.

¹⁴ Avaliação dos projectos de saúde em Cabo Verde financiados pela cooperação luxemburguesa - Dr Yolanda Estrela & Pitt Reitmayer - décembre 1998.

¹⁵ Poverty Reduction Strategy Paper - Banque Mondiale - 1 février 2002.

TABLEAU 10 : STRUCTURES ET REPARTITION DES PERSONNELS

Types de structures	Nombre d'établissements	Médecins nationaux	Médecins étrangers	Infirmiers
Hôpitaux centraux	2	6 8	3 8	1 2 3
Hôpitaux régionaux	3	1 0	8	1 5
Centres de santé	1 9	2 8	7	2 6
Centre de santé reproductive	5	2	1	1 9
Postes de santé	2 2			3 1
Unité de santé de base	1 0 5			8 9
Total	1 5 7	1 1 2	5 4	2 8 4

Source : GEP santé

TABLEAU 11 : MEDECINS ET INFIRMIERS DANS LES DELEGATIONS DE SANTE EN 2002

	Médecins nationaux	Médecins étrangers	Infirmiers nationaux	Infirmiers étrangers
Ribeira Grande	3	3	1 9	1
Paül	1	0	5	0
Porto Novo	2	1	1 1	0
São Vicente	8	0	1 2	1
São Nicolau	2	1	1 5	0
Sal	3	1	8	0
Boa Vista	1	0	6	0
Maio	0	1	6	0
Praia	6	2	9	0
San Domingos	1	0	4	0
Santa Cruz	2	2	1 0	0
Santa Catarina	5	2	2 9	0
San Miguel	1	0	3	0
Tarrafal	3	1	8	0
São Filipe	3	2	2 4	0
Mosteiros	2	0	4	0
Brava	1	0	5	0
Cabo Verde	4 4	1 6	1 7 8	2

Source : GEP- Ministère de la Santé

TABLEAU 12 : REPARTITION DES STRUCTURES DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

		USB	PS	CS	PMI/PF	HR	HC	Hab / struct. ^[17]
Brava	Brava	3	1	1				1 496
Boa Vista	Boavista	5	1	1				523
San Vicente	San Vicente	3	1	2	1		1	^[18] 8 995
Santa Antão	Paül	4	2	1				1 233
	Porto Novo	12	3	1				931
	Ribeira Grande	9	3		1	1		1 660
Santiago	Calheta	5		1				3 892
	Praia	8	1	3	1		1	
	San Domingos	6		1				
	Santa Catarina	8	1	1	1	1		
	Santa Cruz	9	2	1				
	Tarrafal	6		1				2 202
								3 829
São Nicolau	São Nicolau	9	2	2				1 123
Fogo	Mosteiros	4		1				2 657
	S. Filipe	9	2		1	1		1 645
Maio	Maio	4	2	1				1 062
Sal	Sal	2	1	1				2 773
Total		106	22	19	5	3	2	2 607

Source : GEP

Les deux hôpitaux de référence bénéficient d'une indépendance de gestion. Leur activité est en constante augmentation et ils doivent faire face à l'accueil de tous les malades de l'agglomération environnante qui choisissent souvent de s'adresser à l'hôpital avant de

¹⁶ Dont infirmiers étrangers

¹⁷ Nombre d'habitants par structure périphérique USB+PS+CS+HR+PMI/PF, à l'exception des hôpitaux centraux accessibles à toute la population du pays.

¹⁸ Pour São Vicente et Santiago Sud, les structures de santé périphériques existantes sont amplement complétées par les deux hôpitaux centraux qui accueillent beaucoup de consultations qui relèvent normalement des structures périphériques.

consulter les structures de niveau inférieur¹⁹. Récemment rénovés ou en cours de rénovation ou d'agrandissement, ils sont convenablement dotés et en mesure d'offrir les soins attendus d'une institution médicale de tête de pyramide du système de santé. Les efforts de l'administration et des bailleurs de fonds ont permis de maintenir leur capacité d'accueil et de service. Néanmoins, longtemps gérés comme une administration, sans souci d'efficacité et des coûts engagés, ils sont aujourd'hui contraints d'adapter leur comptabilité pour une meilleure transparence des coûts dans l'éventualité prochaine d'une facturation des services et pour une plus grande efficacité.

Les deux hôpitaux publient chaque année un rapport d'activité où ils rapportent les éléments caractéristiques de leur gestion et de leur activité. Mais comme ils usent chacun d'une comptabilité propre, d'une nomenclature propre des services et des prestations, et d'une conception propre de leur administration, bien que leurs rapports regorgent de chiffres comptables et de statistiques, leurs données ne sont pas toujours comparables ni ne peuvent être agrégées. Tout au plus pouvons-nous rapprocher les informations générales concernant le nombre de lits ou de techniciens de santé, ou les recettes et les coûts engagés. Sans doute il existe quand même une communauté de dispositions mais les actes ne sont pas rapportés de la même façon et les barèmes de tarifs utilisés ne sont pas les mêmes. Plus loin, dans l'analyse des dépenses publiques nous préciserons les éléments correspondants à leurs coûts de fonctionnement et à leurs recettes propres.

TABLEAU 13 : ACTIVITES A L' HOPITAL AGOSTINHO NETO

	1998	1999	2000	2001
Personnel technique supérieur	73	70	61	64
<i>Dont médecins</i>	57	55	49	48
Autres personnels médicaux	140	130	138	174
<i>Dont infirmiers</i>	61	75	81	112
Personnels administratifs	37	35	42	44
Personnels auxiliaires	193	202	213	219
Lits installés	280	245	261	258
Malades traités	8 774	8 126	8 576	8 563
Jours d'hospitalisation	68 627	67 256	72 995	76 107
Taux d'occupation	67.2%	73.7%	78.8%	80.8%
Consultations externes	36 137	36 392	33 580	36 563
Interventions chirurgicales	3 706	2 612	3 377	3 796

Source : HAN *Indicadores de rentabilidade*

TABLEAU 14 : ACTIVITES A L'HOPITAL BAPTISTA DE SOUSA

	1998	1999	2000	2001
Lits installés			255	
Consultations externes	44 901	48 427	57 845	
Jours d'hospitalisation	51 992	52 994	56 713	
Taux d'occupation	69.5%	70.6%	81.1%	

Source : *Relatorio Baptista de Sousa 2000*

1.3. CHARGES DE SANTE DANS LES DEPENSES PUBLIQUES

Les dépenses publiques de santé oscillent autour de 3% du PIB. Les dépenses de fonctionnement constituent l'essentiel et représentent près de 10% du budget de fonctionnement et environ $\frac{3}{4}$ des dépenses publiques totales de santé (Fonctionnement et investissement). En 2002, la part d'investissement exceptionnellement élevée, près de 35% des dépenses publiques tient au programme d'investissements qui se veut toujours très optimiste, mais il s'agit là d'intentions alors que les années précédentes il s'agissait de paiements effectifs. Nous verrons plus loin que le budget d'investissements n'est qu'indicatif et que son exécution s'écarte très souvent des intentions exprimées dans le programme budgétaire (Cf. § Le programme Investissements publics, page 37).

¹⁹ A Praia l'Union Européenne met en place un projet pour le développement, la rénovation ou l'extension des centres de santé existants.

Dans le budget total : fonctionnement + investissements, la santé bénéficie de 6 à 8% des ressources mises à disposition (ressources nationales et aides extérieures), ce qui est un chiffre honorable d'autant que l'essentiel est consacré au fonctionnement. Les dépenses d'investissements restent très contenues mais le patrimoine du Ministère de la Santé est déjà conséquent et des modernisations récentes de ses installations hospitalières attestent de ses qualités. La carte sanitaire récemment établie permet de faire le point²⁰. Il est logique que dans ces conditions les dépenses de fonctionnement absorbent l'essentiel des dépenses publiques et il n'est pas pour autant prouvé qu'elles permettent de répondre à tous les besoins compte tenu du système de fonctionnement actuel du dispositif de santé et des contraintes liées à sa gestion administrative : gratuité des soins sous réserve d'un règlement modique (symbolique) : le ticket modérateur.

TABLEAU 15 : INDICATEURS DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE PROGRAMMEES

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Population résidente	401 000	412 000	423 000	426 000	432 000		
PIB (en milliards de ECV)	41.5	47.2	53.0	59.6	64.8	69.5	74.0
Poids des dépenses publiques dans le PIB en %	41.9%	42.2%	37.7%	36.6%	33.0%	34.6%	41.8%
	<i>En milliards ECV</i>						
Total des dépenses budgétaires (fonctionnement + investissements) ²¹	17.4	19.9	20.0	21.8	21.4	24.0	31.3
part des dépenses de fonctionnement	9.4	10.7	11.9	11.5	14.2	12.1	17.9
part des dépenses d'investissement	8.0	9.2	8.1	10.3	7.2	11.9	13.4
Part de toutes les dépenses de fonctionnement dans le budget total	54.0%	53.8%	59.5%	52.8%	66.4%	50.3%	56.5%
Part de toute les dépenses d'investissements dans le budget total	46.0%	46.2%	40.5%	47.2%	33.6%	49.7%	43.5%
Indicateurs relatifs aux dépenses de santé							
Part des dépenses de santé en regard du PIB	2.6%	2.5%	2.9%	3.0%	2.5%	2.7%	3.1%
part des dépenses de fonctionnement de la santé	1.9%	1.9%	2.1%	2.0%	2.2%	2.0%	2.0%
part des dépenses d'investissement de la santé	0.7%	0.6%	0.8%	1.0%	0.3%	0.7%	1.1%
Dépenses de fonctionnement de santé dans le budget total de santé	72.7%	75.0%	73.3%	66.7%	87.5%	73.7%	65.2%
Dépenses d'investissement de santé dans le budget total de santé	27.3%	25.0%	26.7%	33.3%	12.5%	26.3%	34.8%
Part des dépenses publiques de santé au budget de fonctionnement	7.4%	8.5%	9.8%	8.8%	9.8%	8.7%	8.8%
Part des dépenses publiques de santé au budget d'investissement ²²		2.85%	6.07%	5.89%	2.05%	4.36%	6.26%
Part des dépenses publiques de santé dans le budget total ²³	6.3%	6.0%	7.5%	8.3%	7.4%	7.9%	7.4%
Pour mémoire							
PIB au prix du marché	41.5	47.2	53.0	59.6	64.8	69.5	74.0
Evolution du taux d'inflation (Indice base 100 en 1989)	153.4	166.5	173.8	181.4	176.9	183.6	183.8
Taux de change ECV/US\$				102.7	115.9	125.0	122.5

Source : Base de données et comptes nationaux

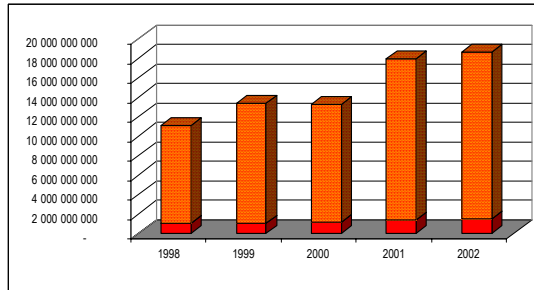
20 Cf. "CARTA SANITARIA inquiritoaas estruturas de saude : relatorio" - GEP / santé - 6 juin 1998

21 Il s'agit des dépenses payées excepté pour 2002 où il s'agit bien évidemment du projet de budget et pour 2001 en ce qui concerne la dépenses d'investissements car les paiements effectivement réalisées ne sont pas encore arrêtés.

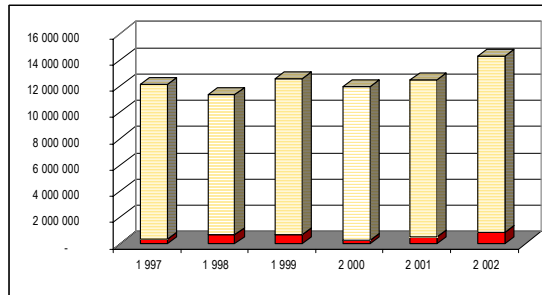
22 Il s'agit ici des dépenses programmées aux budgets et non des dépenses effectives. Ces informations traduisent les intentions de la puissance publique mais pas encore les efforts effectifs. En matière d'investissement, on peut noter que le secteur santé fait l'objet d'intentions importantes de l'ordre de 5% des intentions totales d'investissement. Dans la réalité, les paiements effectifs constatés en fin d'année révèlent une exécution nettement en retrait et la part des investissements santé effectués ne débordent pas 2.5% en moyenne des investissements totaux effectués dans l'année.

23 Il s'agit d'un calcul qui met en rapport le total des dépenses publiques de santé (budget d'investissement et budget de fonctionnement) et le total des dépenses publiques budget d'investissement et budget de fonctionnement)

GRAPHIQUE 1 : PART DES DEPENSES DE SANTE PROGRAMMEES AU BUDGET DE FONCTIONNEMENT



GRAPHIQUE 2 : PART DES INVESTISSEMENTS DE SANTE PROGRAMMES AU BUDGET D'INVESTISSEMENT



2. FINANCEMENT DU SECTEUR DE SANTE PUBLIQUE

Il relève du budget d'investissement et du budget de fonctionnement qui ont chacun des ressources propres, une programmation et une gestion distincte. Les dépenses ne reçoivent pas la même destination. Les investissements visent l'accroissement des équipements sanitaires, alors que les dépenses de fonctionnement assurent tout simplement le fonctionnement quotidien des services, des dépenses de personnel aux dépenses d'entretien sans oublier les dépenses liées aux fournitures de petits équipements, consommables et médicaments. Néanmoins, ces deux séries de dépenses sont intimement liées. Tout nouvel équipement du système public de santé, qu'il s'agisse d'infrastructures immobilières ou de matériel médical a une conséquence sur les charges de fonctionnement à venir, il s'agit des charges récurrentes. L'incidence des investissements sur le budget de fonctionnement est indéniable et doit faire l'objet d'une estimation pour intégrer les nouveaux coûts dans la programmation budgétaire.

2.1. LE BUDGET INVESTISSEMENT

2.1.1. SON IMPORTANCE

TABLEAU 16 : BUDGETS D'INVESTISSEMENTS DE LA SANTE ET BUDGETS D'INVESTISSEMENTS TOTAUX

En 000 ECV	1997		1998		1999		2000		2001		2002
	autorisé	réalisé	autorisé	réalisé	autorisé	réalisé	autorisé	réalisé	autorisé	réalisé ²⁴	réalisé
Budget santé	356 983	248 490	399 683	251 294	616 084	161 087	239 907	201 659	519 414	138 139	841 457
Budget total	11 762 657	9 216 644	10 731 769	8 110 806	11 834 271	10 341 947	11 690 371	7 160 536	nc	nc	nc
Part santé	3.03%	2.70%	3.72%	3.10%	5.21%	1.56%	2.05%	2.82%			

Source : Direction Générale du Plan

Dans le programme d'investissements, la part réservée au ministère de la santé reste très modeste. Si le département reste coûteux en fonctionnement, il est beaucoup moins gourmand en investissements que le secteur des infrastructures par exemple. Mais les financements inscrits au programme d'investissements concernent à la fois la construction de nouvelles infrastructures et l'acquisition de nouveaux équipements (ou le remplacement), mais ils concernent aussi des programmes d'intervention spécifique à durée limitée et pris en charge par des bailleurs de fonds.

2.1.2. LES GRANDS PROGRAMMES EN COURS

En fait, les programmes de santé qui s'inscrivent au budget d'investissements s'articulent autour de quelques grands objectifs.

TABLEAU 17 : PRINCIPAUX PROGRAMMES DE SANTE EN ŒUVRE

En 000 ECV	1997		1998		1999		2000		2001	2002
	AUTORISE	REALISE	AUTORISE	REALISE	AUTORISE	REALISE	AUTORISE	REALISE	AUTORISE	AUTORISE
Santé de la mère et de l'enfant			94 639	67 274	68 175		29 120	51 246	39 874	68 384
Structures du système de santé	239 000	152 840	273 328	153 322	420 049	107 753	186 503	110 901	425 829	740 791
Formation, développement et valorisation des ressources humaines	61 000					5 286	13 884	22 225	15 578	8 553
Lutte contre les maladies endémiques et les épidémies	56 983	31 983	29 700	29 382	100 888	18 465	5 616	5 987	27 559	23 729
Animation et information pour la santé			2 016	400	26 972		4 784	5 100	10 574	
Total	356 983	184 823	399 683	250 378	616 084	131 504	239 907	195 459	519 414	841 457

Source : Direction générale du Plan

NB : Les années 2000 et 2001 contiennent des informations relatives aux prévisions et non des informations concernant les dépenses effectuées comme les années précédentes. C'est pourquoi les informations trahissent une augmentation spectaculaire. Cette observation révèle toutefois que les projets en préparation sont encore nombreux dans le secteur

24 L'information complète n'est pas encore connue.

des infrastructures (Cf. 2002) et rares dans les autres programmes.

Les réalisations sont quelquefois très loin d'être à la hauteur des prévisions (1999 et 2001). Cette situation tient à l'attitude très optimiste (voire politique) des responsables chargés de la programmation qui espèrent voir aboutir le plus tôt possible des projets envisagés même si leur élaboration définitive est loin d'être assurée et si leur financement n'a pas encore fait l'objet d'une promesse d'engagement ni obtenu un accord de prêt.

L'essentiel des financements, (en moyenne presque les $\frac{3}{4}$) sont dirigés vers **les structures du système de santé**. Il s'agit la plupart du temps de construction de centres ou postes de santé (Cf. annexes) mais il peut s'agir aussi d'appuis techniques (assistance technique) et de missions.

Sans aucun doute, les demandes de construction et d'équipements correspondent à des besoins apparents et les bailleurs de fonds affectionnent particulièrement ce genre d'investissements qui laissent une trace visible et n'engagent pas au-delà de la période de mise en oeuvre.

Si le fonctionnement de ces nouvelles structures ne pouvait être assuré par la suite faute d'affectations budgétaires (budget de fonctionnement) suffisantes, ces choix s'avèreraient inefficaces et remettraient en cause le processus de programmation.

Il n'est pas prouvé, compte tenu des expériences passées, que certains équipements récemment acquis ne s'avèrent pas surdimensionnés et que leurs charges d'entretien ne risquent pas déborder les possibilités budgétaires. Toutefois, cette observation mérite d'être vérifiée.

Certains centres de santé semblent bien pourvus en capacité d'accueil (lits) mais n'accueillent pas beaucoup de monde (Santa Cruz construit avec une aide suédoise en 1999, structures de santé de São Nicolau et Porto Novo construites ou réhabilitées avec l'aide luxembourgeoise²⁵). Ils peuvent se révéler trop vastes ou bien le personnel nécessaire au fonctionnement n'est pas encore affecté ou n'est pas disponible. Néanmoins, aucune insuffisance de capacité d'accueil n'a été révélée, et les caractéristiques sanitaires de la population ne trahissent pas non plus un défaut de capacité d'accueil. Si le surdimensionnement était vérifié, il révélerait une inadéquation des affectations financières. Plutôt que d'immobiliser les ressources disponibles dans des infrastructures encore inutiles, il serait plus judicieux de les réserver à des dépenses de fonctionnement (médicaments, petits équipements et consommables, logistique d'accès aux populations) ou à la restructuration des services. En effet, ces deux aspects de la santé semblent plutôt moins bien lotis et constituent des fragilités qui sont la cause la plus vraisemblable des baisses d'efficacité constatées ces dernières années.

Mais il est une autre raison qui explique la sous utilisation de ces nouvelles infrastructures. Le mauvais fonctionnement de la pyramide de santé. En effet, à proximité des hôpitaux centraux (Santiago et São Vicente), les populations ont tendance à préférer l'hôpital central aux structures périphériques même si justement celles-ci ont été mises en place pour désengorger les hôpitaux de référence. (Cf. § 4.1- Problématique de l'Accès aux soins, page 51-).

Le programme relatif à la santé de la mère et de l'enfant retient ensuite près de 15% des investissements consentis sur la période. Les bailleurs de fonds multinationaux engagés dans les projets de santé, de population ou de l'enfance sont les plus assidus pour apporter leur contribution. L'UNICEF intervient sur la période à hauteur de 71 millions surtout pour les soins primaires de santé, pour la vaccination et pour la santé des enfants. L'UNICEF avec une participation de plus de 60 millions a développé ses projets de santé reproductive et de planning familial, en collaboration avec la RFA (13 millions).

²⁵ Cf. "Avaliação dos projectos de saúde em Cabo Verde financiados pela cooperação luxemburguesa" - Dr Yolanda Estrela & Pitt Reitmaeier - 1 décembre 1998.

Le **programme de lutte contre les maladies endémiques et les épidémies** vient en troisième position dans les priorités accordées à la santé, il reçoit en moyenne sur la période près de 10% des investissements. **L'OMS** assure l'essentiel du financement des projets en cours, avec 31 millions consacrés aux soins de santé, aux médicaments et vaccins, à la surveillance contre les maladies transmissibles et non transmissibles, à la santé mentale et au paludisme. Le **FNUAP** (22 millions) et **l'UNICEF** (19 millions) apportent aussi leur concours. **L'Union Européenne** est aussi intervenu (10 millions) pour le financement d'un projet de lutte contre le SIDA, de même que la **France** (4 millions).

La Banque Mondiale vient de boucler la préparation d'un projet de lutte contre le SIDA²⁶ qui vise à aider les services de santé dans leur stratégie d'éradication de la maladie. Outre la diffusion de l'information pour prévenir les comportements à risques et limiter les contaminations, le projet s'attachera aussi à assister les malades et leur entourage (enfants notamment). L'objectif est de contrôler l'extension du SIDA/HIV mais aussi d'éviter que les autres membres des familles affectées ne soient abandonnés et exposés aux risques sanitaires et sociaux qui s'ensuivent presque toujours. Le Projet d'un montant de 9.6 millions \$US s'étalera sur trois ans et fera l'objet d'un prêt concessionnel de la Banque Mondiale pour 9 millions \$US.

L'aspect **Formation, développement et valorisation des ressources humaines** a recueilli 8% des financements consacrés aux investissements sur la période. Le **Portugal** intervient pour la moitié pour l'assistance technique et la construction d'une école pour les techniciens de santé. Le **FNUAP** développe des appuis relatifs à la promotion de la politique nationale de population. Enfin, **l'OMS** poursuit un projet de formation de même qu'elle reste active en matière d'information et de communication.

2.1.3. ORIGINE DES FINANCEMENTS

L'essentiel des financements obtenus est consenti sur dons d'origine extérieure. Le Trésor est quelquefois amené à prendre une participation. Les projets de construction de nouvelles structures inscrits en programmation, se trouvent souvent attribués à un prêteur éventuel faute d'avoir suscité l'attention spontanée d'un bailleur de fonds plus concessionnel. Souvent, les prêts envisagés ne se retrouvent plus dans les réalisations. L'inscription en programmation a pour objet de traduire une volonté politique, mais la réalisation est conditionnée à l'obtention d'un prêt que les conditions financières du pays ne permettent pas la plupart du temps de contracter. Les intentions d'emprunts en matière de santé sont mentionnées dans la programmation (2001 et 2002) mais ceux qui avaient été programmés dans la période précédente (1997-2000) ne se sont pas retrouvés dans les réalisations. Sur la période, les fonds de contrepartie de l'aide alimentaire n'ont pas bénéficié au secteur santé.

TABLEAU 18 : REPARTITION DES FINANCEMENTS PAR TYPE DE FINANCEMENTS

	TRESOR			DONS						EMPRUNTS	
	1998	2001	2002	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2001	2002
Santé de la mère et de l'enfant	-	-	-	-	67 274	-	51 246	39 874	68 384	-	-
Structures du système de santé	8 000	35 500	-	152 840	152 922	107 754	110 901	317 829	357 597	100 000	347 694
Formation, développement et valorisation des ressources humaines	-	-	-	-	-	5 286	22 225	15 578	8 553	-	-
Lutte contre les maladies endémiques et les épidémies	-	-	-	31 983	29 382	18 465	5 987	27 559	23 729	-	-
Animation et information pour la santé	400	-	-	-	400	-	5 100	10 574	-	-	-
TOTAL	400	8 000	35 500	184 823	249 978	131 505	195 459	411 414	458 263	100 000	347 694

Source : Direction générale du Plan

Cette situation révèle une grande ambition notamment en matière d'infrastructures sanitaires, mais une bien moindre capacité à concrétiser les intentions. Comme la plupart des

²⁶ "Project appraisal document on a proposed credit for the Cape Verde HIV/AIDS Project - WORLD BANK - 28 février 2002.

²⁷ Pour 2001 et 2002, il s'agit des intentions de financements

financements sont obtenus sur subventions extérieures, les bailleurs de fonds qui les concèdent sont en fin de compte les seuls décideurs. Les financements qui dépendent de l'autorité nationale (Trésor) sont limités par les disponibilités financières locales. Ceux qui dépendent d'un prêteur sont aussi limités par la capacité des finances locales à souscrire de nouveaux emprunts. Les financements éventuels sur fonds de contrepartie dépendent aussi pour une bonne part des bailleurs de fonds qui sont à l'origine et se trouvent souvent redirigés vers des projets à incidence sur la production et la commercialisation de vivriers.

2.1.4. REPARTITION DES FINANCEMENTS PAR SOURCE

Pour les réalisations constatées en investissements sur la période 1997-2000, les bailleurs bilatéraux ont assuré le gros des efforts : le Luxembourg a assuré 20% des financements, la Hollande 13%, la Suède 10%, le Portugal 9%. Les bailleurs multilatéraux spécialisés en santé ont contribué pour près de 35% : l'OMS 15%, l'UNICEF 8%, le FNUAP 12%. L'Union Européenne a consenti 5% des financements sur la même période.

Le **Luxembourg** s'avère un des bailleurs les plus importants et contribue à pour 150 millions ECV d'investissements de 1997 à 2000. Il a notamment participé au financement des structures de santé de São Nicolau et Santa Antão (dont 2 centres de santé de 20 lits à Ribeira Brava et à Ribeira Grande), à l'équipement du centre de santé de Porto Novo.

La **Hollande** a apporté près de 100 millions pour la construction du centre chirurgical, pour la maternité et pour le centre de pédiatrie à Praia ainsi que pour la construction du centre de santé de Porto Novo.

La **Suède** a contribué à hauteur de 74 millions pour le centre de santé de Santa Cruz et pour participer à la réhabilitation du pavillon de pédiatrie de Praia.

Le **Portugal** assure l'évacuation et la prise en charge dans le système de santé portugais d'environ 300 malades capverdiens par an, apporte une assistance technique et finance des missions spécifiques d'appui à la santé.

L'OMS est intervenu sur la période plus de 100 millions pour diverses missions d'appui au système de santé de base et la fourniture de médicaments.

L'Union Européenne a apporté de son côté une assistance de l'ordre de 31 millions pour l'étude de l'organisation des services de santé à Praia et prévoit de poursuivre son aide pour la construction de deux nouveaux centres de santé et pour le réaménagement des centres existants à Praia.

Pour les intentions de financements inscrites en 2000-2001, le **Portugal** est pressenti pour près de 40%, il s'agit essentiellement des constructions ou réhabilitations de centres de santé (Boa Vista, Mosteiros, Tarrafal, Maio, Espargo Sal) qui se trouvent réinscrits en programmation chaque année²⁸. Le **Luxembourg** prévoit d'apporter 25% des financements prévus pour les deux années pour la poursuite du bloc chirurgical de l'hôpital Agostinho Neto et pour la poursuite de construction du centre de santé de Porto Novo et les infrastructures sanitaires de Santiago Norte. Les équipements du bloc chirurgical sont en cours, mais les constructions nouvelles d'infrastructures périphériques semblent encore suspendues suite à l'évaluation faite en 1999 et concernant les investissements luxembourgeois réalisés les années précédentes.

Les projets de **L'Union Européenne** concernent les infrastructures de santé à Praia sont inscrits pour une réalisation en 2002 (Ponta d'Água, Achada Grande Trás, Achada Santo Antonio, Tira Chapéu/ Palmarejo).

L'Union Européenne a d'abord financé l'élaboration d'un plan directeur en vue d'améliorer l'accessibilité de la population des districts de Praia aux soins de santé. Le projet vise à

²⁸ Ce qui trahit le caractère incantatoire de la programmation des investissements.

renforcer le réseau de soins de santé primaire pour la construction et l'équipement de deux centres de soins de santé primaire fonctionnant 24H sur 24 (Tira Chapeu – Palmarejo et Paiol – Lem Frerreira), de 2 centres de soins de santé primaires fonctionnant 12H par jour (Achada San Antonio et Achidinha – Eugénio Lima) ainsi que d'un poste de santé dans la zone d'Achada Grande Tras. Il vise également à permettre la réalisation d'études opérationnelles pour identifier les comportements et les besoins des populations. Il prévoit en outre, une réflexion en vue d'améliorer les procédures administratives et la gestion des infrastructures de soins de santé primaires, en vue éventuellement de recycler le personnel administratif et technique. L'UE projette de financer les infrastructures et études nécessaires.

La Banque Mondiale a retenu pour les années à venir un projet d'appui pour la prévention du SIDA²⁹.

La contribution nationale envisagée est aussi importante (plus de 40 millions), elle concerne la contribution à l'aménagement du bloc chirurgical d'Agostinho Neto et la mise en fonctionnement des centres de santé (Praia, Boa Vista, Mosteiros, Tarrafal, Maio, Espargos Sal) prévus sur financement portugais attendus mais très hypothétique.

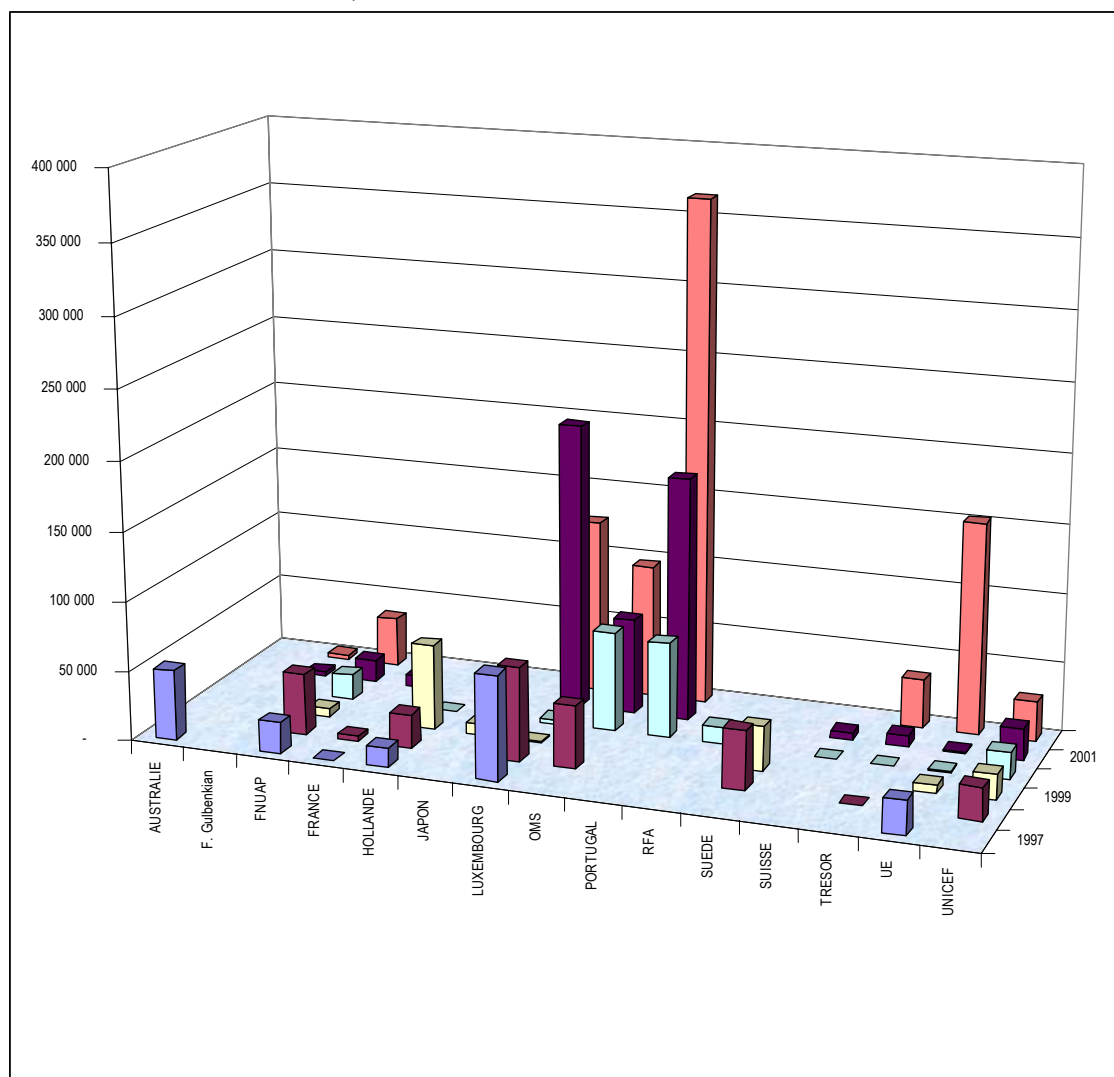
²⁹ "Project appraisal document on a proposed credit for the cape verde HIV/AIDS project - WORLD BANK - 28 février 2002"

TABLEAU 19 : REPARTITION DES FINANCEMENTS PAR BAILLEUR

30 En 000ECV	REALISATIONS				PROGRAMMATION	
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AUSTRALIE	50 000					
F. Gulbenkian					2 541	3 000
FNUAP	21 983	43 700	5 286	17 869	16 323	35 700
FRANCE	-	3 582			8 389	
HOLLANDE	14 000	23 908	61 153	-		
JAPON			8 242			
LUXEMBOURG	75 000	67 743	836	2 981	206 163	124 920
OMS		45 100		71 982	68 846	96 292
PORTUGAL				68 667	175 288	364 845
RFA				12 683		
SUEDE		42 371	31 648			
SUISSE				-	5 092	
TRESOR		400		-	8 000	35 500
UE	23 840		5 874	1 358	1 100	152 640
UNICEF		23 574	18 465	19 919	22 672	28 560
Total	184 823	250 378	131 504	195 459	514 414	841 457

Source : Direction générale du Plan

GRAPHIQUE 3 : REPARTITION DES FINANCEMENTS PAR BAILLEUR



Source : Ministère des Finances et du Plan, Direction de la Planification

30 Pour 2001 et 2002, il s'agit des intentions de financements

2.1.5. LA REPARTITION PAR ILE ET PAR NIVEAU

TABLEAU 20 : REPARTITION DES INVESTISSEMENTS PAR ILE

³¹ En 000 ECV	1997	1998	1999	2000	2001
CAP VERT	81 983	159 943	93 146	194 101	122 244
ANTA ANTAO				-	5 820
SAO NICOLAU	75 000	67 743	836		
SANTIAGO	27 840	22 292	37 522	1 358	810
Total	184 823	249 978	131 504	195 459	128 874

Source : Ministère des Finances et du Plan

Nombre de projets couvrent l'ensemble du territoire du Cap Vert. Il peut s'agir d'installation ou d'équipements, mais il s'agit aussi souvent de programmes de vaccination ou de lutte contre certaines maladies qui s'inscrivent aussi en investissements parce qu'ils relèvent de financements extérieurs. Il faut ici préciser que le programme d'investissements regroupe des projets en cours mais n'est pas exclusivement consacré à des augmentations de capital fixe comme la définition économique de l'investissement le suppose (FBCF : constructions ou équipements matériels).

Les grands programmes sur financements extérieurs constituent bien des investissements dans la mesure où il s'agit d'un effort temporaire qui n'a pas vocation à s'inscrire en permanence dans le budget de fonctionnement, mais il s'agit quand même de dépenses de fonctionnement de programmes spécifiques et temporaires (même s'ils doivent encore durer longtemps). Ils figurent dans le programme d'investissements parce qu'ils sont pris en charge de façon ponctuelle par des bailleurs de fonds extérieurs. Mais on pourrait tout aussi bien considérer qu'il s'agit de dépenses de fonctionnement relatives aux services de santé. Une analyse rapide permet cependant de conclure que les programmes de santé sans véritable contenu en investissements, même s'ils sont nombreux, ne constituent pas plus de 30% en moyenne par an du programme d'investissements réalisés. Les investissements en constructions et équipements représentent moins de projets mais les sommes engagées sont beaucoup plus importantes.

L'essentiel des financements de projets concernent toute la population capverdienne même s'ils se concentrent dans les deux hôpitaux de référence. Pour les six dernières années les investissements spécifiques aux districts sanitaires dans les îles ont concerné São Nicolau (financement Luxembourg) et Santiago (Suède et Union Européenne). Parmi les investissements réels en 1997 et 1998, plus de 75% concernaient des structures périphériques rurales ou urbaines. Depuis 1999, les investissements enregistrés concernent surtout les deux hôpitaux centraux et même à plus de 90% en 2001. L'effort concernant les structures de santé de base était surtout fait par le Luxembourg (50%) mais suite à l'évaluation du programme³² fin 1998, le Luxembourg a réaligné son programme d'aide vers d'autres projets et notamment pour l'équipement du bloc chirurgical à Praia. Le programme concernant Santiago Norte pourrait être réajusté en fonction de l'impact observé du programme déjà réalisé à Santa Antão et São Nicolau.

Le mauvais fonctionnement de la pyramide de santé qui se traduit par une préférence pour les structures centrales de tête de pyramide semble décourager les investisseurs dans leurs intentions pour les infrastructures de santé de base. Tant que la discipline d'accès aux services de santé ne sera pas mieux respectée, les investissements en infrastructures de base resteront sous-utilisés.

L'efficacité du système de santé dépend surtout des missions attribuées à chaque niveau et des efforts qui seront faits pour les faire accepter et respecter par les populations (cf. § 4.1. Problématique de l'Accès aux soins, page 51).

³¹ Il s'agit des paiements effectués connus. Pour 2001, l'information est encore incomplète.

³² "Avaliação dos projectos de saúde em Cabo Verde financiados pela cooperação luxemburguesa" - Dr Yolanda Estrela & Pitt Reitmaeier - décembre 1998.

2.2. LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT

2.2.1. LA GESTION AU NIVEAU DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

2.2.1.1 Budget santé et niveau d'exécution

Ici, seul le budget de fonctionnement est pris en considération. Il s'agit du budget de l'Etat financé sur ressources propres et destiné pour l'essentiel au fonctionnement des services administratifs et des services publics.

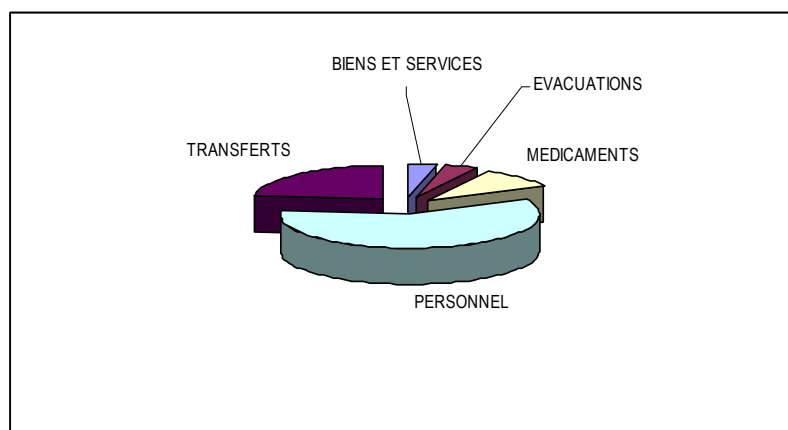
TABEAU 21 : PART DU BUDGET DE FONCTIONNEMENT DE LA SANTE DANS LE BUDGET TOTAL³³

³⁴	1998	1999	2000	2001	2002
Budget santé initial	986 774 000	1 085 677 243	1 186 472 037	1 437 633 510	1 511 278 348
Budget total initial	10 072 321 000	12 268 060 567	12 091 458 316	16 504 508 196	17 158 942 273
Part du budget santé	9.8%	8.8%	9.8%	8.7%	8.8%

Source : Base de données constituées

Le budget de la santé s'avère difficile à saisir. Selon les années le Ministère regroupe à côté des services de santé, les services de la Protection Sociale (autre service public d'importance au Cap Vert) (en 1998 et en 2001) et même en 2001 : les services de l'Emploi et de la Solidarité. Pour établir une comparaison utile, année après année, il est nécessaire de distinguer les services du ministère de la santé des services des autres départements. L'opération est facilitée par la distinction budgétaire entre les différentes administrations qui restent pour l'essentiel inchangées (Direction de la Protection Sociale et direction de l'Emploi ou Inspection Générale du Travail,.....). En revanche, si les services du Ministre, cabinet et secrétariat général voient leur dotation s'accroître en conséquence il n'est pas possible de retrouver même forfaitairement quelle serait la dotation strictement affectée pour la gestion ministérielle des services de santé. Il faut supposer que la majoration éventuelle des dotations budgétaires au niveau du cabinet du Ministre reste négligeable.

GRAPHIQUE 4 : DISTRIBUTION DES DEPENSES DE SANTE PROGRAMMEES DE 1998 A 2002



³³ Toutes les informations présentées en tableau sont issues de la base de données constituée à partir des informations communiquées par la Direction du Budget au Ministère des finances. L'année 1997 a été volontairement écartée car la nomenclature alors en usage s'avère trop différente de la nomenclature utilisée les années suivantes. Celle-ci change pourtant presque tous les ans, mais il s'agit d'adaptations mineures assez faciles à percevoir et à interpréter.

³⁴ Le budget santé considéré ici ne tient pas compte des services des affaires sociales ou du travail et de l'emploi qui ont pu lui être adjoints certaines années. Les budgets relatifs à ces services étaient distincts (directions administratives distinctes) et ont pu être aisément retirés. Mais le total santé figurant ici ne correspond pas à celui apparent dans les documents officiels quand le Ministère regroupait d'autres services.

TABLEAU 22 : EXECUTION DU BUDGET SANTE

	1998	1999	2000	2001	2002
Budget santé initial	986 774 000	1 085 677 243	1 186 472 037	1 437 633 510	1 511 278 348
Budget santé payé	1 107 001 847	1 142 388 348	1 205 629 066	1 361 460 066	
Taux d'exécution	112.2%	105.2%	101.6%	94.7%	

Source : Comptabilité Publique

Le budget santé croît régulièrement et a été augmenté de plus de 50% sur la période 1998 à 2002 mais dans le même temps le budget total a cru d'environ 70%. En fait le budget total intègre le remboursement de la dette qui est très conséquent ces dernières années. En 2000 et 2001, le budget affecté au Ministère des finances a pratiquement doublé pour inclure les annuités de remboursement (plus de 2 milliards pour la dette courante extérieure et plus de 1 milliard pour les transferts pour amortir la dette interne). Si l'on excepte ces frais exceptionnels, le budget réservé au fonctionnement de l'Etat comparable à celui des années 1998 n'a cru que de 40% sur la période, si bien que le budget de la santé a cru plus vite que le total des budgets des autres services de l'Etat (excepté le service de la dette).

TABLEAU 23 : TAUX D'EXECUTION DU BUDGET TOTAL

En milliers ECV	1998	1999	2000	2001	2002
Budget total initial	10 072 321 000	12 268 060 567	12 091 458 316	16 504 508 196	17 158 942 273
Budget total payé	11 924 350 130	11 482 935 311	14 177 910 942	12 068 712 930	
Taux d'exécution	118.39%	93.60%	117.26%	73.12%	

Source : Comptabilité Publique

Le budget correspond à une intention. Ce qui compte en définitive, ce sont les paiements réellement effectués et qui sont consignés dans les lois de règlement établies par la comptabilité publique et validées par le tribunal des comptes. Pour les années en cours d'examen, nous disposons des comptes définitifs établis par les services de la comptabilité publique.

A ce propos, il faut mentionner une attitude très spécifique au Cap Vert qui consiste à corriger et à rectifier le budget tout au long de l'année. Après le budget initial arrêté en décembre, dès février, une loi d'exécution du budget est publiée et, dès ce moment, le premier projet accepté par l'Assemblée Nationale est corrigé des adaptations déjà faites en fonction des demandes des services. Ces demandes sont relativement faciles à établir et consistent pour chaque département ministériel à demander l'autorisation d'une modification de dotations à l'intérieur d'un chapitre. Plus tard, au milieu de l'année, sera dressé le budget rectifié en fonction des besoins apparents et des ajustements budgétaires possibles pour le restant de l'année. Cette rectification au milieu de l'année est assez générale dans de nombreux pays et correspond en fait à un ajustement logique en cours d'année, mais au Cap Vert il s'agit la plupart du temps d'une deuxième modification. Une troisième modification est souvent encore faite avant la fin de l'année pour tenir compte des demandes d'adaptation qui ont continué à être formulées tout au long de l'année. Si bien que le budget comprend plusieurs versions (souvent 4). Evidemment la dernière version est plus proche de la réalité de l'exécution et la première peut s'en trouver assez éloignée. Mais, bien entendu, l'exercice de programmation qui consiste à prévoir les dépenses à venir en fonction des ressources disponibles et surtout en fonction de la politique retenue et qui est conduit avant le début de l'année, atteste seul de la qualité du travail de prévision inhérent à toute gestion rationnellement organisée. Les versions suivantes ne font qu'entériner le fléchissement des contraintes budgétaires en fonction des requêtes des services et de leurs habitudes de gestion, mais elles peuvent s'éloigner considérablement des choix initiaux qui visaient la mise en œuvre d'une politique. Cette pratique trahit à l'évidence la résistance des services aux changements et peut mettre à mal les initiatives politiques qui ont été envisagées lors de l'élaboration du budget initial.

Les modifications budgétaires qui n'affectent pas les crédits totaux et consistent à établir une nouvelle répartition entre les rubriques en fonction des demandes relèvent de l'autorité du gouvernement. Les modifications budgétaires qui affectent les crédits totaux exigent l'accord de l'Assemblée Nationale.

Les différentes versions d'un même budget sont souvent utilisées pour les comparer aux réalisations ou pour estimer les efforts budgétaires. A notre avis, la version initiale seule atteste des intentions et de l'effort de programmation. Les autres versions ne sont que des adaptations successives pour conformer le budget aux contraintes de terrain. Les comptes définitifs rendent compte des efforts réellement effectués. La comparaison entre la loi budgétaire initiale et les comptes définitifs donne une idée de la qualité de l'exercice de programmation et donne une idée de l'exécution budgétaire. Un taux de réalisation qui met en rapport les comptes définitifs et la dernière version de la loi budgétaire (établie quelquefois en septembre ou octobre de l'exercice en cours) ne signifie rien, ni la qualité de la programmation puisque le budget pris en considération n'est pas issu de l'exercice budgétaire premier, ni le taux d'exécution puisque le budget a été corrigé au fur et à mesure de son exécution. C'est pourquoi, même si nous devons constater des écarts importants entre budget initial et les comptes définitifs (écarts qui ont été aménagés au fur et à mesure de l'exercice), pour un examen critique nous retiendrons la loi initiale et les comptes définitifs. Sans doute, si nous observons des dépassements budgétaires, il faudra considérer que légalement ils ont été autorisés puisque le budget a été corrigé en conséquence. Il faut surtout comprendre la qualité de la gestion budgétaire à travers l'exercice de programmation premier et à travers l'exécution finale du budget. Que les changements opérés aient été légalement autorisés importe peu pour juger de l'effort de rigueur budgétaire.

2.2.1.2 Analyse de la structure des dépenses de fonctionnement relatives à la santé

Selon cette logique nous observons que le budget de la santé a été exécuté à plus de 100% de 1998 à 2000, même si les dépassements avaient été inscrits dans les lois rectificatives successives³⁵. En conséquence cette année là, comme les années qui ont suivi, le budget de la santé s'est adapté au fur et à mesure de son exécution aux demandes des services et, comme ceux-ci étaient à la hausse, il a augmenté et dépassé les prévisions initiales. Mais pour autant cette augmentation n'a pas été homothétique, elle a surtout profité aux salaires des personnels (chapitre 01) qui s'est trouvé augmenté en 1998 de 16% par rapport au budget initial, de 6% en 1999 et de 4% en 2000. Il s'est agi notamment des lignes 01 01 01 (Pessoal de quadro aprov. por lei) et 01 02 01 (Gratif. Var. ou eventuais)³⁶. La première représente 40% du budget de la santé (elle a représenté alors 45% en exécution), la seconde représente près de 6% (elle a représenté plus de 10% en exécution). Ces dépenses étaient consécutives aux nouveaux recrutements et aux réalignements d'indices de salaires.

En 2001, le budget personnel finalement exécuté a été inférieur de 6% aux prévisions initiales et ce sont les lignes signalées en débordement (01 01 01 et 01 02 01) qui ont été contenues.

Les autres prévisions budgétaires et notamment celles relatives aux subventions consenties aux services autonomes ont été respectées (chapitre 04), les réalisations correspondent aux prévisions budgétaires. Il faut dire qu'en l'occurrence il s'agit de dotations attribuées mensuellement et qu'elles sont régulièrement débloquées sur la base des 1/12 inscrits au budget, il n'y a donc pas de raisons pour qu'elles débordent la dotation initiale

35 La dernière version budgétaire 1998 prévoyait un budget total qui s'est révélé identique aux paiements réellement effectués, ce qui prouve qu'il ne s'agissait plus d'un budget mais d'un état de la situation en cours au moment de son élaboration.

36 La nomenclature utilisée change souvent d'une année sur l'autre. Pour pouvoir comparer et opérer un traitement en bases de données nous avons dû souvent reclasser les lignes budgétaires selon une nomenclature de référence qui se trouve être celle la plus utilisée sur la période pour la même nature de dépenses. En effet, certaines dépenses sont clairement identifiées par leur intitulé même si leur numéro dans la nomenclature a pu changer, il est alors facile de les reclasser dans une nomenclature unique

sauf demande expresse des services autonomes, mais comme leur gestion est indépendante, ces ressources sont estimées exogènes et acquises dès le début de l'année.

Le chapitre 02 qui concerne les biens et services nécessaires au fonctionnement des services ne reçoivent pas dans leur ensemble de transformations notables entre la dotation initiale et l'exécution, les aménagements budgétaires sont plutôt réalisés à l'intérieur du chapitre 02. En 1999, on remarque un débordement significatif de la ligne "02 03 08 Deslocações e Estadias". Dans l'ensemble ce chapitre est celui qui est le moins bien réalisé avec des niveaux d'exécution de l'ordre de 70% seulement.

Au total les dépenses de personnel qui absorbent l'essentiel des ressources budgétaires affectées à la santé sont souvent réalisées au-delà des prévisions et les dépenses de fonctionnement en biens et services (autres que médicaments) ne sont réalisées qu'à 70%. Les services autonomes reçoivent toujours les dotations prévues (100%).

Au total dans la répartition des financements, les budgets exécutés s'éloignent assez largement des budgets pressentis. La situation tend à se redresser dès 2000 pour atteindre en 2001 une exécution assez conforme en structure au budget initial avec un taux d'exécution de 95% équitablement réparti entre les natures de dépenses.

TABLEAU 24 : REPARTITION DES BUDGETS INITIAUX ET DES COMPTES DEFINITFS PAR CHAPITRE

Chapitre	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002
	Bud Initial	Bud exe	Bud Initial	Bud exe	Bud Initial	Bud exe	Bud Initial	Bud exe	Bud Initial	Bud exe	Bud Initial	Bud exe	Bud Initial
01	68.93%	74.29%	72.51%	75.42%	72.83%	76.18%	80.72%	81.65%	74.74%	76.25%	71.80%	70.97%	70.19%
02	4.87%	3.70%	3.88%	2.78%	3.94%	3.20%	3.05%	2.92%	2.85%	1.84%	4.09%	3.72%	3.86%
04	26.20%	22.01%	23.61%	21.80%	23.23%	20.62%	16.24%	15.43%	22.41%	21.70%	24.11%	25.31%	25.94%

Source : base de données constituée

En exécution (Bud. Exe) jusqu'en 2000 les $\frac{3}{4}$ des dépenses étaient consacrées aux rémunérations des personnels et aux subsides divers. Cependant, 20% des dépenses inscrites dans ce chapitre sont destinées à la rubrique « 01 03 01 » qui regroupent les dépenses de médicaments et vaccins relatives à tous les services de santé et les évacuations inter-îles et à l'extérieur du pays qui concernent toute la population capverdienne (entre 150 et 200 millions d'ECV selon les années). En réalité les dépenses de personnel de santé absorbent plus de la moitié du budget de la santé, mais il ne faut pas oublier que la qualité des services qui est indéniable repose sur la compétence, la disponibilité et l'honnêteté de ce personnel. Les personnels affectés en province et notamment les médecins bénéficient d'indemnités et de sujétions spéciales conséquentes justifiées pour obtenir leur détachement hors des agglomérations urbaines.

Les dépenses relatives aux achats de médicaments, aux vaccins et aux évacuations se trouvent toutes concentrées dans la ligne budgétaire « 01 03 01 Encargos com a saúde » et inscrites comme dépenses relatives aux personnels de santé. Il ne s'agit pas de dépenses relatives aux personnels de santé, il s'agit de dépenses courantes relatives au fonctionnement du système de santé et qui doivent profiter à toute la population capverdienne comme les autres fournitures acquises pour le fonctionnement des services de santé et inscrites au chapitre 02. Mais surtout l'agrégation des dépenses réservées à l'achat de médicaments et de celles destinées aux règlements des coûts d'évacuation inter-îles et à l'extérieur du pays (Portugal) ne permet pas de faire une analyse de l'évolution de chacune de ses composantes pourtant essentielles pour comprendre les dépenses de santé. En effet, chacune de ses composantes représentent des sommes importantes (environ 150 millions pour les médicaments et vaccins et environ 50 millions pour les évacuations), de 10 à 20% des dépenses totales de fonctionnement des services de santé. Les efforts de gestion doivent porter tout d'abord sur la recherche d'économies

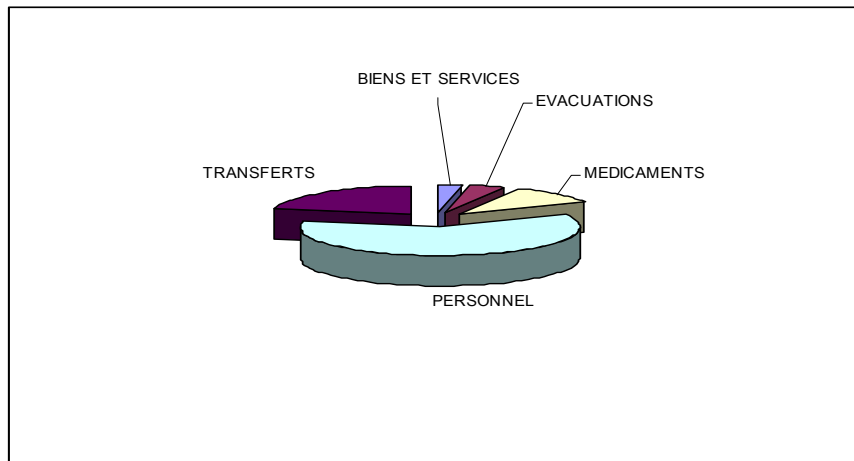
37 Dans la nomenclature en cours, le chapitre 01 regroupe les dépenses relatives aux personnels, le chapitre 02 celles relatives aux fournitures et services divers, le chapitre 04 celles relatives aux transferts vers les services autonomes ou d'autres services. Les autres chapitres non utilisés au niveau du budget de la santé regroupent d'autres types de dépense : le chapitre 03 celles relatives aux dettes, le chapitre 05 celles relatives aux indemnités, dotations provisionnelles, et diverses, et le chapitre 06 celles concernant l'entretien du patrimoine (édifices et équipements).

à ce niveau. Il est dommage que les rubriques qui doivent faire l'objet d'un suivi attentif ne soient pas plus transparentes. Le Ministère des finances déjà alerté sur cet aspect a promis d'en tenir compte dans l'ajustement de la nomenclature. Les dépenses de personnel sont par nature souvent incompressibles mais elles sont en revanche parfaitement prévisibles et peuvent faire l'objet d'une programmation rigoureuse qui doit guider la politique des ressources humaines.

Près du quart des dépenses étaient réservées aux subventions aux services autonomes (Transferts aux Hôpitaux centraux et CNDS). Il faut noter que les personnels fonctionnaires des services autonomes sont pour leur grande majorité pris en charge par le service de la solde et émargent au budget du Ministère (et ne figurent donc pas au budget des services autonomes), mais certains personnels contractuels sont pris en charge sur le budget propre et dépendent des ressources qui proviennent des subventions de l'Etat et des recettes propres. Pour saisir le coût total des personnels de santé, il faudrait encore comprendre la part des services autonomes attribués aux personnels (près de 70% des subventions annuelles consenties).

Enfin le reste des dépenses publiques du budget de fonctionnement de la santé (moins de 5%) est attribué aux dépenses de biens et services nécessaires au fonctionnement des structures de santé et aux services administratifs (sachant par ailleurs que les médicaments sont pris en charge sur une ligne réservée mais comprise dans la rubrique des frais de personnels et qu'ils représentent environ 15% des dépenses de santé).

GRAPHIQUE 5 : REPARTITION DES DEPENSES EFFECTIVES DE SANTE DE 1998 A 2001



2.2.2. LES FINANCEMENTS PUBLICS CONSENTIS AUX STRUCTURES DECENTRALISEES ET LEURS RECETTES PROPRES

Les informations disponibles permettent de saisir toutes les dépenses prises en charge par le Budget de l'Etat au niveau des structures de santé autres que les hôpitaux centraux. Il s'agit des délégations de santé, des hôpitaux régionaux, des centres de santé, des postes de santé, des centres de santé reproductives et des unités sanitaires de base. Les structures périphériques autres que les Hôpitaux centraux ne disposent pas d'un budget de fonctionnement propre autre que celui constitué à partir des recettes propres. Le budget de fonctionnement délégué est administré et géré par la DSA.

TABEAU 25 : FINANCEMENTS GERES PAR LA DSA SANTE RELATIFS AUX STRUCTURES DE SANTE CONCERNANT LES CHARGES DE PERSONNELS (CHAPITRE 01)

<i>En ECV</i>	1998	1999	2000	2001	Personnels affectés
Services administratifs	29 366 412	43 273 044	29 230 324	28 980 597	Entre 5 et 10 médecins
Hôpital Agostinho Neto	30 269 550	44 632 716	37 838 820	34 199 926	106 Médecins + 123 infirmiers
Hôpital Baptista de Sousa	30 665 600	35 718 014	30 767 428	26 416 760	
Délégation Praia	1 566 300	4 253 150	1 681 350	1 771 550	
Délégation Santa Catarina	5 645 100	7 304 900	7 858 200	5 374 350	
Délégation Santa Cruz	3 173 900	3 569 300	3 103 706	2 762 804	
Délégation Tarrafal	2 585 800	3 047 000	3 371 700	2 621 500	
Délégation São Vicente	332 500	408 000	309 500	172 100	
Délégation Maio	850 500	1 156 100	993 000	1 071 200	
Délégation Fogo	4 398 969	6 620 600	7 356 900	6 252 100	60 Médecins + 161 infirmiers
Délégation Brava	2 401 250	2 695 250	1 846 400	2 184 700	
Délégation San Nicolau	1 864 200	2 889 812	1 982 848	2 863 232	
Délégation Sal	2 003 500	2 600 600	1 680 750	1 892 700	
Délégation Boa Vista	243 500	962 500	720 500	497 500	
Délégation Ribeira Grande	5 156 000	5 576 272	4 369 868	3 686 900	
Délégation Porto Novo	2 046 000	2 788 400	2 617 300	2 182 900	
Délégation Paul	954 850	1 597 000	1 894 900	1 913 500	
TOTAL	123 523 931	169 092 658	137 623 494	124 844 319	

Source : DSA Ministère de la Santé

TABEAU 26 : FINANCEMENTS GERES PAR LA DSA SANTE RELATIFS AUX STRUCTURES DE SANTE CONCERNANT LES FOURNITURES DE BIENS ET SERVICES (CHAPITRE 02)

	1998	1999	2000	2001
DSA	19 257 796	75 522 308	61 531 700	14 214 758
DGF	100 000 000	147 491 033	99 988 383	89 555 496
Délégation Praia	270 000	378 200	306 640	425 878
Délégation Santa Catarina	1 885 871	2 049 461	2 114 955	1 568 248
Délégation Santa Cruz	250 000	363 790	334 280	319 000
Délégation Tarrafal	292 880	403 792	398 286	465 750
Délégation São Vicente	100 000	48 800	86 748	48 000
Délégation Maio	281 150	301 603	185 363	181 500
Délégation Fogo	1 508 750	1 171 043	1 541 558	1 274 215
Délégation Brava	322 623	283 634	288 925	240 285
Délégation San Nicolau	295 850	449 350	428 117	351 500
Délégation Sal	160 460	356 140	92 000	88 000
Délégation Boa Vista	199 516	274 924	299 038	140 000
Délégation Ribeira Grande	1 410 650	1 527 590	1 647 246	1 323 000
Délégation de Porto Novo	471 860	398 998	114 500	370 800
Délégation de Paul	256 131	328 567	247 510	367 740
DRF	85 000	72 910	110 000	100 475
TOTAL	127 048 537	231 422 143	169 715 249	111 034 645

Source : DSA Ministère de la Santé

Les sommes distribuées sont gérées par la DSA du Ministère de la santé, mais les réquisitions sont initialement émises par les services décentralisés.

Notons que près de 50% des sommes gérées à disposition directe des structures de santé sont destinées à couvrir des charges de personnels et que 70% des sommes affectées aux fournitures sont destinées à l'achat de médicaments³⁸ qui sont directement fournis par

38 A la DSA, l'ancienne nomenclature est encore en vigueur et la ligne "encargos com a saúde" figure au chapitre 02.

la Direction Générale des Pharmacies après programmation concertée des besoins en fonction des disponibilités budgétaires.

Parmi ce budget à disposition, une bonne part du chapitre 01 (frais de personnel) est attribuée aux deux hôpitaux centraux et une part encore restera à disposition de la DSA. Avec le retrait des frais de personnel destinés aux Hôpitaux centraux et à la DSA, c'est seulement le quart des sommes ci-dessus apparentes au total (Cf. Tableau 25 : Financements gérés par la DSA Santé relatifs aux structures de santé Concernant les charges de personnels (chapitre 01)) qui seront affectées au personnel des structures décentralisées.

Pour les fournitures de biens et services comme pour les médicaments, comme on le verra plus loin, la répartition est apparemment équitable et proportionnelle à l'importance de la population desservie.

Bien entendu, les charges des personnels affectés dans les structures décentralisées (comme dans les autres structures) sont assurées par les services de la solde. Il n'est question ici que des indemnités supplémentaires des techniciens de santé (01 02 02 Gratificações variáveis ou eventuais) et éventuellement des rémunérations et indemnités des personnels coopérants expatriés affectés (Alimentação e Alojamento).

Les dotations budgétaires par délégation concernant le carburant, les fournitures de secrétariat, l'alimentation et l'habillement (02.02.02 - 02.02.04 - 02.02.05) sont réparties par la DSA et communiquées aux délégués de santé dès l'ouverture du budget mais les règlements seront effectués par la DSA qui reçoit les factures. Il s'agit de crédits qui feront l'objet d'une gestion groupée sous la responsabilité de la DSA au Ministère de la santé et de la DGPE au Ministère des finances. Les médicaments sont gérés et répartis sous la responsabilité de la Direction Générale des pharmacies. Les autres crédits décentralisés sont ouverts et répartis au fur et à mesure des demandes des délégations (les plus pressées risquent se retrouver les mieux dotées).

Sur crédits du Budget national, la marge de manœuvre des délégations reste très étroite et toujours sous contrôle de la DSA qui regroupe les réquisitions et ordonne les commandes. Hors gratifications salariales et médicaments, les crédits disponibles pour les délégations restent inférieurs à 10 millions ECV par an. Pour leurs besoins quotidiens de fonctionnement, pour des besoins supplémentaires de médicaments, voire même pour le recrutement de personnels supplémentaires subalternes, les services décentralisés comptent sur leurs recettes propres constituées à partir de l'encaissement des recettes du ticket modérateur.

Chaque structure adapte son propre régime de perception aligné plus ou moins sur le tarif officiel en fonction des ressources de la population locale et de ses habitudes mais aussi dans la mesure du possible en fonction des besoins pour le fonctionnement des services. Le ticket modérateur ne correspond pas au paiement d'une prestation, il a été institué en 1989 pour contrôler et limiter³⁹ les accès et les demandes aux services de santé qui sont censés demeurer gratuits. Pour modeste qu'il soit, il n'en demeure pas moins une petite recette utile pour couvrir les menus frais. Il s'agit d'un argent public puisqu'il est collecté par un service public. Il est théoriquement soumis aux règles de contrôle et de gestion des fonds publics. Mais en l'occurrence chaque délégation s'organise comme elle l'entend et rend compte ensuite de ses recettes et de leur usage à l'occasion des rapports annuels.

L'argent est recueilli par les agents de santé, infirmiers et médecins qui exercent dans les différentes structures périphériques. Chaque entrée donne lieu à délivrance d'une souche qui atteste de la perception d'un droit. L'agent perceuteur consigne quotidiennement cette recette. La délégation qui a la responsabilité de regrouper les sommes recueillies peut

39 Rappelons qu'il s'agit d'un tarif symbolique institué pour limiter les abus d'usage des services mais en aucun cas pour assumer une contribution au fonctionnement des services même si de fait, il permet de constituer des recettes propres fort utiles au fonctionnement des structures de santé.

laisser libre usage à la structure sous réserve qu'elle présente les factures justificatives de l'usage qu'elle en a fait. Elle peut aussi recueillir les recettes pour une gestion à son niveau, mais à son tour la délégation est tenue de tenir une petite comptabilité de justificatifs et de rendre compte en fin d'année. Souvent les collecteurs usent des recettes pour financer le fonctionnement de leur structure, seuls les excédents éventuels sont remis à la délégation qui peut à son tour en faire un usage libre dans l'intérêt des services moyennant la conservation des justificatifs de dépenses. Les sommes recueillies restent dans des proportions très modestes de l'ordre de 1 000 à 3 000 ECV par mois pour une USB, de 6 à 8 000 ECV pour un PS et de 10 à 20 000 ECV pour un centre de santé⁴⁰. Au niveau des délégations, ces sommes sont logées sur un compte en banque auquel le Trésor public peut avoir accès quand les réserves accumulées dépassent une certaine somme, mais la disponibilité reste acquise en priorité au service bénéficiaire qui peut éventuellement exiger du Trésor certains règlements si des recettes des services de santé ont été virées sur un compte Trésor. La plupart du temps chaque structure gère de façon simple les sommes récoltées (cahier recettes-dépenses). Cette gestion reste très informelle mais très souple et permet apparemment aux services de compléter utilement les moyens de fonctionnement budgétaire à leur disposition.

Pour les hôpitaux régionaux, les sommes recueillies sont plus significatives⁴¹ et peuvent permettre d'embaucher un personnel d'appoint. Mais les recettes propres restent sans doute très en deçà des besoins. Les responsables de délégation s'efforcent de trouver quelques autres sources de recettes (délivrance des attestations administratives et des carnets de vaccinations) et d'adapter éventuellement les barèmes en vigueur en fonction des capacités de paiement des populations desservies ou en fonction des services demandés.

Les centres de santé reproductive, anciennement Centres de protection maternelle et infantile, ont des missions plus spécifiques dirigées vers la santé reproductive et le planning familial, vers les jeunes enfants, les mères et les femmes enceintes. Jusqu'en 1998, la direction de la protection maternelle et infantile était distincte de la DGS et disposait d'un budget spécifique (2 millions ECV en 1998), depuis elle demeure une direction sous la dépendance de la DGS et sans budget propre.

Les structures périphériques sont très sommairement équipées et nombre de leurs prescriptions renvoient le malade sur un niveau supérieur mieux équipé (Hôpital régional ou central) pour des examens ou des analyses complémentaires où il est admis parmi les urgences, si bien que les malades prennent souvent l'habitude de s'y diriger d'eux-mêmes avant même de consulter une structure de base (USB, PS ou CS), ce qui explique l'engorgement des services d'urgence à l'hôpital et sans doute aussi la demande du Ministère de déléguer quelquefois, un des deux médecins des CS en appui aux services d'urgence de l'Hôpital central. Dans les districts sanitaires de Santiago sud, l'Hôpital Agostinho Neto joue le rôle d'une structure de base d'accueil en mesure de répondre de façon plus satisfaisante aux besoins courants des malades qui se présentent alors au service d'urgence. Néanmoins, les structures périphériques sont abondamment consultées et pas toujours en mesure de traiter convenablement le flot des malades qui se présentent. Outre les consultations relatives à un accident de santé, les structures traitent nombre de malades chroniques qui se présentent régulièrement pour percevoir des soins. Le personnel et les équipements peuvent ne pas être suffisant en regard d'une population de cette importance (Cf. plan directeur de santé de Praia) ni le nombre des structures d'accueil.

L'inventaire de toutes les recettes et dépenses de toutes les structures de santé peut être fait à partir des rapports annuels remis par les délégations. Il pourrait permettre de se

40 Compte tenu des pratiques en vigueur au Cap Vert et de la tradition de gratuité des soins, il est difficile aux personnels de santé de réclamer le ticket modérateur aux indigents ou à ceux qui refusent de payer.

41 8 millions ECV en 2001 à l'hôpital régional de Santa Catarina, mais une part provient des prestations de la délégation de santé qui délivre des certificats et des attestations.

faire une idée plus juste de l'argent public recueilli et des efforts que la population est prête à consentir pour accéder aux services de santé. Pour modestes que soient ces sommes, leur usage n'en demeure pas moins essentiel pour le fonctionnement au quotidien des structures périphériques. Ces recettes sont toutefois beaucoup plus importantes que les ressources budgétaires mises à disposition (hors médicaments) et elles permettent d'assurer avec une certaine souplesse le fonctionnement des structures du système de santé dans leur quotidien.

L'usage libre mais contrôlable qui en est fait responsabilise les techniciens de santé et les prépare mieux à comprendre les contraintes de fonctionnement d'un service public et les limites des possibilités budgétaires. Au-delà des disponibilités qu'offrent ces recettes, elles permettent surtout d'attirer l'attention sur les conditions d'un fonctionnement efficace du système et sur l'intérêt d'une participation des populations. Les patients eux-mêmes, soucieux d'un service de qualité, prennent à leur tour la mesure des conditions d'efficacité et peuvent mieux accepter la participation qui leur est demandée.

Les services périphériques ont pris l'habitude de compter sur leurs ressources propres et de se contenter des moyens en médicaments et petits équipements mis à leur disposition par les services centraux du Ministère de la santé. Il n'est pas sûr qu'ils soient consultés lors des exercices de programmation ou même que leurs vœux soient pris en considération. De toute façon, même le Ministère de la santé qui répercutera leur demande au Ministère des finances est loin d'être convaincu de pouvoir aboutir.⁴²

2.2.3. LES DOTATIONS BUDGETAIRES AUX HOPITAUX ET LES RECETTES HOSPITALERES

2.2.3.1 Les deux hôpitaux centraux : Agostinho Neto et Baptista de Sousa

Les deux hôpitaux centraux bénéficient de l'autonomie financière de gestion, disposent d'une comptabilité propre et gèrent les recettes propres qu'ils collectent. Ils reçoivent chaque année une dotation budgétaire qui leur est versée mensuellement. L'essentiel de leur personnel est administré par la fonction publique, mais d'autres personnes sont aussi recrutées et payées à partir de la gestion autonome.

⁴² Cf. Annexe 2

TABLEAU 27 : DEPENSES CONSTATEES SUR GESTION PROPRE POUR CHACUN DES DEUX HOPITAUX CENTRAUX

		1998	1999	2000	2001	Budget 2 002
HAN	01 Personnel	83 913 525	82 173 268	96 407 888	113 016 868	130 000 584
	02 Fournitures	43 418 058	50 794 360	56 890 648	70 892 908	52 422 391
	06 Equipement	1 342 109	7 264 491	6 028 549	822 334	4 367 116
	TOTAL HAN	128 673 692	140 232 119	159 327 085	184 732 110	186 790 091
<i>Dotations budgétaires HAN</i>		<i>95 400 000</i>	<i>95 400 000</i>	<i>149 795 657</i>	<i>144 899 133</i>	<i>146 790 091</i>
<i>Recettes propres est. HAN</i>		<i>45 000 000</i>	<i>46 889 015</i>	<i>25 000 000</i>	<i>37 000 000</i>	<i>40 000 000</i>
Part de recettes dans le budget total		32%	33%	14%	20%	21%

HBS	01 Personnel	64 759 000	66 739 000	73 207 000	93 439 069	76 326 942
	02 Fournitures	11 540 000	9 563 000	26 175 000	21 063 105	30 578 738
	06 Equipement	256 000	365 000	12 172 000	2 601 620	11 000 000
	TOTAL HBS⁴³	76 555 000	76 667 000	111 554 000	117 103 794	117 905 680
<i>Dotations budgétaires HBS</i>		<i>59 400 000</i>	<i>59 400 000</i>	<i>104 683 000</i>	<i>102 905 680</i>	<i>102 905 680</i>
<i>Recettes propres est. HBS</i>		<i>15 000 000</i>	<i>15 000 000</i>	<i>15 000 000</i>	<i>15 000 000</i>	<i>15 000 000</i>
Part de recettes dans le budget total		20%	20%	13%	13%	13%

TOTAL HOPITAUX	205 228 692	216 899 119	270 881 085	301 835 904	304 695 771
-----------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Source : HAN et HBS

Les dotations budgétaires consenties ces trois dernières années sont en augmentation sensible (48.5% de 1998 à 2002).

Les deux hôpitaux disposent de moyens budgétaires assez conséquents. Outre les subventions annuelles du Budget qui couvrent les indemnités des personnels, la solde des contractuels et les frais de fonctionnement courant, et qui sont gérés directement par l'administration hospitalière (tableau ci-dessus), ils bénéficient encore :

de la rétribution salariale du personnel régulier (comprise dans la solde des personnels de la fonction publique) ;

des gratifications consenties à travers la DSA du Ministère de la Santé (30 à 40 M ECV par an) ; (Cf. Tableau 25 : Financements gérés par la DSA Santé relatifs aux structures de santé, page 27) ;

De plus les hôpitaux centraux recueillent dorénavant tous les mois en plus de la subvention budgétaire une subvention de l'INPS de l'ordre de (cf. § 4.3.2, page 60) 3.25 M ECV comprises dans les recettes propres.

Néanmoins, alors que les subventions de l'Etat augmentaient de près de 50%, les recettes propres qui contribuent de façon significative au fonctionnement des hôpitaux sont restées sur la période étrangement stables

Nombre d'investissements importants sont aussi réalisés sur subvention des bailleurs de fonds (actuellement le Luxembourg finance pour 6 M EURO la construction d'un bloc opératoire avec 4 salles d'opération).

43 Non compris pour 1998 et 1999 les recettes propres qui s'élevaient à 15 millions ECV.

TABLEAU 28 : RECETTES EFFECTIVES DES HOPITAUX CENTRAUX

En 000 ECV	1996	1997	1998	1999	2000	2001
HAN	23 776	26 257	29 116	48 372	38 264	33 880
HBS	26 260	31 716	39 085	57 833	⁴⁴ 93 594	N.D.

Source : Rapports annuels des hôpitaux

A Agostinho Neto, la location des chambres particulières procure environ 15% des recettes, de même que les consultations supplémentaires⁴⁵, les IVG environ 10%, le ticket modérateur 10% aussi. Pour l'accès aux soins à l'hôpital, le règlement du ticket modérateur est requis de tous les patients à hauteur de 100 ECV. L'assistance médicale et les médicaments⁴⁶ qui ont procuré jusqu'à 30% des recettes correspondaient de 1997 à 1999 à une demande de remboursement exigée de l'INPS pour les traitements de ses affiliés (médicaments et coût des interventions chirurgicales estimées).

A Baptista de Sousa, les chambres particulières et les consultations supplémentaires procurent près de 50% des recettes propres et le ticket modérateur moins de 10%. L'essentiel du reste est produit par les actes de l'infirmerie, les IVG et les analyses de laboratoire. En 1999 et 2000, l'hôpital a réclamé à l'INPS une redevance forfaitaire importante⁴⁷ en contrepartie des soins dispensés aux malades affiliés; laquelle était enregistrée sous une rubrique "médicaments INPS". Depuis, l'INPS verse directement à travers le Ministère de la Santé une redevance mensuelle forfaitaire de l'ordre de 3.25 millions d'ECV correspondants en fait à la prise en charge gratuite de ses assurés dans les services des deux hôpitaux⁴⁸.

Ces recettes particulières semblent n'obéir à aucune règle ni dans leur perception ni dans leur traitement comptable. Chaque Hôpital administre comme il l'entend sur la base des textes de référence qui l'autorisent à prélever le ticket modérateur, à organiser des consultations supplémentaires payantes au profit des médecins publics (60% du prix payé par le patient pour le médecin et 40% pour l'hôpital), à louer des chambres particulières ou à facturer certains autres services comme les analyses de laboratoires ou les soins de l'infirmerie. Pour une même intervention, les tarifs pratiqués diffèrent d'un hôpital à l'autre. La comptabilisation consolidée de ces recettes nécessiterait l'adoption d'une nomenclature commune et une discipline dans l'application des tarifs.

Concernant les achats de médicaments, outre les dons éventuels des partenaires, à l'instar de la DGF, les hôpitaux effectuent eux-mêmes leurs commandes auprès de l'EMPROFAC et d'INPHARMA auxquels ils adressent tous les ans un planning prévisible de livraisons, commandes qui sont réajustées en fonction des disponibilités budgétaires effectives.

2.2.3.2 Le Centre national de développement sanitaire (CNDS)

Le CNDS a pour vocation la promotion et la coordination multisectorielle des activités d'Information, Education et Communication. Il dispose de l'autonomie financière de fonctionnement.

⁴⁴ L'hôpital de São Vicente a réclamé à l'INPS une indemnisation correspondant aux coûts de prise en charge des affiliés à l'INPS accueillis dans l'année. Cette rétribution a été contestée par l'INPS qui règle déjà à l'Etat une cotisation forfaitaire mensuelle destinée justement à contrebalancer les services rendus aux affiliés INPS. Depuis, cette cotisation a été réajustée et une contribution supplémentaire mensuelle est consentie par l'INPS pour les deux hôpitaux.

⁴⁵ Elles sont dispensées l'après midi après 15H dans les cabinets de l'Hôpital mais à titre privé et sont payantes (de 1000 ECV la première à 800 pour les suivantes). Le médecin conserve 60% du prix payé et l'hôpital prélève 40%.

⁴⁶ Un droit d'accès aux médicaments fournis de 50ECV est demandé lorsque des médicaments sont administrés dans l'hôpital
⁴⁷ 4 millions en 1999 et 30 millions en 2000.

⁴⁸ Les informations remises sont trop anciennes pour nous permettre de relever cette nouvelle recette et son mode d'enregistrement. Auparavant l'INPS s'acquittait de cette redevance à travers un versement mensuel effectué auprès du Trésor public (100 millions par an), depuis le versement est décomposé en deux tranches dont une (3.25 millions) est destinée aux hôpitaux et remise au Ministre de la Santé.

À l'origine, en 1993, il prenait la place d'un programme d'Education Sanitaire et visait dans le cadre du programme de l'Union Européenne de lutte contre le SIDA à développer toutes les actions d'information de la population sur les risques liés aux maladies sexuellement transmissibles et les moyens de prévention. Doté d'équipements pour la confection des supports et matériaux de diffusion des messages (affiches, émissions radio ou télévisuelles, conférences, manuels, programmes scolaires), son action s'est rapidement étendue à tous les risques de santé. Le projet de l'Union Européenne qui est à l'origine, mais depuis aussi l'OMS, l'UNICEF, la Coopération française ont utilisé les moyens à disposition pour communiquer des messages de prévention. Jusqu'alors le personnel du Centre disposait d'un budget propre pour son fonctionnement administratif, mais ses productions reposaient sur les financements apportés par les projets qui lui faisaient appel. Il avait néanmoins la possibilité d'exploiter son unité de conception et de reprographie de supports pédagogiques pour répondre aux besoins d'autres clients payants. C'est en ce sens que jusqu'en 1997, des recettes propres étaient possibles et programmées en complément de la dotation budgétaire. A partir d'enquêtes, le centre a pu évaluer son impact et noter une influence non négligeable sur le comportement des populations jeunes, sa cible principale.

Actuellement, le personnel chargé de la conception et de la production des supports pédagogiques a quitté le service pour des emplois mieux rémunérés dans le secteur privé. L'activité du service est pratiquement interrompue d'autant qu'une confusion semble s'être introduite dans la conception de sa mission en regard des missions propres à la Direction Générale de la Santé.

TABLEAU 29 : BUDGETS EXECUTES DU CNDS ET PREVISIONS BUDGETAIRES 2002

	1998	1999	2000	2001	Budget 2002
Frais de personnel	3 390 155	2 062 047	3 297 088	2 345 425	3 602 676
Fournitures de biens et services	1 151 195	1 661 537	1 096 837	639 234	4 505 000
Matériel et équipements	412 080	40 000	456 630		500 000
Total	4 953 430	3 763 584	4 850 555	2 984 659	8 607 676
Dotations budgétaires	8 466 000	8 466 000	8 466 000	8 607 676	8 607 676

Source : CNDS

Les budgets exécutés présentés par le CNDS trahissent une baisse évidente d'activité bien en deçà encore de la subvention budgétaire consentie⁴⁹.

Le centre fonctionne comme les autres services autonomes avec un personnel détaché de la fonction publique et une subvention pour assurer les besoins de fonctionnement courant, celle-ci n'est utilisée que pour des charges de personnel (01 01 01 pessoal do quadro especial) et pour assurer le fonctionnement quotidien du service (eau et électricité, téléphone, carburants, fournitures d'entretien). Le service peut éventuellement disposer de recettes propres, ce n'est plus le cas depuis plusieurs années. Le projet Banque Mondiale en préparation qui vise la prévention du SIDA par des mesures d'information prévoit de s'appuyer sur cette institution et de remettre en service opérationnel son personnel. En conséquence, le CNDS recevrait de nouvelles dotations et disposerait d'ateliers de dessin et de préparation de messages écrits ou radio. Il pourrait alors proposer ses services à d'autres institutions ou à d'autres projets, ce qui lui permettrait de générer des recettes propres et de revitaliser son activité.

2.3. APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS

Il s'agit d'un aspect essentiel de la prise en charge des soins. Au budget les crédits sont cumulés avec ceux réservés aux évacuations et sont logés dans les frais de personnel. Ils correspondent pourtant à près de 10% du budget total de la santé (de 100 à 150 mil-

⁴⁹ Bizarrement à la comptabilité publique en comptabilité de liquidation, cette dotation est inscrite comme étant liquidée alors que le CNDS en engagement ne semble avoir engagé que moins de la moitié.

lions ECV) et sont comparables aux crédits consentis aux Hôpitaux (chapitre 04), ils sont 4 fois supérieurs aux crédits réservés aux autres fournitures et biens et services pour la santé (chapitre 02).

TABLEAU 30 : BESOINS EXPRIMES ET DEPENSES CONSENTIES POUR LES MEDICAMENTS PAR LA DGF

	1999	2000	2001	2002 (prév.)
DOTATIONS BUDGETAIRES	147 500	100 000	100 000	100 000
PREVISIONS DE BESOINS	167 216	193 389	202 607	187 179
EMPROFAC	125 421	143 741	143 809	128 260
INFARMA	41 795	49 648	58 798	58 919
LIVRAISONS EFFECTIVES	125 333	115 992	104 989	
Dont vaccins	6 127	3 856	5 937	6 518

Source : Direction Générale de la Pharmacie

Les hôpitaux font leurs achats de médicaments sur leurs budgets propres. Les besoins exprimés par la DGF au niveau des médicaments sont régulièrement revus à la baisse en fonction de ses dotations budgétaires. Les besoins ont tendance à croître de façon sensible alors que les possibilités d'acquisition restent limitées par le budget resté inchangé depuis 2000. Malgré tout les entreprises publiques de fabrication et d'importation de médicaments (EMPROFAC et INPHARMA) s'efforcent de répondre aux besoins urgents et continuent à faire crédit à l'Etat qui faute de pouvoir honorer toutes les factures accumule les arriérés. Dans chacune des sociétés EMPROFAC et INPHARMA, les impayés s'élèvent maintenant à presque un an de chiffres d'affaires dans chacune des deux structures.

Dans les tableaux ci-dessous sont rapportés tous les achats de médicaments effectués pendant la période pour les hôpitaux sur leurs budgets propres et par la DGF pour toutes les autres structures de santé (HR, CS, PS, USB, CSR).

TABLEAU 31 : REPARTITION DES ACHATS DE MEDICAMENTS PAR ILE

En 000 ECV	1996	1997	1998	1999	2000	2001	population
ILHA DA BOA VISTA	1 824	2 171	1 706	1 945	1 576	1 659	4 206
ILHA DA BRAVA	2 228	2 754	2 148	3 900	2 755	2 532	6 792
ILHA DE S. NICOLAU	5 805	5 408	5 564	6 200	6 434	6 366	13 647
ILHA DE S.VICENTE	48 875	39 817	43 626	53 131	83 861	71 419	66 671
ILHA DE SANTIAGO	94 378	81 683	113 078	119 501	139 569	137 634	234 940
ILHA DE ST.º ANTÃO	20 991	12 197	14 130	18 465	19 635	18 019	47 042
ILHA DO FOGO	8 095	7 302	6 610	9 626	12 939	15 311	37 355
ILHA DO MAIO	2 401	2 965	1 232	2 124	2 541	2 175	6 740
ILHA DO SAL	2 277	2 428	2 513	3 310	4 087	3 806	14 596
Total	186 874	156 725	190 607	218 201	273 396	258 920	431 989

Source : Direction Générale de la Pharmacie et INE pour la population

TABLEAU 32 : REPARTITION DES ACHATS PAR STRUCTURE DE SANTE

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Centres de santé	37 989	31 777	29 842	26 959	39 292	39 108	33 166
Délégations de santé	3 129	3 351	4 026	4 378	7 275	12 239	9 642
Pharmacies	10 031	11 830	8 964	18 917	23 110	21 881	19 234
Hôpitaux Centraux	132 709	109 432	90 766	116 826	113 457	157 405	153 420
Hôpitaux Régionaux	20 968	22 998	16 043	17 152	24 846	29 035	30 249
PMI/PF						439	439
Postes de santé	4 473	5 509	5 361	4 135	7 322	9 955	9 816
Unités de santé de base	2 645	1 978	1 723	2 240	2 899	3 334	2 955
Total	211 945	186 874	156 725	190 607	218 201	273 396	258 920

Source : DGF

L'approvisionnement en médicaments se fait exclusivement à travers l'EMPROFAC qui a le monopole de l'importation des médicaments. Les médicaments fabriqués au Cap Vert sont directement acquis auprès d'INPHARMA, industrie pharmaceutique locale qui produit les génériques essentiels. INPHARMA vend directement à la DGF et aux Hôpitaux centraux qui lui passent commande mais écoule le reste de sa production à travers l'EMPROFAC pour l'approvisionnement des pharmacies privées. Au vu des prévisions de commande de la DGF et des hôpitaux pour les médicaments importés, EMPROFAC lance des appels d'offre pour l'approvisionnement de l'année et informe des coûts probables

proposés par les fournisseurs. La DGF et les hôpitaux adaptent ensuite leur commande et confirment les besoins réajustés pour l'établissement du marché. Bien que la société publique EMPROFAC lance des appels d'offres, il semble bien que ce soit toujours les mêmes fournisseurs qui se présentent et qui sont retenus. Sans doute les techniciens de santé et les malades eux-mêmes ont pris des habitudes et les présentations commerciales (notices d'emploi) des médicaments sont familières aux usagers. Un texte récent interdit dans les prescriptions médicales l'emploi des noms commerciaux et invite les techniciens de santé qui établissent les ordonnances à s'en tenir strictement aux appellations génériques. Néanmoins, les habitudes commerciales demeurent.

TABLEAU 33 : VENTES DE MEDICAMENTS PAR INPHARMA

En ECV	1998 ⁵⁰	1999	2000	2001
Direction Générale des Pharmacies		43 921 289	29 450 974	35 550 595
Dont Direction régionale Praia		27 401 815	18 284 587	20 300 886
Dont Direction régionale Mindelo		16 519 474	11 166 387	15 249 709
HAN	120 707	739 658	1 270 597	1 751 083
HBS		1 502 343	1 808 643	2 467 573
Total secteur public		46 163 290	32 530 214	39 769 251
EMPROFAC	217 705 680	144 893 348	219 810 884	246 864 701
Total Cap-Vert		191 056 638	252 341 098	286 633 952

Source : INPHARMA

TABLEAU 34 : VENTES DE MEDICAMENTS PAR EMPROFAC

	1998	1999	2000	2001
Direction Générale des Pharmacies	80 151 060	87 801 976	93 892 801	50 635 029
Dont Direction Régionale Praia	52 964 436	53 258 107	60 272 457	26 974 588
Dont Direction Régionale Mindelo	27 186 624	34 543 869	33 620 344	23 660 441
HAN	77 317 229	70 523 692	94 659 670	95 250 825
HBS	33 573 840	37 212 949	57 718 132	61 456 841
Total secteur public⁵¹	191 042 129	195 538 617	246 270 603	207 342 695
PRIVE	469 510 071	517 626 083	583 304 834	644 229 587
Total Cap Vert	660 552 200	713 164 700	829 575 437	851 572 282
dont importations	463 159 900	505 120 500	602 285 000	588 614 520
dont produits nationaux	197 392 300	208 044 200	227 290 437	262 957 762

Source : EMPROFAC

Dans la mesure où l'Etat n'est plus en mesure de répondre à toutes les demandes de médicaments des structures publiques⁵², les professionnels de santé renvoient les malades assurés (affiliés à l'INPS et fonctionnaires) et ceux qui ne bénéficient pas d'un certificat d'indigence dans les pharmacies privées. Le commerce privé de médicaments tend à se développer comme le montrent les tableaux ci-dessus (Cf. Tableau 33 : Ventes de médicaments par INPHARMA et Tableau 34 : Ventes de médicaments par EMPROFAC). De 1998 à 2001, les ventes de médicaments au secteur privé se sont accrues de 37% alors que celles faites au secteur public s'accroissaient de 8.5% seulement ; elles représentaient 71% du chiffre d'affaires d'EMPROFAC en 1998, elles en représentaient 75% en 2001. Les ventes de préparations pharmaceutiques locales qui représentent l'essentiel des génériques consommés au Cap Vert ont cru légèrement plus rapidement (33%) que les importations (27%) constituées pour leur grande majorité par des spécialités commerciales (plus onéreuses). Néanmoins, en volume on peut considérer que la vente de médicaments génériques s'est davantage développée.

⁵⁰ En 1998, la DGF et les Hôpitaux s'approvisionnaient encore à travers l'EMPROFAC. Depuis l'es achats publics peuvent être faits directement auprès de l'entreprise.

⁵¹ Les différences observées entre les commandes publiques rapportées au Tableau 30 : Besoins exprimés et dépenses consenties pour les médicaments par la DGF et Tableau 30 : Besoins exprimés et dépenses consenties pour les médicaments par la DGF et les ventes effectuées par EMPROFAC et INPHARMA rapportées au Tableau 35 : répartition des ventes de médicaments, tiennent aux périodes d'enregistrement des factures et des livraisons, d'autant que la facturation de certaines livraisons peut être différée pour tenir compte des disponibilités de trésorerie de l'Etat. Certaines livraisons même restent à ce jour encore impayées et sont consignées au Trésor en arriérés à EMPROFAC ou INPHARMA en créances.

⁵² Il faut préciser que les malades chroniques qui bénéficient de l'assistance dans les structures privées bénéficient en toute gratuité des médicaments nécessaires à leur traitement.

TABLEAU 35 : REPARTITION DES VENTES DE MEDICAMENTS

	En ECV	1999	2000	2001
AU SECTEUR PUBLIC		241 701 907	278 800 817	247 111 946
Vente par EMPROFAC		80.9%	88.3%	83.9%
Vente directe par INPHARMA		19.1%	11.7%	16.1%
AU SECTEUR PRIVE		517 626 083	583 304 834	644 229 587
Médicaments importés		72.0%	62.3%	61.7%
Médicaments INPHARMA		28.0%	37.7%	38.3%

Source : EMPROFAC et INPHARMA

Les structures de santé publique dispensent moins de 20% des médicaments en provenance d'INPHARMA considérés comme des génériques alors que pharmacies privées en écoulent en moyenne plus de 35% de leur chiffre d'affaires. Il est vrai que les prix des génériques étant bien inférieurs à ceux des spécialités commerciales, la comparaison en termes de chiffres d'affaires peut être trompeuse d'autant que les ventes d'INPHARMA au secteur public sont faites sans marges commerciales. Néanmoins, quand les malades sont tenus de se procurer eux-mêmes leurs médicaments, qu'ils les payent en totalité ou seulement au quart (pour ceux qui bénéficient de la couverture INPS), les médecins prescripteurs proposent plus facilement des médicaments d'origine locale (des génériques).

Bien que les spécificités commerciales jouissent auprès des populations comme auprès des personnels de santé d'une bien meilleure réputation, l'emploi des génériques se développe lentement mais il se développe surtout quand les malades sont invités à se les procurer dans les pharmacies privées. Le secteur public reste un consommateur modéré des génériques mais aussi peut être parce que les responsables réservent au budget de l'Etat l'achat des médicaments spécifiques plus coûteux.

Face à la contrainte budgétaire qui ne permet plus de répondre à la demande de médicaments du service public, il serait sans doute temps maintenant d'opter pour un comportement qui permette l'acquisition d'un stock plus important même s'il ne s'agit "*que de génériques*".

3. LA MISE EN ŒUVRE DES FINANCEMENTS PUBLICS

3.1. LE PROGRAMME INVESTISSEMENTS PUBLICS

3.1.1. SPECIFICITE

Le programme d'investissements tient des intentions et de "*l'incantatoire*". Il est souvent peu réaliste. S'il révèle l'étendue des besoins et l'ambition légitime des responsables, il ne constitue pas pour autant un outil de gestion opérationnel. Loin s'en faut. Le budget de fonctionnement limité par les ressources internes qui ne peuvent être étendues sans raison économique forte ne tombe pas dans les mêmes travers.

Le budget d'investissement dépend surtout de ressources extérieures qui sont par nature indépendantes des ressources locales et les bailleurs de fonds qui les contrôlent ne sont pas avares de promesses. Des limites pourraient cependant être introduites. Il s'agit tout d'abord de la capacité d'absorption nationale des charges récurrentes générées, qui dépendent des ressources intérieures. Pour les emprunts éventuellement envisagés quand aucun bailleur ne s'est manifesté, il s'agit alors de la capacité du pays à souscrire auprès d'un service bancaire. Pour les projets inscrits sur financements nationaux, il s'agit tout simplement de la vraisemblance de disponibilités.

Le budget ne peut être conçu indépendamment du tissu économique qu'il sert et qui le supporte, y compris le budget d'investissement. La prise en charge de certains coûts initiaux (investissements de départ) ne dispense pas de considérer ensuite les coûts générés.

Tel qu'il est conçu actuellement le Programme d'investissements se révèle peu opérationnel. S'il permet d'illustrer favorablement les programmes politiques, il se révèle un très mauvais outil de programmation. Peu crédible, il ne constitue pas un repère utile pour les décideurs ni pour les gestionnaires et il n'est d'aucun secours pour les personnes chargées des programmations à venir. En effet, la comparaison entre le programme et les réalisations qui permet normalement de dégager les enseignements pour les prévisions à venir est dans ces circonstances sans objet. D'un côté, s'inscrivent des intentions politiques, d'un autre se réalisent des financements décidés par des bailleurs de fonds. Les bailleurs de fonds suivent leur programme en fonction de leurs contraintes et de celles qu'ils perçoivent au niveau capverdien, mais sans référence au programme d'investissement local qui trop éloigné des réalités économiques.

Pourtant le budget d'investissements, même s'il dépend pour une bonne part des financements extérieurs peut être un outil pratique de gestion. Il peut aussi souscrire à la même rigueur que le budget d'investissement d'autant qu'il a des incidences importantes dans le budget de fonctionnement (charges récurrentes). L'indépendance de décision des bailleurs de fonds introduit une incertitude, mais celle-ci reste limitée dans la mesure où sont respectées les contraintes de l'économie locale : capacité d'absorption des nouveaux projets, capacité d'administration, disponibilités financières locales, disponibilités en ressources humaines. Si les décideurs locaux prouvent que les contraintes économiques ont été prises en compte, leur autorité auprès des bailleurs est beaucoup plus largement acquise. La marge d'incertitude sur les promesses de financement s'en trouve considérablement réduite.

3.1.2. MISE EN ŒUVRE

La gestion du budget d'investissements est très différente de la gestion du budget de fonctionnement. Elle dépend essentiellement des bailleurs de fonds et les instruments comptables se trouvent pour la plupart entre leurs mains. Le Ministère du Plan qui est l'interlocuteur privilégié est tenu informé mais souvent a posteriori. Il n'effectue pas à proprement parler un ordonnancement et une liquidation de la dépense qui lui donneraient

les moyens de faire des enregistrements comptables. Il constate seulement a posteriori l'exécution de certaines dépenses sans toujours connaître leurs montants. Même les choix sont fortement influencés par les intentions des bailleurs et ne correspondent pas toujours à un besoin local tel qu'il s'exprime réellement.⁵³

La Direction de la Planification tient à jour une base de données de la programmation (avec l'imprécision déjà soulignée ci-dessus) et elle la complète ensuite par des informations sur les paiements effectifs quand l'information lui est communiquée. C'est ainsi que pour 2001, elle n'est pas encore en mesure de faire le point de l'avancement des projets en cours de financement. Ni la Direction de la Planification, ni la Direction du Budget ni celle de la comptabilité publique ne se trouvent sur la chaîne de la dépense des investissements sur financements extérieurs. Seuls les investissements réalisés sur ressources locales laissent des traces comptables. Pour tous les autres, la direction de la planification se livre à une enquête statistique pour recueillir l'information auprès des gestionnaires chez les bailleurs de fonds.

Cette information ne revêt pas ma même importance que les informations concernant la comptabilité publique puisqu'il ne s'agit pas de gérer les ressources nationales ni de les économiser. Dans l'immédiat, sa méconnaissance n'entrave pas la mise en oeuvre des investissements, mais à terme l'absence de données financières sur les investissements réalisés et surtout l'absence de données sur les charges récurrentes générées handicapent lourdement les gestionnaires de fonds publics **qui ne sont pas en mesure de prévoir l'amortissement, le renouvellement ni l'entretien des nouvelles acquisitions**. La mise en oeuvre de l'investissement elle-même doit obéir logiquement à des contraintes de coûts pour être en rapport avec l'économie nationale. Il serait dangereux de doter le pays d'équipements dont le fonctionnement et l'entretien seraient hors de portée de son économie. Sur les ressources locales, les principes économiques interdisent de tels comportements, mais à partir de ressources extérieures qui ne présentent pas de contraintes, la situation peut se produire.

L'idéal serait de pouvoir intégrer le budget d'investissements dans le budget de fonctionnement et de lui faire suivre la même logique de programmation et de mise en oeuvre. Sans doute, il y perdrait en ambition mais il y gagnerait en efficacité à coup sûr.

Rappelons qu'en comptabilité privée, un don de matériel est toujours enregistré en comptabilité et entre au bilan et au compte d'exploitation en parallèle avec une recette exceptionnelle équivalente. Ensuite, enregistré dans le patrimoine de l'entreprise, le matériel est géré avec les mêmes règles technique et comptable que les matériels acquis sur les ressources propres de l'entreprise. Son fonctionnement est pris en charge et son amortissement est dès lors régulièrement effectué dans la comptabilité. Il s'agit d'une règle de gestion. En gestion publique, il peut en être exactement de même.

3.2. LA CHAÎNE DE LA DÉPENSE AU BUDGET DE FONCTIONNEMENT : SES FRAGILITÉS

3.2.1. RÉPARTITION DES LIGNES BUDGÉTAIRES SELON LES SERVICES GESTIONNAIRES

Le budget présenté est éclaté par service et par ligne budgétaire. Il est ensuite mis en oeuvre. Toutes les dépenses du Ministère (hors dépenses de personnels ordonnancées directement par le service de la solde) qu'elles soient réparties lors de l'élaboration budgétaire (services administratifs centraux : GM, GEP, DGS, DGF, IGS, SA) ou que leur répartition soit de la responsabilité du Ministère (délégations de santé et structures périphériques) sont préparées et ordonnancées en premier par le gestionnaire du département de la santé (le Directeur des services administratifs). Celles qui seront mises à disposition

⁵³ Un hôpital construit à Praia pour l'accueil des maladies psychiatriques (Trinidade) sur financement BAD (prêt) se trouve aujourd'hui abandonné.

des délégations de santé et des structures périphériques sont logées dans les affectations budgétaires consenties à la DSA, à charge pour cette dernière d'opérer la répartition.

Pour les dépenses de personnels régulièrement inscrites au service de la solde et qui ne nécessitent pas d'ordonnancement préalable, la Direction de la Comptabilité Publique du Ministère des Finances (DCP) a toute autorité pour engager et liquider les salaires des fonctionnaires. Dans la nomenclature des dépenses encore en cours il s'agit des rubriques 01.01. "**Remunerações certas e permanentes**". Dans la nomenclature en préparation, il s'agira de la rubrique 3.62.01. "**Remunerações certas e permanentes**". Les rubriques restantes de personnel relatives aux dépenses plus exceptionnelles rangées sous la classification 01.02 (ou 3.62.02) "**Remuneracoes variaveis de caracter não permanente**" et 01.03. (ou 3.62.03) "**Segurança social para agentes do Estado**" relèvent de la décision conjointe du ministère concerné et du ministère des finances : l'engagement est consenti par le ministère des finances après réquisition du ministère bénéficiaire. De même pour les rubriques suivantes rangées sous les chapitres "**Outras despesas com pessoal**" et "**Outras despesas com pessoal**". Ces dépenses ne posent pas d'autres problèmes que celui de la gestion du personnel. Néanmoins, l'affectation et la répartition des personnels peuvent avoir une incidence non négligeable sur l'efficacité du service et sur son coût de fonctionnement. En matière de santé publique, la politique de répartition des ressources humaines peut affecter grandement la qualité du service, son impact entre les différentes régions (rurale et urbaine), et partant l'équité de traitement des citoyens. Il ne faut pas non plus négliger les avantages tels que le logement lié à l'affectation et qui constituent une compensation pour les personnels détachés, compensation sans laquelle leur consentement pour une mobilité serait plus difficile à obtenir. Ces avantages représentent un coût non salarial mais sont une charge pour le budget. D'ailleurs une rubrique importante "**01 02 01 Gratif. Var. ou eventuais**" est gérée sous la responsabilité de la DSA à la demande des différentes délégations, elle correspond aux gratifications diverses (veilles) consenties aux personnels des services décentralisés et elle représente près de 10% des dépenses budgétaires réservées à la santé.

Une nouvelle distribution des agents de santé est souvent longue à mettre en place, elle exige beaucoup de souplesse des personnels et de leur famille. Elle entraîne aussi souvent une autre répartition des coûts matériels de fonctionnement des services. Si la décision relève du Ministère de la Santé, elle implique une réorganisation de la gestion de la fonction publique et une adaptation des coûts salariaux qui relèvent des services de la solde. La DCP gère seule les lignes budgétaires correspondantes pour le mandatement régulier des salaires, mais reste totalement dépendante des choix et décisions prises par ailleurs concernant les affectations de personnels.

Toutes les autres dépenses de fonctionnement inscrites au budget courant sont mises en œuvre par la DSA (ordonnateur secondaire) mais l'initiative relève des services bénéficiaires qui adressent des réquisitions qui sont visées en premier lieu par la DSA puis sont présentées pour ordonnancement principal à la Direction de la Comptabilité Publique (DCP) ou à la Direction Générale du Patrimoine de l'Etat (DGPE) selon la nature de la dépense. La DCP dirige l'ordonnancement des dépenses courantes mais aléatoires (fournitures, déplacements, services). La DGPE dirige l'ordonnancement des dépenses récurrentes liées à la fourniture régulière de services (eau, électricité, téléphone, entretien, gardiennage, location, assurances, carburants) ou qui nécessitent la conclusion de marchés groupés de préférence (achats de véhicules, entretien des bâtiments administratifs).

Pour la DGPE, il s'agit à proprement parler de l'entretien et du renouvellement du patrimoine de l'Etat mis à la disposition de l'administration pour son usage courant. Par extension, il s'agit encore de garantir le fonctionnement de ce patrimoine. La DGPE gère les abonnements aux services publics, les locations, ou les marchés "à bons de comman-

des⁵⁴. Elle est en liaison avec d'autres services publics (eau électricité, téléphone) ou avec les fournisseurs de gros équipements (automobiles, équipements informatiques,.....). Les marchés de travaux publics qui requièrent une maîtrise d'œuvre compétente sont gérés par le Ministère des travaux publics qui participent au dépouillement des appels d'offres et suit leur réalisation. De même, les marchés relatifs à l'achat de médicaments relèvent de la Direction Générale de la Pharmacie (DGF) seule compétente pour établir la liste des besoins et veiller à l'approvisionnement régulier des structures de santé.

La Direction de la Comptabilité Publique du Ministère des Finances est l'institution chargée de l'ordonnancement et de la liquidation. A ce titre, elle contrôle la conformité et la régularité de la dépense et de son inscription dans le cadre budgétaire. Elle veille cependant aussi au rapport entre les coûts et les commandes faites sans recevoir pour autant mandat officiel de contrôle. La surveillance relève plus de l'informel que de la mission de contrôle budgétaire a priori qui, apparemment n'existe pas. Pour les dépenses de biens et services, la DCP ordonnance les réquisitions qui lui sont adressées par les services techniques.

Chaque requête doit être accompagnée d'une facture proforma. Celle-ci doit avoir été choisie parmi au moins 3 offres recueillies après appel à concurrence, mais outre la DSA qui fait la prospection commerciale, personne ne semble pouvoir vérifier la réalité de l'appel à concurrence.

Par ailleurs, le total des requêtes nouvelles ne devrait pas dépasser le solde restant sur la ligne budgétaire, mais une habitude a été prise ces dernières années et comme la commande est souvent déjà bien engagée (sinon exécutée) au moment de sa présentation à la DCP, la requête même si elle déborde l'enveloppe est acceptée dans une mesure qui reste à l'appréciation des ordonnateurs (10 à 15% au-dessus du crédit ouvert). Les possibilités de réaffectation des crédits budgétaires d'une ligne à une autre dans un même chapitre et les révisions fréquentes du budget encouragent cette pratique. De plus, même si ces différents recours ne suffisaient pas, il semble possible, avec l'aval du Ministre des Finances, d'utiliser un disponible budgétaire placé sur une ligne de réserve. Enfin, si la facture ne pouvait être honorée sur l'exercice en cours, elle viendrait s'ajouter aux arriérés. Les fournisseurs semblent s'accommoder de cette pratique qu'ils ont sans doute anticipée dans leurs prix !! et qui constitue aussi un geste commercial qui lie le client, en l'occurrence l'Etat !!

Nombre de services semblent bien avoir été exécutés et avoir été régulièrement ordonnancés et liquidés avant d'avoir été payés. Au budget, les sommes payées ne représentent pas forcément tous les services exécutés. La confiance des fournisseurs est assez surprenante, elle ne peut se comprendre que s'ils y ont intérêt : soit ils majorent leurs factures en conséquence, soit ils s'assurent ainsi la clientèle de l'Etat, mais de toutes façons ils doivent avoir obtenu des garanties formelles ou informelles de paiement. Cette pratique a un coût non négligeable et ne peut être entretenue que si les fournisseurs de l'Etat sont assurés du marché et du règlement, ce qui trahit la dépendance de l'Etat avec ses fournisseurs et ne garantit pas les meilleures conditions de prix pour les services rendus.

La DGPE remplit les mêmes missions pour les lignes qui la concernent, mais doit avoir une mission plus affirmée de contrôle en ce qui concerne la gestion du patrimoine, son fonctionnement et son entretien. Elle doit être amenée à conclure des marchés importants puisqu'ils concernent l'approvisionnement de toute l'administration, mais elle ne dispose pas d'un cadre législatif de référence : code des marchés, commission des marchés. Son devoir est de choisir les meilleures conditions de prix mais rien ne l'y oblige. Néanmoins, sa mission au dessus des services techniques consommateurs a bien pour objet de re-

54 Il s'agit de marchés conclus avec un fournisseur agréé sur la base d'un contrat cadre passé à échéances régulières (tous les ans ou tous les deux ans) après appel d'offres. Offres ou les soumissionnaires font des propositions de prix sur la base d'un volume indicatif de fournitures qui seront livrées au fur et à mesure des demandes aux services demandeurs.

grouper les commandes pour obtenir les meilleures conditions de prix. Contrairement à l'idée répandue et même si par ailleurs elle a mission de gérer le patrimoine de l'Etat, pour l'exécution budgétaire des crédits alloués aux Ministères techniques, sa mission est avant tout une mission de contrôle. Seuls les ministères techniques bénéficiaires des crédits sont responsables de leur gestion, la DGPE n'a qu'une mission d'assistance (pour le regroupement des commandes) et de contrôle. A ce titre, elle vise les réquisitions qui lui sont destinées et prépare la liquidation qui reste encore du ressort exclusif de la DCP. Il est envisagé que la DGPE puisse elle-même transcrire l'opération comptable de liquidation qui ne recevrait alors que le visa final de la DCP pour enregistrement définitif en liquidation.

Quand l'ordonnancement préalable nécessite une réquisition du service administratif, il est fait à deux niveaux :

par le premier ordonnateur dans le département ministériel concerné (le Ministre qui délègue lui-même sa signature à la Direction des services administratifs) ;

par l'ordonnateur principal au Ministère des Finances (le Ministre des Finances) qui délègue sa signature au service compétent (DCP ou DGPE).⁵⁵

3.2.2. GESTION DES CREDITS DECENTRALISES

La répartition des crédits concernant les consommables courants : alimentation et indemnités de résidence, fournitures de secrétariat, carburants et lubrifiants, conservation et manutention est signifiée par la DSA aux délégations de santé⁵⁶. En effet, dès connaissance des disponibilités budgétaires, la DSA propose une répartition des crédits décentralisés par délégation de santé (17 au total) pour les lignes ci-dessous :

CH	SE	SS	RUBRIQUES
02	02	02	Combustíveis e lubrificantes
02	02	04	Alimentações roupas e calçados
02	02	05	Consumos de secretaria
02	03	02	Conservação e manutenção

Outre la gestion de la ligne relative aux gratifications des personnels (01.02.01), la DSA gère les autres fournitures qui peuvent être demandées par les délégations. La répartition est faite alors au fur et à mesure en fonction des réquisitions qui lui sont adressées, mais aucune répartition préalable n'est préparée. Il s'agit des lignes suivantes :

CH	SE	SS	RUBRIQUES
02	01	99	Outros bens duradouros
02	03	01	Electricidade e água
02	03	03	Vigilância e Segurança

La DSA regroupe à son niveau les réquisitions reçues avant de préparer la commande et de soumettre la réquisition globale au Ministère des Finances (DGPE ou DCP). Les réquisitions sont adressées par les services décentralisés à la DSA, qui après vérification de leur conformité avec la dépense autorisée et vérification de la disponibilité des crédits, vise pour premier ordonnancement avant de retransmettre à la DCP ou à la DGPE. Le service demandeur est éloigné, peu informé des disponibilités budgétaires restantes et devra attendre deux à trois mois avant d'être assuré de l'autorisation du Ministère des Finances.

Il semble bien là encore que l'habitude est prise de transmettre les réquisitions après exécution du service, si bien que la DSA comme la DCP sont déjà engagées avant d'avoir donné leur aval, ce qui leur enlève la possibilité de refuser éventuellement la réquisition et ce qui les engage à accepter des factures même au-delà du solde disponible. Les fournisseurs sont familiers de ces situations et s'adaptent pour satisfaire leur client. Cette pratique est évidemment très dangereuse mais semble s'accorder avec un comportement

⁵⁵ Cf. annexe 3

⁵⁶ Cf. Annexe 3

très civique des fonctionnaires responsables qui usent de la situation pour conduire leurs missions convenablement mais n'en abuseraient pas (?). Il s'avère forcément difficile de leur demander de respecter l'orthodoxie budgétaire, d'une part parce que la souplesse de fonctionnement existe depuis longtemps, mais surtout parce qu'il n'existe pas de cadres législatifs stricts. La réforme budgétaire en cours et la mise en place du système comptable « CONTAB » sur réseau informatique devrait permettre une transparence totale de la situation budgétaire au jour le jour et la possibilité d'informer tous les gestionnaires y compris ceux qui sont éloignés. Les dépassements devraient pouvoir être contrôlés et sanctionnés et les réquisitions ne devraient être adressées qu'en connaissance de la situation budgétaire. Il reste que les services décentralisés n'ont pas forcément connaissance des crédits auxquels ils peuvent accéder et que ceux-ci peuvent aussi dépendre des requêtes des autres services décentralisés avec lesquels ils doivent partager. Mais il doit être possible de leur demander de participer à la programmation budgétaire et de répartir ensuite chaque ligne budgétaire entre les délégations bénéficiaires de façon tout au moins indicative.

Pour les médicaments et pour les évacuations, il en va autrement. Les besoins de médicaments sont tout d'abord estimés en début d'année en collaboration avec la Direction générale des pharmacies au Ministère. Ensuite, les commandes sont effectuées à travers l'EMPROFAC et les livraisons sont faites régulièrement au départ des deux centres de stockage à Praia et à Mindelo vers les délégations conformément au plan de distribution préalablement accepté. Quant aux évacuations inter-îles, elles sont gérées au coup par coup. Les évacuations sanitaires (vers le Portugal pour l'essentiel) sont soumises quant à elles à l'autorisation du Ministre des Finances. Selon un protocole régulièrement renouvelé, le Portugal accepte tous les ans la prise en charge médicale de 300 malades plus les cas spécifiques de certaines maladies mais les déplacements et les indemnités de séjour restent à la Charge du Cap Vert⁵⁷. Une dotation budgétaire est réservée pour toutes les évacuations inter-îles ou en expatriation. Pour les expatriations, l'autorisation du Ministre des Finances est nécessaire, pour les autres, seule le Ministère de la Santé donne son avis.

La comptabilité d'engagement tenue au niveau de la DSA est faite selon l'ancienne nomenclature et ne tient pas compte des nouvelles dispositions du Ministère des Finances, si bien que le rapprochement des deux comptabilités : celle d'engagement au niveau du ministère de la santé et celle de la liquidation au niveau du ministère des finances n'est pas possible. De plus, la DSA s'aligne souvent sur les demandes des services et peut déborder les crédits autorisés, demander une autorisation d'ajustement budgétaire ou non. De son côté la Direction de la comptabilité publique adapte sa comptabilité aux dossiers de liquidation qu'elle reçoit et peut choisir de tirer sur une ligne ou une autre selon les disponibilités budgétaires ou choisir d'effectuer des ajustements budgétaires pour adapter le budget aux dépenses déjà faites. Chacun gère à son niveau sans forcément tenir informer l'autre partenaire. L'important semble être que chacun parvienne à faire rentrer les dépenses dans sa nomenclature et parvienne à satisfaire les attentes de ses services. Les révisions fréquentes du budget et les aménagements toujours possibles entre lignes budgétaires d'un même chapitre, voire le recours à des lignes où sont logés des crédits en réserve pour des opérations exceptionnelles ou imprévues, facilitent ces pratiques parfaitement contraires à la rigueur budgétaire.

Cette souplesse ou ce laxisme reflète une gestion au coup par coup en fonction des demandes des services et explique les écarts entre budget initial et réalisations. Elle explique aussi le peu d'intérêt porté à la programmation budgétaire par les services qui, à ce niveau, obtiennent rarement satisfaction mais savent pouvoir orienter les dépenses ensuite en fonction de leurs demandes. Le budget n'est plus qu'un cadre théorique.

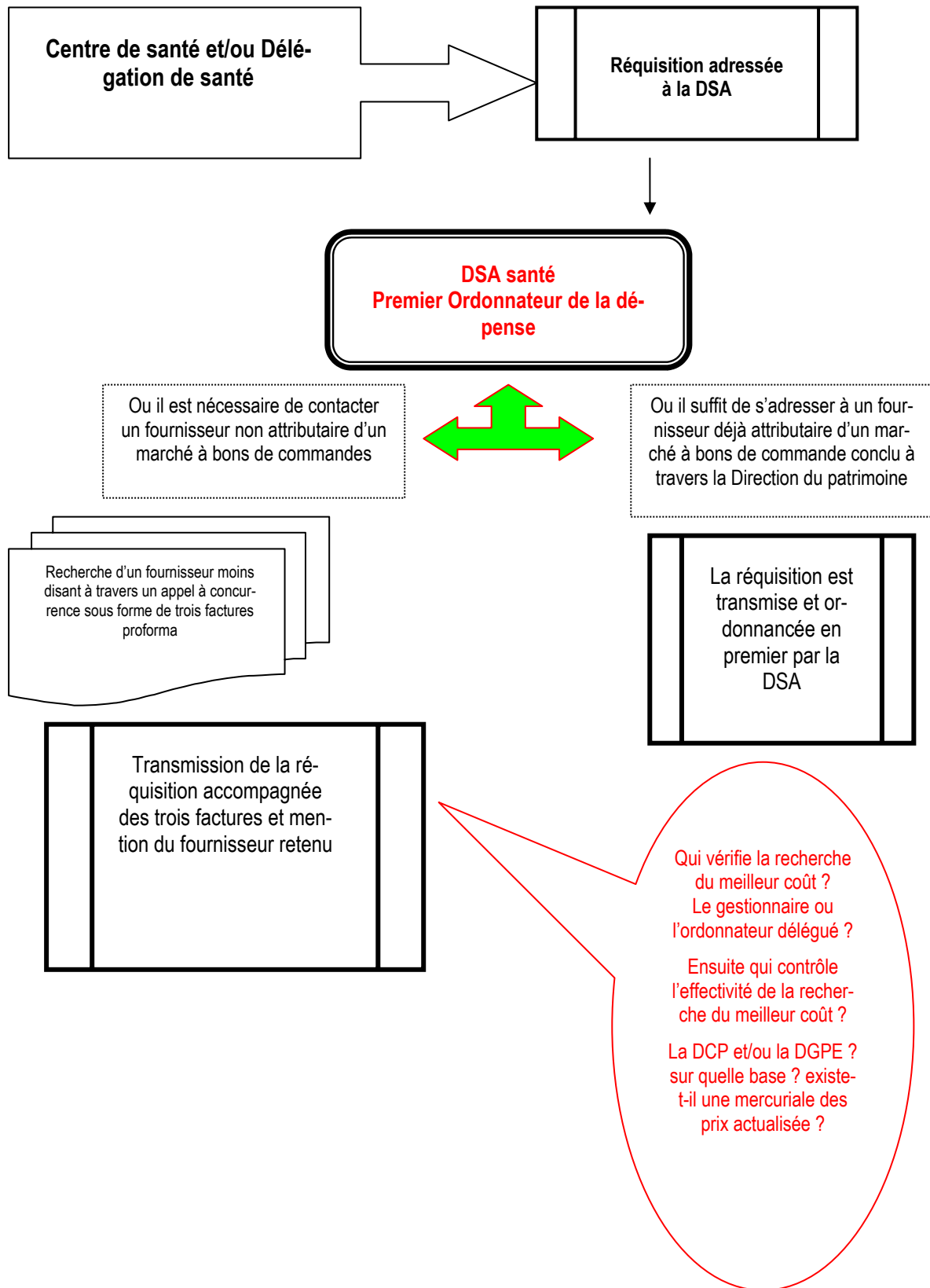
⁵⁷ 1900 Escudos portugais par jour pour un fonctionnaire expatrié qui conserve par ailleurs son salaire de l'administration, 2500 Escudo portugais pour un expatrié indigent. Les autres sont pris en charge selon leur système de couverture sociale (INPS ou entreprise : Banque centrale du Cap Vert, TACV,.....). La durée des expatriations mériteraient cependant d'être contrôlée.

L'exécution budgétaire dispose de beaucoup de souplesse ensuite pour orienter les crédits à sa demande.

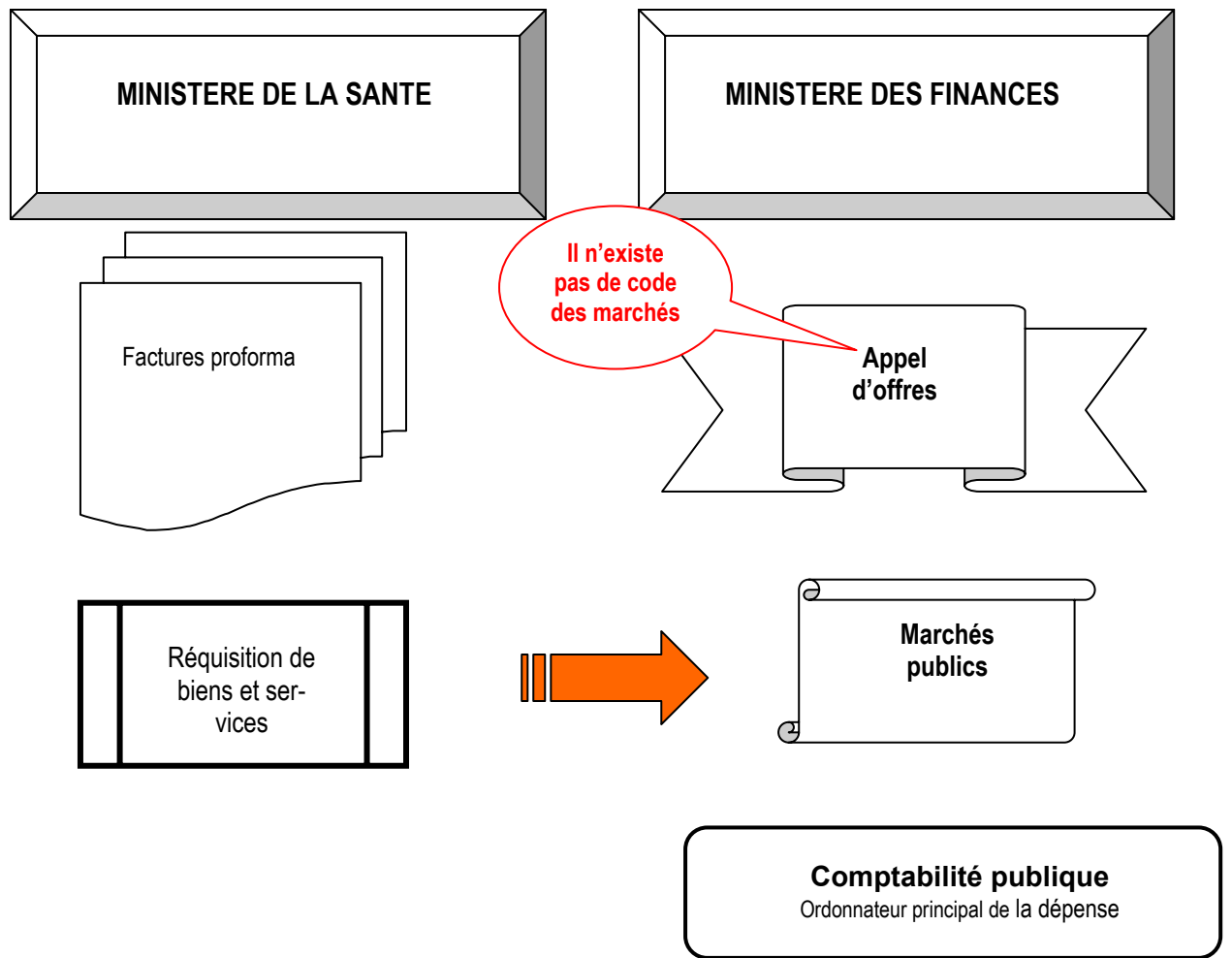
Comment dans ces conditions construire un budget qui permette la mise en œuvre d'une politique si le budget peut être modifié au fur et à mesure de son exécution ? De quelle marge de manœuvre les politiques peuvent-ils disposer pour engager de nouveaux programmes ou réorganiser les moyens de financement dont ils disposent si les gestionnaires persistent à réadapter le budget en fonction de leurs besoins immédiats ou de leurs habitudes de gestion ?

3.2.3. LA CHAÎNE DE LA DÉPENSE

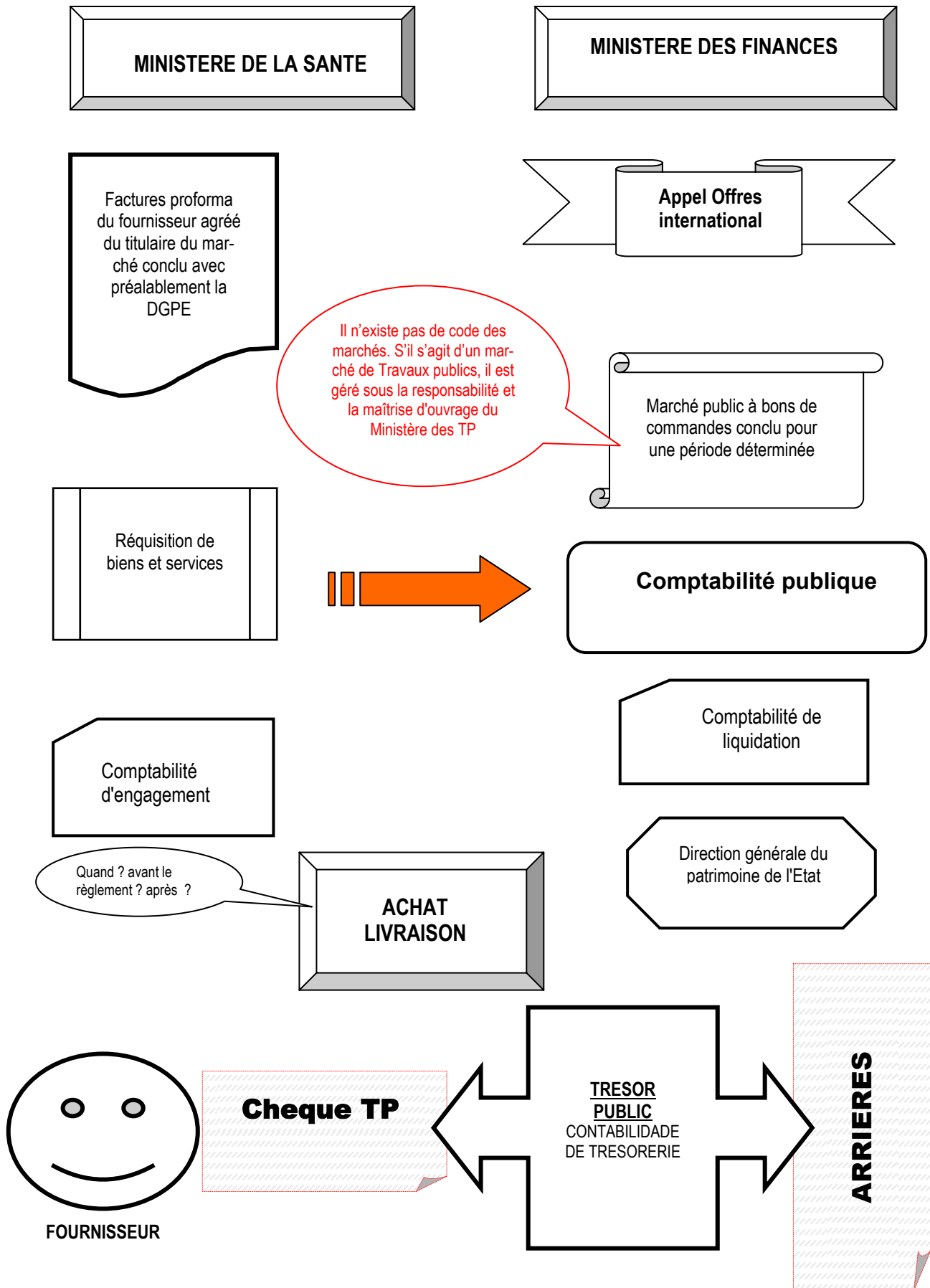
GRAPHIQUE 6 : REQUISITION DEPUIS UNE DELEGATION



GRAPHIQUE 7 : ACHATS DIRECTS DE BIENS ET SERVICES RELEVANT DE LA DCP



GRAPHIQUE 8 : ACHATS DE BIENS ET SERVICES RELEVANT DE LA DGPE



La chaîne de la dépense fonctionne de façon très informelle avec des références implicites à une ligne supposée de bonne conduite. Les textes ont pu exister mais semblent ne plus servir de référence précise même si tout le monde s'entend pour reconnaître que la bonne pratique veut que le meilleur prix soit toujours recherché par un appel à concurrence auprès de 3 fournisseurs au moins. Personne ne semble avoir la charge a priori de contrôler que cette recherche a bien été effectuée, et personne n'est mandaté a posteriori pour contrôler la conformité au marché des prix facturés (excepté éventuellement le Tribunal des comptes). Les services semblent veiller à n'engager que des dépenses dont les prix sont conformes au marché mais il n'existe pas non plus de mercuriales ou de références obligatoires aux prix du marché. Les gestionnaires font confiance à leur connaissance du marché pour détecter les fournisseurs trop gourmands ou indécents. La chaîne de la dépense ne comporte pas de missions de contrôle. La DGPE semble avoir cette mission pour les dépenses qui relèvent de son ressort (dépenses relatives au patrimoine de l'Etat, à son fonctionnement et à son entretien) mais n'est en réalité mandatée que pour rechercher les meilleures conditions de marché pour les commandes groupées. La DGPE ne dispose pas non plus de textes de référence (code des marchés, ou missions spécifiques de contrôle des marchés de l'Etat) pour exercer une activité de contrôle des commandes a priori, elle s'efforce seulement à son niveau de rechercher les meilleures conditions de marché sans qu'il lui soit pour autant spécifié la conduite à tenir ni les règles de passation des marchés. C'est ainsi que le marché des carburants et lubrifiants est accordé depuis 1997 à ENACOL et depuis reconduit chaque année sans qu'il soit possible de dire dans quelles conditions ce marché a été conclu ni pour combien de temps.

Les marchés relatifs aux travaux publics et supérieurs à 40 millions d'ECV sont soumis à l'approbation du ministère des TP compétent pour juger de la qualité technique de l'offre mais pas forcément compétent pour juger de leur compétitivité économique. Là non plus le Ministère des TP ne dispose pas de règles de référence pour se prononcer, il arrête sa décision en fonction de critères techniques et en fonction sans doute de ses habitudes de négociation avec les entrepreneurs de la place.

Le fonctionnement économique d'une telle chaîne des dépenses repose exclusivement sur la conscience professionnelle et l'honnêteté des agents gestionnaires. Aucun contrôle ne veille au respect des règles de bonne gestion économique. Il ne faut pas pour autant imaginer des malversations mais on est quand même en droit de se demander dans quelle mesure les meilleures conditions de marché ont réellement été recherchées. S'agissant d'argent public, les contribuables même sont en droit de s'interroger dans quelles mesures l'argent public fait l'objet d'une gestion rigoureuse au meilleur coût. Sans avoir relevé des dérives notoires, il est vraisemblable que des habitudes de gestion ont été prises avec certains fournisseurs qui s'accommodent des conditions de règlement de l'Etat (retards, arriérés) moyennant de leur côté une pratique plus avantageuse de leurs prix. Il est vraisemblable que la recherche de nouveaux médicaments génériques sur le marché international n'a pas toujours été faite par EMPROFAC qui travaille depuis longtemps avec ses fournisseurs habituels pour la livraison de spécialités commerciales auxquelles patients et professionnels de la santé se sont rodés.

La chaîne de la dépense ne garantit pas l'obtention des meilleurs coûts pour les achats publics ni l'obtention des meilleurs services mais surtout elle n'est pas à l'abri des comportements de gestionnaires moins scrupuleux. Elle fidélise les fournisseurs mais entretient aussi avec eux des habitudes de règlement qui autorisent les arriérés et leur accumulation, rendant difficile la connaissance de la trésorerie de l'Etat et la gestion budgétaire dans son ensemble.

Seule une institution de contrôle serait en mesure de vérifier que la recherche du meilleur coût a été faite. Elle peut se situer a priori avant l'engagement de la dépense mais elle doit aussi exister a posteriori pour vérifier ensuite la qualité de la gestion publique. Le Tribunal des comptes mandaté pour avaliser les comptes définitifs et préparer la loi de règlement qui entérine définitivement les comptes d'une année a cette mission. Dans

l'immédiat il n'a pas les moyens de la conduire convenablement, mais il envisage de se doter d'une cellule pour suivre au fur et à mesure de son avancement l'exécution du budget. L'accès au logiciel de suivi comptable « CONTAB » devrait lui permettre de disposer d'un tableau de bord utile pour conduire cette mission. Il assurerait alors une mission de contrôle a posteriori et devrait pouvoir disposer de toutes les possibilités d'investigations qu'exige ce type de mission.

Que les contrôles soient dévolus à la DGPE et/ou au Tribunal des comptes, la mission de contrôle ne sera opérationnelle et efficace que si des textes (lois ou décrets) s'imposant à toute la gestion des finances publiques l'encadrent et précisent son objet.

3.3. IMPORTANCE ET CONTRAINTES DU FINANCEMENT PUBLIC DE LA SANTE

3.3.1. LE POIDS DES CHARGES RECURRENTES

L'investissement correspond aux équipements et infrastructures : nouvelles constructions ou acquisitions, réhabilitations. L'évolution de la médecine suppose des matériels de plus en plus sophistiqués et une infrastructure d'accueil très complète. Elle suppose encore un entretien constant, un renouvellement régulier et aussi l'accès à de nouvelles techniques d'ingénierie médicale coûteuses. Non seulement l'actualisation des équipements est fréquente et onéreuse mais encore l'environnement doit s'adapter et les charges d'entretien et de fonctionnement vont de pair.

Le fonctionnement pris en charge sur le budget de fonctionnement doit assurer la rémunération des personnels, l'entretien des bâtiments et des équipements, et leur fonctionnement régulier, l'approvisionnement en médicaments et consommables. La charge croît nécessairement avec les techniques utilisées.

L'investissement est encore très souvent financé sur ressources extérieures, mais le fonctionnement reste le plus souvent à la charge du budget de fonctionnement sur ressources locales. L'accès aux dernières techniques médicales est le souhait de tous les malades. Face aux pathologies observées, les objectifs de santé invitent toujours à moderniser les équipements et le premier souci concerne leur acquisition. Les bailleurs de fonds ont la même préoccupation et se font fort d'aider pour compléter les équipements. Les coûts de fonctionnement, d'entretien et de renouvellement sont évoqués mais renvoyés à plus tard. La charge immédiate, notamment la première année, est très inférieure aux coûts d'acquisition et de ce fait elle est, dans un premier temps, simplement rappelée pour mémoire. Néanmoins, cette charge va se renouveler tous les ans et avec le vieillissement des équipements (voire leur obsolescence), elle va aller croissante. A ce rythme, le budget de fonctionnement peut vite se trouver débordé si des précautions rigoureuses de programmation des charges ne sont pas prises.

En matière de santé, jusqu'alors le budget de fonctionnement assure surtout la rémunération des personnels, mais de plus en plus il va devoir assurer le fonctionnement et l'entretien des nombreux équipements. Il en va de même pour les médicaments toujours plus nombreux et plus coûteux.

L'interaction entre le budget d'investissement et le budget de fonctionnement est ici évidente et très importante. Il est impératif de prendre en compte les **charges récurrentes** dès l'élaboration des programmes d'investissement et de les inclure dans les budgets de fonctionnement à venir. Le goulot d'étranglement n'est pas forcément l'acquisition des équipements puisque les ressources extérieures se chargent souvent d'y pourvoir, mais plutôt le budget de fonctionnement parce que les ressources nationales ne sont pas extensibles à volonté.

Au Cap Vert, le budget de fonctionnement de la santé est important (près de 10% du budget total de fonctionnement), mais il est encore aux $\frac{3}{4}$ absorbé par les charges de personnel.

Peut-il faire plus, ou doit-on envisager une prise en charge par les populations à travers des systèmes de mutuelles et d'assurances ? D'autant que certains soins dépendent du choix des malades et relèvent plus du confort de vie individuel (non discutable) que du service public de santé.

3.3.2. ESTIMATION DES CHARGES RECURRENTES

Jusqu'à maintenant, même s'il y est fait référence de plus en plus fréquemment, rien ne semble avoir été fait pour estimer les charges récurrentes inhérentes aux services de santé. Celles-ci prennent de l'importance et si elles ne sont plus assurées, certains équipements ou installations seront inutilisables. Il importe plus que jamais de les prévoir afin de programmer dans l'avenir les affectations budgétaires.

Les paramètres nécessaires ne sont pas encore estimés mais des indicateurs existent. Dès que les types de soins auront été définis par niveau et par type de structures, il sera possible de préciser en fonction des populations desservies :

Les charges d'entretien des bâtiments ainsi que les charges de fournitures d'eau, d'électricité et téléphone. Cette information existe ou doit pouvoir être reconstituée au niveau de chacune des délégations. Mais elle peut être établie en fonction de la carte sanitaire⁵⁸.

Les affectations de personnel : catégories et nombre. Cette information est connue, mais des redistributions de personnels peuvent être envisagées en fonction des missions qui seront dévolues à chacune des structures.

Les dotations annuelles en médicaments, petits équipements et consommables. Il existe déjà des informations précieuses concernant les dotations annuelles de chacune des structures de santé en médicaments et petits équipements. Et si cette dotation se révèle insuffisante il doit être possible de retrouver les demandes formulées par les délégations de santé.

Les charges de fonctionnement d'entretien et les coûts de renouvellement des équipements durables attachés aux structures de santé. Cette information est plus délicate à reconstituer puisque jusqu'alors les dotations en équipements étaient faites depuis les services centraux sans mentions de leurs coûts ni peut être de leurs caractéristiques d'entretien ou de leur contraintes de renouvellement.

Pour les structures plus importantes, à partir des centres de santé, une estimation plus spécifique devra être faite en fonction des équipements et de la fréquentation mais aussi en fonction de leur rôle dans la pyramide de santé.

Des informations existent au niveau de l'ordonnateur du Ministère de la santé et au niveau de chacune des délégations pour les lignes budgétaires décentralisées (Cf. § Les financements publics consentis aux structures décentralisés et leurs recettes propres, page 26).

Le cahier recettes dépenses est un instrument bien rudimentaire pour prétendre à l'estimation des charges récurrentes mais il permet de recenser les coûts complémentaires inévitables. Il recense les ressources liées à la perception du ticket modérateur et enregistre en dépenses les frais attachés aux dépenses d'entretien et aux achats additionnels de consommables et de médicaments. Au niveau des structures hospitalières non autonomes (Hôpitaux régionaux et centres de santé), il existe quelquefois une comptabilité plus développée qui apporte d'autres informations utiles. L'adoption de normes comptables applicables dans toutes les structures de santé périphériques faciliterait la collecte d'informations utiles pour la programmation et l'estimation des charges récurrentes.

⁵⁸ Dans le rapport en français sur la carte sanitaire, le mot *entretien* n'apparaît pas et l'expression "*coûts récurrents*" n'apparaît qu'une fois pour signaler qu'il faut les contenir. De même il n'est pas fait mention des fournitures d'eau ou d'électricité ou même des amortissements. Toutefois, il est quand même fait mention des contraintes liées aux coûts et au fonctionnement des équipements "

Dans les hôpitaux centraux, les systèmes comptables harmonisés doivent maintenant permettre une comptabilité analytique susceptible de fournir les coûts moyens pour les principaux actes médicaux. Elle doit permettre aussi d'organiser les amortissements des équipements, leur fonctionnement et leur renouvellement. Fort des ces informations, le coût de fonctionnement annuel peut être prévu. En regard des recettes potentielles que l'hôpital recueille (ticket modérateur, clients payants, INPS, autres), il est alors possible de définir le niveau de contribution des finances publiques : affectation de personnel, mais aussi subventions ou contributions aux investissements.

L'estimation des charges récurrentes de santé est tout à fait possible si toutes les structures de santé consentent à s'impliquer dans la gestion et si une institution centrale coordonne les méthodes comptables et regroupe les informations. La principale difficulté tient aux habitudes de la population et des personnels de santé en regard de la mission du service public. Le coût doit dorénavant être considéré et doit être l'élément essentiel de gestion du dispositif de santé. Il ne s'agit pas de dégager des profits ni de ménager des rentes de situation pour quelques uns, il s'agit d'assurer la transparence des coûts et la juste rémunération de chacun des intervenants. Le développement d'un système de santé privé complémentaire en dépend aussi. Son existence répondra aux attentes d'une clientèle spécifique qui n'aura plus à exiger du service public des dépenses qu'il ne peut plus assumer. Les missions des deux services de santé, publiques et privées, peuvent être parfaitement distinguées dans leurs attributions et dans leur mode de financement. Les services de santé de base et la couverture vaccinale restant du domaine public et les services de santé plus sophistiqués relevant quant à eux, des services publics ou privés moyennant un système de financement adapté au type de clientèle (assurés ou non, indigents ou non, fonctionnaires, salariés, indépendants) et des actes (urgence, soins de base, soins de confort et prothèses).

4. LES COÛTS DE LA SANTE ET LEUR PRISE EN CHARGE PAR LA COLLECTIVITE

La santé a nécessairement un coût et celui-ci ne peut être assuré entièrement par l'Etat. La collectivité doit s'organiser pour mutualiser la contribution des bénéficiaires. Les fonctionnaires peuvent bénéficier d'un statut aménagé par l'Etat. Les salariés ou autres agents économiques doivent de leur côté trouver une formule de couverture sociale qui permette de mettre en œuvre efficacement les principes de prévoyance et de solidarité.

Quelle que soit la formule de répartition des financements retenus, à compter du moment où les citoyens sont tenus de participer à la prise en charge en dehors des contributions fiscales légales, il y a lieu, dès leur admission dans un service de soins, de connaître leur statut en regard des droits d'accès au système de santé publique. Cette première préoccupation est toujours restée étrangère aux professionnels de santé au Cap Vert, tout simplement parce que les services de soins ont toujours relevé du principe de gratuité et qu'ils étaient acquis à tous au même titre que l'administration du pays ou la défense du territoire. Mais ces deux derniers dépendent des choix de l'autorité publique et les citoyens en bénéficient de façon collective. Il n'en va pas de même des services de santé qui peuvent être distingués et qui peuvent être différents selon les individus. Mais encore, les choix qui déterminent les coûts relèvent pour une bonne part maintenant des individus eux-mêmes. Dès lors le risque est grand de voir quelques uns s'appropriant des services au détriment d'autres moins exigeants ou moins influents. Dès l'admission dans un service de soins, les charges de coûts doivent pouvoir être établis sans ambiguïtés de façon à éviter qu'un individu engage seul (ou avec la complicité du corps médical) à son profit des financements réservés pour la communauté toute entière.

4.1. PROBLEMATIQUE DE L'ACCES AUX SOINS

L'accès aux services de santé est loin d'être discipliné. Les malades se rendent là où ils espèrent obtenir les soins les plus efficaces ou les plus complets. Les structures de base étant sommairement équipées et amenées quelquefois à rediriger les patients vers des structures plus équipées, les malades prennent souvent d'eux-mêmes l'habitude de consulter de préférence les structures du haut de pyramide. De ce fait, ils encombrant le fonctionnement des Hôpitaux qui ont pourtant un autre rôle dans le système de santé et sous-utilisent quelquefois les structures périphériques logiquement mieux indiquées pour dispenser les soins courants ou diriger le malade vers une structure de niveau supérieur. Les unités de santé, les centres de santé et les postes de santé répartis sur le territoire en fonction de la densité de la population peuvent se trouver sous employées. C'est le cas dans les districts sanitaires proches de Santiago et de São Vicente. De ce fait, la carte sanitaire établie en fonction de la répartition des populations ne correspond plus aux comportements observés. De même, la répartition des personnels médicaux faite aussi en fonction des populations et de la carte sanitaire n'est pas forcément adaptée aux demandes de soins. Pourtant, de gros efforts sont faits pour mettre à proximité des populations les services de santé et les personnels. Les comportements des malades expliquent cette situation mais pas seulement.

La définition des rôles des différentes structures n'est pas encore bien arrêtée et la confusion des missions demeure, notamment entre les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux régionaux. L'éclatement du territoire contraint à des installations qui ne répondent pas seulement à l'importance de la population desservie, ils répondent alors surtout à l'isolement dans lequel se trouvent certains districts. Même si la taille de la population n'exige pas un centre de santé ou un hôpital régional, il est difficile de refuser aux habitants d'une île l'accès aux services de base offerts par ces structures⁵⁹. Une répartition

⁵⁹ La population de Boa Vista de l'ordre de 4500 habitants dispose d'un poste de santé et d'un centre de santé. Elle met à disposition

équitable des structures de soins et des personnels médicaux en fonction de la densité de la population est quasiment impossible à obtenir sur un archipel. La rupture de communications entre îles introduit une nouvelle contrainte inconciliable avec les impératifs d'égalité de traitement des populations.

L'enquête budget consommation en cours de préparation⁶⁰ prévoit un volet questionnaire sur les comportements en fonction des structures de santé à disposition. L'interrogation porte sur les accès aux services de santé dans le mois précédent. Il est notamment demandé où le malade s'est présenté, combien de visites il a faites, et le temps d'accès à la structure choisie, le moyen de transport utilisé. Enfin, l'enquêté est interrogé sur son système éventuel de protection social. Les dépenses consacrées aux achats de médicaments et aux visites dans les structures de soin seront aussi relevées au niveau des ménages enquêtés.

Pour exiger des populations un accès discipliné à la pyramide de santé, il faudrait pouvoir vérifier leurs circonscriptions d'origine, ce qui n'est actuellement pas le cas. Nombre de patients qui se présentent à Praia relèvent des districts sanitaires de Santa Catarina ou de Santa Cruz, mais ils préfèrent se rendre directement à l'hôpital central proche apparemment susceptible d'offrir les meilleurs soins plutôt que de se présenter à une structure périphérique jugée moins équipée pour porter un diagnostic fiable. Le comportement des malades est souvent un comportement de précaution et non un comportement économiquement rationnel surtout s'il n'y a pas de coûts attachés. Ce faisant, les structures périphériques peuvent être sous employées et les hôpitaux centraux encombrés, ce qui nuit à l'efficacité du système et augmente les coûts d'accueil. Le respect de l'accès à la pyramide de soins est une condition *sin qua non* du bon fonctionnement de la carte sanitaire, elle-même garante d'efficacité et d'économies.

Malgré les efforts faits ces dernières années pour mettre à proximité des populations des services de santé adaptés (développement des implantations de structures périphériques), la carte sanitaire pourtant relativement complète s'avère quand même peu adaptée aux comportements des populations. Cette situation explique en partie la sous-utilisation⁶¹ de certaines structures et même sans doute de certains personnels médicaux. Mais aussi l'absence de programmation pour la prise en charge des nouveaux équipements peut entraîner leur sous-utilisation. Un appareil pour examen mammographique acquis depuis trois ans par l'hôpital Agostinho Neto de Praia n'est toujours pas en service et les malades qui nécessitent un examen de ce type sont toujours acheminés vers l'hôpital Baptista de Sousa à Mindelo qui dispose d'un équipement opérationnel, ce qui entraîne des coûts de déplacements et de séjour qui pourraient être facilement évités.

Pour pouvoir adresser convenablement la facturation des services rendus, il faudrait pouvoir reconnaître dès l'admission du malade, le payeur qui prendra en charge la prestation. Ces informations ne sont pas exigées à l'entrée d'une structure de santé et les malades peuvent toujours justifier de leur appartenance au district sanitaire et de leur couverture par l'INPS ou de leur statut d'indigent (même si celui-ci n'est pas encore acquis). Ces informations sont pourtant relativement facilement à établir à partir d'une carte et d'une liste informatique d'affiliés à l'INPS, de fonctionnaires bénéficiant des services gratuits ou même d'une liste d'indigents. Ces informations pourraient être régulièrement consultées

2.5 lits pour 1000 habitants et une structure de santé (USB, PS ou CS) pour 573 habitants. Le Cap Vert offre en moyenne 1.9 lits pour 1000 habitants et une structure sanitaire pour 2500 habitants. Néanmoins, les habitants de Boa Vista ne disposent pas d'un hôpital régional.

⁶⁰ "Inquérito às despesas e receitas familiares" INE

⁶¹ La sous-utilisation invoquée ici est entendue en ce qui concerne le rôle spécifique des soins dispensés aux populations au niveau même du service. Les structures périphériques (centres de santé notamment) remplissent d'autres missions importantes concernant l'information des populations, la référence pour les structures inférieures et leurs personnels n'exercent pas seulement dans le cadre du service mais sont amenés à assurer des consultations dans d'autres structures plus périphériques et à consulter même les malades à domicile. Néanmoins, la fonction d'accueil des malades de certaines structures peut être en partie sous-utilisée même si le dispositif remplit d'autres missions.

par les services de santé et pourraient être régulièrement mises à jour. Cette précaution administrative limiterait considérablement la fraude ou les "*transferts de droits*".

Les structures de santé n'ont jamais été préparées à la facturation. Elles se sont adaptées au principe dominant qui veut que l'accès aux soins gratuits soit un droit garanti pour tout citoyen capverdien. Elles se font complice pour trouver à chacun une solution de remplacement si son statut civil ne lui permet pas un accès gratuit. Pour la même raison, elles n'ont pas pris l'habitude d'estimer les coûts de leurs prestations et sont bien en peine de proposer une facture si d'aventure le patient ne peut justifier d'une prise en charge.

L'INPS préconise une amélioration de l'accueil des malades dans les structures de santé. Dès la demande d'accès, leur origine géographique serait vérifiée et leur couverture sociale serait établie. La présentation d'une carte INPS ou autre convenablement renseignée et à jour rapprochée d'une liste informatique des personnes ayants droits : fonctionnaires ou cotisants INPS lèverait toute ambiguïté quant à leur admission aux soins. Dès l'entrée, les droits de la personne qui se présente seraient parfaitement établis : son droit d'accès en fonction de sa résidence ou de l'adressage fait par une autre structure de santé, son droit à la gratuité ou à la prise en charge en fonction de son statut. Pour ceux qui ne bénéficient pas de la couverture de soins, l'exigence de paiement leur serait dès lors signifiée.

4.2. LE COUT DES SERVICES DE SANTE

4.2.1. CONNAISSANCE ET TRANSPARENCE DES COUTS

Au Cap Vert, « *La santé n'a pas de prix* » - Ce postulat rappelle simplement que rien n'est plus précieux que la santé, mais ne veut pas dire pour autant que la santé n'a pas un coût. Qu'on la considère comme un droit pour tous ou comme un bien public, elle reste un état qui nécessite un coût. Il s'agit ensuite de la façon dont la collectivité assume ce coût. Il est acquis que la santé pour tous relève d'une responsabilité collective, de l'équité et de la solidarité. Il ne saurait, d'ailleurs en être autrement. « *La santé pour tous* » est sans doute une utopie mais elle reste incontestablement un objectif ambitieux auquel il faut rester attaché. Mais ces postulats ne sont pas dirigés uniquement vers les services de santé, ils s'adressent à tous les aspects de l'économie qui contribuent à améliorer la vie des personnes : leur environnement, leur habitat, leur pouvoir d'achat, leur sécurité. Les services sanitaires sont un recours en cas d'accident de santé. Le plus important est de mettre les populations à l'abri des risques.

La santé est un état auquel tout le monde a droit, mais elle dépend de beaucoup de choses et tout d'abord du patrimoine génétique de chacun. Tous les individus ne sont pas dotés du même potentiel, pourtant la médecine nous convainc chaque jour un peu plus qu'elle est en mesure de remédier aux insuffisances des uns et des autres. Elle est aussi la situation résultante des conditions de vie et là encore tous les hommes ne sont pas logés à la même enseigne. Néanmoins, qu'il s'agisse de notre patrimoine génétique ou de nos conditions de vie, les soins de santé visent à doter chacun de nous de potentialités équivalentes et à faire reculer les risques. Ces dernières années, la médecine a fait des progrès considérables et se trouve maintenant en mesure de remédier à des situations de santé considérées jusqu'alors comme irréversibles. Mais les coûts d'intervention peuvent aussi s'avérer considérables. Que chacun puisse prétendre en bénéficier quelque soit sa situation économique relève de la simple humanité, mais l'évidence de ce constat ne conduit pas aussi simplement à l'évidence de la prise en charge des coûts.

Certes la collectivité et tout d'abord l'Etat doivent jouer un rôle essentiel, mais l'une comme l'autre n'existent pas en dehors des individus qui les composent, ils détiennent leurs pouvoirs et leurs capacités de financement des citoyens. Les missions de la puissance publique sont assez clairement identifiées : sécurité, intégrité du territoire, justice, définition du cadre légal d'exercice des activités économiques, services publics dont édu-

cation et santé. Les citoyens payent l'impôt pour bénéficier de tous ces services. Les services publics se trouvent aujourd'hui investis de missions considérables et sont amenés à exiger beaucoup plus des contribuables. Mais il y a lieu de distinguer entre les différentes catégories de services, tous ne relèvent pas du même degré d'obligations de la communauté envers ses membres. L'éducation élémentaire, les soins de santé de base, la couverture vaccinale peuvent être considérés comme un service public auquel tout le monde a droit. Mais l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques qui donneront un meilleur potentiel économique à leurs détenteurs, la dispense de soins de confort (prothèses dentaires) ou de soins palliatifs ne présentent pas à l'évidence le même degré d'exigibilité. Que les individus qui souhaitent en bénéficier puissent prétendre à une assistance, cela relève de l'organisation de la société, mais ils doivent assurer un coût même si celui-ci est mutualisé. Il est aujourd'hui incontestable que tous les services publics de santé et d'éducation ne peuvent relever du même ordre d'exigibilité, d'autant que les coûts peuvent être considérables et que ceux qui n'en bénéficient pas ne sauraient être mis à contribution. Les coûts de santé peuvent être illimités et l'Etat ne peut tous les prendre en charge, sinon au détriment d'autres services.

Déjà au Cap Vert, la santé absorbe 10% du budget de l'Etat, ce qui est considérable et très honorable⁶², mais si la puissance publique voulait satisfaire pleinement et gratuitement ses citoyens en matière de santé, elle devrait sans doute y consacrer le double ou le triple sans pour autant y parvenir. Si elle ne le fait pas mais qu'elle garde la même exigence envers tous alors elle privilégiera incontestablement tous ceux qui sauront comment obtenir du service public tout ce qu'ils veulent au détriment de tous ceux moins informés qui ne pourront sans doute même plus prétendre aux soins élémentaires et à la couverture vaccinale. A reculer la réforme du système de santé, le service public s'achemine plus sûrement vers une santé à deux vitesses : pour les nantis (les mieux informés ou tous ceux qui sauront accéder aux services de l'Etat) et pour les pauvres (ou tous ceux moins bien lotis qui ne seront pas en mesure d'exiger des services de l'Etat).

La réforme du financement du système de santé capverdien est sans doute une urgence incontournable. Il ne s'agit pas de perdre les acquis sociaux qui permettent aux personnes déshéritées d'être accueillies dans les structures sanitaires, mais il s'agit de distinguer les services gratuits et de distinguer aussi les capacités économiques des malades qui se présentent. Vraisemblablement une partie des coûts devra être pris en charge par des services sociaux publics ou parapublics mais indépendants des services de l'Etat et les citoyens devront cotiser vers ces institutions pour bénéficier d'un système de sécurité sociale. La cotisation pourra être partagée entre l'employeur et le salarié ou être entièrement payée par l'assuré. Le système relèvera d'un système d'assurances solidaires auquel chacun contribuera de façon forfaitaire et pourra prétendre bénéficier ensuite des soins qu'exige son état de santé quels qu'en soient leurs coûts.

Au Cap Vert, depuis la période coloniale, la médecine relève du service public et chacun considère qu'il doit toujours en être ainsi. Jusqu'au milieu du siècle dernier, ce système pouvait fonctionner car le recours aux soins restait encore très limité et les malades ne manifestaient pas beaucoup d'exigences compte tenu des habitudes de soins qu'ils connaissaient. Il en va tout autrement aujourd'hui où chaque malade peut presque exiger de retrouver la pleine santé sans qu'il lui en coûte rien. Le système de santé s'est aussi doté d'équipements et de compétences en mesure de répondre efficacement à la plupart des affections. La demande et l'offre se sont considérablement accrues, les coûts ont suivi même si les citoyens n'en ont pas pris conscience compte tenu du fait que l'Etat assurait entièrement la charge. **L'absence de visibilité sur la charge de santé ne signifie pas que la charge n'existe pas.** Les exigences légitimes des citoyens et les conditions nouvelles de traitement des soins supposent que le financement de la santé soit repensé

⁶² Néanmoins, les normes internationales pour les pays en développement préconisent dorénavant 15% du Budget de fonctionnement et 5% du PIB. La plupart des pays sont encore très loin de ces niveaux.

et que sa répartition entre l'Etat et les citoyens, y compris à travers des institutions mutualistes, soit entièrement revue.

Au Cap Vert, le citoyen aurait même tendance à juger l'Etat en fonction de son aptitude à fournir gratuitement des services d'éducation et de santé. Il est temps aujourd'hui de distinguer les services publics essentiels des autres et d'organiser la répartition des charges pour tout ce qui concerne les services publics. Partant de ce postulat de gratuité et de la prise en charge totale par l'Etat, le coût réel des services de santé n'a jamais été déterminé, il est parfaitement inconnu, si bien que si l'on voulait organiser la contribution des malades ou de leur système d'assurance on serait bien en peine pour trouver un indicateur de coût pour le service rendu. Pourtant depuis 1989, l'INPS est censé assurer la prise en charge des coûts de santé pour les salariés affiliés (ceux relevant du secteur privé) mais il paye sur une base forfaitaire, seuls les médicaments achetés dans le circuit commercial et remboursés au $\frac{3}{4}$ sont payés sur une base réelle de coût. Non seulement, le système de santé relève entièrement de l'Etat mais encore il n'est pas en mesure aujourd'hui de connaître les coûts de ses interventions, ce qui le met en position délicate quand il s'agit de repenser le système de financement et d'envisager la participation d'autres opérateurs (malades ou systèmes d'assurance).

Aujourd'hui, il n'y a aucune relation entre les coûts de santé et leur financement.

L'Etat assure le financement indépendamment des coûts et des services rendus et les contributions des institutions d'assurance sont estimées sur une base forfaitaire révisable mais aussi tout à fait indépendante des coûts. Cette situation comporte des risques et des avantages.

Que l'Etat finance et que les coûts ne soient pas un problème constituent une situation idéale pour les professionnels de santé et pour les malades. Mais si l'Etat n'est plus en mesure de payer alors le service devient très fragile. Le service ne peut plus être assuré pour tous les malades et les professionnels de santé eux-mêmes sont bien en peine pour déterminer le meilleur moyen d'économiser. Faut-il sacrifier l'achat de nouveaux équipements ou faut-il suspendre le fonctionnement d'autres équipements ? Comment même estimer le coût de fonctionnement de certains services et gérer les charges récurrentes ? L'absence d'informations sur les coûts de santé devient brutalement un problème crucial quand l'exigence d'économies se fait sentir, ou quand il faut envisager de répartir les charges. Le système de santé capverdien commence à réagir puisque certains coûts sont maintenant déterminés dans les hôpitaux, mais il est encore loin de maîtriser le prix de son fonctionnement et les coût réel des prestations fournies.

Le souci de compléter la carte sanitaire et d'offrir des structures de santé proches des populations a pu conduire à la multiplication des installations au-delà des besoins déjà considérables consécutifs à l'insularité et à l'éparpillement du territoire. Le nombre de lits mis à disposition dépassent quelquefois les besoins raisonnables d'un district (mais l'exiguïté obligée des districts en est sans doute la cause) et les disponibilités en ressources humaines⁶³. Les charges récurrentes ne sont pas prises en considération, seuls semblent être pris en considération les équipements sanitaires qui attestent de la couverture sanitaire. Les bailleurs de fonds toujours plus prompts à financer des équipements qu'à assumer même momentanément des charges récurrentes portent une part de responsabilité mais la responsabilité principale en revient quand même au système de gestion qui ne retient pas comme indicateur les charges récurrentes ni sans doute les besoins réels de la population. Cette dérive est aussi la conséquence de l'absence de calcul de coûts et de gestion économique. La couverture sanitaire matérialisée par ses installations peut même devenir un argument électoral susceptible de rencontrer l'assentiment des bailleurs de fonds.

63 Cf. « Avaliação dos projectos de saúde em Cabo Verde financiados pela cooperação luxemburguesa » Dr Yolanda Estrela & Pitt Reitmeyer - Décembre 1998

A l'hôpital Agostinho Neto, un nouveau système comptable a été mis en place depuis trois ans, il est maintenant en cours de développement, et il devrait permettre à terme d'obtenir des informations analytiques susceptibles de fournir des coûts indicatifs pour la facturation ou même plus simplement pour organiser économiquement la gestion. Chaque intervention au bloc opératoire donne lieu à l'établissement d'une fiche de coûts qui recense les durées des prestations de chacun des intervenants et qui enregistre les médicaments administrés et les petites fournitures employées. A l'issue des interventions l'hôpital est en mesure de préciser le coût apparent⁶⁴. Il peut alors le refacturer s'il s'agit d'un malade payant ou demander à son assureur (INPS) la prise en charge sur la base d'une estimation et non sur une base forfaitaire comme c'était le cas jusqu'alors.

Le ticket modérateur relève d'une autre logique. Il a été institué en 1989 pour limiter les abus d'accès aux services de santé⁶⁵. Depuis il a été réévalué une fois en 1993, et le barème est toujours en vigueur même s'il a dû être adapté à la baisse ou à la hausse en fonction des demandes, des habitudes ou des moyens des patients. Le ticket modérateur n'est pas un prix conçu pour supporter un coût. Le système de santé n'a jamais été géré en fonction de ses coûts ou des services rendus. Il est considéré comme un service au même titre que l'administration ou que la défense du territoire. Pour une gestion rationnelle et efficace, il est nécessaire maintenant d'introduire des règles de gestion qui permettent d'établir une correspondance entre le coût des services rendus et le prix à payer.

Ensuite, en fonction des choix de société les responsables politiques répartissent la charge du prix entre les bénéficiaires, les systèmes d'assurances obligatoires ou volontaires et la collectivité. Mais il est impossible de se dispenser aujourd'hui de l'indicateur coût.

Les faiblesses du système actuel peuvent générer des dérives importantes (médecine à deux vitesses selon les catégories de malades). L'absence de gestion transparente dissimule les moyens d'y remédier.

ESTIMATION DES COUTS DES PRESTATIONS DE SANTE PUBLIQUE

L'indépendance de gestion des hôpitaux offre la possibilité de tenir une comptabilité complète d'où l'on pourrait dégager des coûts par type d'intervention. Mais il faut pouvoir intégrer tous les coûts qui entrent en compte :

les rémunérations de tous les personnels (salaires, charges fiscales et sociales), qu'elles soient payées par la fonction publique ou par le service de l'hôpital ou même déterminées en fonction des prestations (contrats de services) ;

les amortissements des infrastructures et des équipements basés sur une durée de vie moyenne et sur leur coût de remplacement en fonction des évolutions techniques ;

les fournitures et consommables divers qui sont utilisés : des petits équipements, aux fournitures de secrétariat sans oublier les médicaments distribués.

Ces coûts doivent pouvoir être supportés par tous les bénéficiaires en fonction du service reçu par chacun. La répartition peut se faire en fonction des paramètres les plus courants : coût de l'heure de prestation des différents techniciens de santé, amortissement des équipements utilisés, consommables utilisés. D'ores et déjà, à l'hôpital Agostinho Neto, une fiche de coût a été instaurée pour les interventions chirurgicales, elle permettra de déterminer un coût moyen par type d'intervention. Le coût de chacune des prestations offertes à l'hôpital doit pouvoir faire l'objet d'une estimation de ce type.

Pour les structures périphériques, il faut s'en tenir à une estimation moyenne en fonction des coûts engagés par type de structures et du nombre total de prestations servies. Mais

64 Il s'agit encore d'un paramètre indicatif puisque l'amortissement des équipements utilisés n'est pas encore pris en compte.

65 Du fait de la gratuité, les certificats et mêmes les prescriptions médicales étaient fréquemment demandées y compris pour des patients extérieurs qui ne pouvaient prétendre à la gratuité. Le prix symbolique demandé avait pour objet de dissuader ces requêtes qui contribuaient à engorger l'activité des services.

il faut alors dégager de la comptabilité publique les coûts attachés aux rémunérations des personnels par type de structure. Il faut ensuite pouvoir estimer distinctement les coûts d'amortissements des infrastructures et des équipements utilisés et celui des consommables utilisés.

Pour être complet, la détermination d'un coût devrait être envisagée pour une prestation standard dans des conditions standard. Dans la mesure où les patients consentent quelquefois à de longues attentes, le service rendu ne saurait être évalué de la même façon que s'il s'agit d'une prestation obtenue dans des délais acceptables. En effet, si d'un côté, on peut estimer le coût, il faut aussi pouvoir garantir la qualité du service. Les attentes à l'hôpital ou dans une structure de santé publique, de même que la qualité des soins ou des diagnostics devraient aussi pouvoir être pris en compte. Le développement d'un secteur privé et l'instauration d'un système concurrentiel permettront de limiter les écarts de qualité de service.

4.2.2. LES SERVICES PRIVÉS DE SANTE

On en parle beaucoup, sans doute parce qu'ils doivent implicitement apparaître comme une alternative possible aux services publics mais ils restent marginaux. Leur activité est limitée et leur chiffre d'affaires ne permet pas une rémunération suffisante pour que les médecins consultants qui les animent s'y consacrent entièrement.

Actuellement à Praia on compte 2 cliniques susceptibles d'accueillir des malades hospitalisés (clinica Godente et Praia Clinica) et qui offrent des consultations courantes, 2 laboratoires qui pratiquent l'imagerie médicale et font des analyses, 4 à 5 cabinets indépendants appartenant à des médecins hospitaliers qui exercent une activité privée payante en dehors de leurs heures d'astreinte hospitalière. Il existe en outre deux cabinets de stomatologie et un cabinet d'ophtalmologie. Il existe encore 5 dentistes privés. L'autorisation de la Direction Générale de la santé est requise pour l'ouverture d'une structure médicale privée.

A **Praia Clinica**, la structure privée la plus importante au Cap Vert, 12 médecins interviennent régulièrement mais seulement 3 ne pratiquent qu'à la clinique (1 généraliste, 1 gynécologue et 1 pédiatre), tous les autres sont des médecins hospitaliers, fonctionnaires de l'administration : 3 généralistes, 1 gynécologue, 1 urologue, 1 orthopédiste, 1 radiologue, 1 cardiologue et le directeur chirurgien cardiologue. Cette clinique est la première structure privée qui se soit installée au Cap Vert en 1993. Le fondateur est un ancien Directeur des Hôpitaux Baptista de Sousa et Agostinho Neto, aujourd'hui retraité de l'administration. La clinique dispose d'équipements qui l'autorisent à pratiquer un certain nombre de petites interventions et des accouchements et qui lui permettent d'accueillir en séjour jusqu'à 5 malades. Néanmoins, l'activité chirurgicale et hospitalière reste très réduite. L'essentiel des soins consiste en consultations, analyses et examens médicaux (radio, échographie). La clientèle ne provient pas seulement de Praia mais de toute l'île de Santiago et même du Cap Vert. La fréquentation moyenne est de l'ordre de 20 patients par jour. Il s'agit de personnes qui ont les moyens de payer et qui préfèrent un service plus personnalisé. La consultation générale coûte 1 500 ECV et les consultations spécialisées 2 000 ECV. Une journée d'hospitalisation est facturée à 5 000 ECV et une échographie à 2 500 ECV.

La **Clinica Godente** fondée il y a deux ans permet aussi à quatre ou cinq médecins hospitaliers d'exercer dans un cadre privé. Elle pratique surtout la stomatologie, spécialité qui peut plus facilement susciter une demande hors du service public.

Les médecins du service public sont autorisés à consulter en dehors de leurs heures de services (après 15 heures) dans les locaux des hôpitaux centraux, et à se réserver 60% du prix de la consultation (les 40% restants étant destinés à l'hôpital). Le prix de la consultation est alors sans commune mesure avec le ticket modérateur mais reste acceptable : 1 000 ECV pour la première consultation et 800 ECV pour les suivantes. Les malades en

attente d'un examen complet en consultation hospitalière normale peuvent rester longtemps en attente (plusieurs semaines) mais aboutir plus rapidement si ils consentent à une consultation supplémentaire après 15 heures.

Concernant la dentisterie et les services de stomatologie qui relèvent moins des soins d'urgence que des soins d'entretien ou de confort, les services publics sont moins bien équipés pour y répondre et il faut reconnaître que ceux-ci relèvent moins du service public que les soins de santé de base ou les soins d'urgence.

Les cabinets privés sont fréquentés par une clientèle prête à payer et ils bénéficient quelquefois d'un contrat avec une entreprise⁶⁶ pour l'accueil des salariés. En effet, à l'instar de ce qui se passe pour la Banque Centrale du Cap vert (Cf. § Les autres systèmes d'assurances, page 65) certaines entreprises offrent à leur personnel une couverture médicale spécifique qu'ils aménagent en passant un contrat avec un prestataire de soins. Les patients payants se montrent quelquefois très exigeants comme s'ils étaient en droit d'exiger beaucoup plus que dans le service public ou comme s'ils espéraient que le service privé est en mesure de leur offrir une bien meilleure qualité de service. Les malades s'adressent au privé pour un service plus personnalisé, où ils peuvent éviter les longues files d'attente et où ils peuvent établir un contact différent avec le médecin. Pour certains, l'acte de paiement donne un droit d'exiger mieux et plus, ce qui, évidemment ne peut pas être le cas en médecine puisque les praticiens, publics et privés sont toujours tenus de faire de leur mieux.

La plupart des médecins qui exercent dans le privé gardent leur emploi de médecin public tant qu'ils ne sont pas assurés d'une clientèle suffisante. Ils peuvent évidemment diriger leurs malades hospitaliers vers leurs consultations payantes ou vers leurs cabinets privés s'ils en ont un, comme ils peuvent suivre leurs malades dans le cadre privé et les diriger vers l'hôpital pour des traitements ou des examens plus lourds. Ces pratiques permettent aux cabinets privés de bénéficier de l'appui de la structure publique tout en se réservant une clientèle propre. Elles seraient contestables si les structures privées étaient autorisées au régime de remboursement de l'INPS et si elles se présentaient en concurrence avec le service public. Dans la situation actuelle, ce comportement permet simplement de décharger le service public.

Ces professionnels sont encore des pionniers, ils attendent une définition plus précise de la place de la médecine privée et une réforme du système de financement et des barèmes du service public. Leurs établissements ont été ouverts à titre expérimental. A Praia, on recense un médecin généraliste entièrement privé mais qui aurait fait ce choix parce que les propositions faites par son ancien employeur, la fonction publique, ne lui convenaient pas. Ses collègues s'interrogent sur la capacité de survie de son cabinet. A Pedra Badejo, pour des raisons du même ordre, il existerait un autre cabinet entièrement privé, mais là encore les autres professionnels de la santé restent des observateurs dubitatifs et notent que la fréquentation reste modeste et que moins de la moitié de la clientèle consent à payer le prix demandé (de l'ordre là encore de 1 000 ECV la consultation).

Il est en effet très difficile au secteur privé de proposer un service payant face à un service public quasiment gratuit qui accueille tout le monde. Seule la détérioration du service public (attentes longues et qualités des prestations) incitera les patients à choisir une structure privée. Si le service public instaure une contribution plus conséquente basée sur un barème élaboré en fonction des coûts réels, alors peut être le service privé pourra se montrer concurrentiel. Un système privé de médecine opérationnel et accessible à travers les systèmes d'assurance permettrait d'ouvrir l'offre de services spécialisés (comme c'est le cas déjà avec les dentisteries et la stomatologie) et allégerait la charge d'accueil des services publics dans l'intérêt de leur fonctionnement et de la qualité de leurs prestations.

⁶⁶ Praia clinica avec Banco atlantico et EMPROFAC, Cabinet FORTES avec la TACV.

La réglementation du secteur privé est inscrite à l'ordre du jour du prochain plan, mais il n'est pas fait mention de la révision du système de tarification en vigueur.

4.3. CONTRIBUTIONS DES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE

4.3.1. LA COUVERTURE DES FONCTIONNAIRES

Les fonctionnaires sont depuis l'époque coloniale couverts sur le plan sanitaire et bénéficient de la gratuité des soins dans les structures publiques. Pour bénéficier de ce droit leur salaire est ponctionné chaque mois d'une contribution forfaitaire de 8%⁶⁷ dont 2% est réservé à la couverture des soins de santé pour eux et leurs familles (conjoint, enfants, ascendants et descendants vivants sous le même toit). Cette disposition est restée inchangée depuis l'époque coloniale, mais est loin maintenant de correspondre aux frais effectifs engagés pour les frais de santé des personnes concernées (fonctionnaires et autres ayants droits rattachés).

Comme il s'agit d'un service public, la retenue est forfaitaire et la couverture est assurée par les services publics de santé sans qu'il soit fait un rapprochement entre le coût des services rendus et le prix payé par la collectivité (coûts réels). Il n'existe pas non plus de comptes de transit où seraient logées les cotisations fonctionnaires et où le service public de santé prélèverait pour se rémunérer des services rendus. Non seulement la correspondance entre le prix payé (cotisations) et le service rendu n'est pas établie mais encore il n'y a aucun mouvement de fonds entre les prélèvements salariaux et les comptes des services de santé. Rien ne permet de mesurer l'écart entre les cotisations fictivement prélevées et les coûts souvent inconnus.

L'Etat s'assure de son obligation en adaptant le budget réservé aux services de santé et en garantissant aux fonctionnaires l'accès gratuit aux structures de soins (excepté le coût du ticket modérateur). Mais les soins de santé offrent aujourd'hui un éventail de services beaucoup plus large et recourent à des techniques beaucoup plus onéreuses. Les malades savent aussi se montrer plus exigeants et attendent beaucoup plus. Auparavant les accouchements avaient lieu sans recours aux services de santé (sauf accidents), aujourd'hui même un accouchement normal nécessite plusieurs accès aux services de santé et l'emploi de techniques d'examen et d'investigations sophistiquées (radio, scanners, analyses de laboratoires). Il en est de même pour tous les actes médicaux et ceux-ci sont sollicités là où il y a seulement quelques années le patient ne pensait même pas recourir à un traitement médical.

La demande de soins a considérablement augmenté et le coût des soins s'est considérablement élevé. Il est exclu de pouvoir couvrir les frais de fonctionnement d'un service susceptible de répondre favorablement à la demande avec le même dispositif de financement et avec les mêmes tarifs. Même en augmentant très sensiblement les dotations budgétaires, le service public ne saurait suffire, d'autant que tous les soins maintenant proposés n'ont pas le même degré d'urgence et ne sauraient être proposés gratuitement à toute la population : soins de confort, prothèses dentaires,....

Que les fonctionnaires puissent prétendre à la gratuité des soins ne suppose pas forcément qu'ils ne doivent pas contribuer à un système d'assurances médicales et que celui-ci ne puisse pas réévaluer les cotisations en fonction des coûts. Actuellement la contribution fictivement prélevée sur les salaires n'est sans doute pas directement attribuée aux services de santé mais, de toutes façons, elle serait bien insuffisante pour couvrir les frais mé-

67 Ce qui correspond à la cotisation salariale obligatoire pour les personnes cotisantes à l'INPS. L'autre prélèvement est une cotisation patronale payée par l'employeur. Pour l'Etat, en tant qu'employeur sa contribution est compensée par le financement de tout le système de santé. En revanche, l'INPS qui bénéficie des services dispensés par le système public de santé sans pour autant y contribuer et qui perçoit effectivement la cotisation patronale (15%) est tenue chaque année de reverser à l'Etat une redevance forfaitaire en contrepartie de l'accueil de ses affiliés dans le service public aux mêmes conditions que les fonctionnaires (gratuité excepté le ticket modérateur).

dicaux des personnes concernées (fonctionnaires et ayants droits). Si une réévaluation doit être envisagée, elle ne saurait l'être de façon forfaitaire, nécessairement elle devrait prendre en considération des estimations de coûts et de besoins.

Aujourd'hui, la situation est paradoxale. Alors que les fonctionnaires étaient totalement couverts pour les actes médicaux et pour les médicaments distribués, ils sont aujourd'hui redevables de la totalité du coût des médicaments que les médecins publics leur prescrivent faute de pouvoir les leur dispenser sur le stock réservé dans les structures publiques. Les personnes affiliées à l'INPS, salariés du secteur privé ou cotisants spontanés sont quant à eux remboursés du $\frac{3}{4}$ du prix des médicaments prescrits. La plupart des autres non fonctionnaires ou non affiliés à l'INPS se font établir un certificat d'indigence pour bénéficier des soins gratuits et pour pouvoir se faire délivrer les médicaments dont ils ont besoin. A défaut, ils s'arrangent pour faire établir leurs prescriptions médicales au nom d'un affilié à l'INPS.

4.3.2. L'INPS

4.3.2.1 Statuts et place de l'INPS dans le système de protection sociale

L'INPS est un opérateur de plus en plus important et de plus en plus sollicité dans le système de santé. Créé en 1989, à la suite de systèmes antérieurs⁶⁸, c'est un établissement public, avec autonomie financière qui propose un système d'assurance pour les risques de santé et organise la constitution et la distribution des pensions de retraite.

Tous les employés du secteur privé et des entreprises publiques sont tenus de s'affilier. Les entreprises sont garantes de cette contribution et effectuent les prélèvements salariaux (8 % du salaire brut) qu'elles joignent à leurs cotisations patronales (15 % du salaire brut) pour un versement régulier tous les mois. L'INPS ensuite répartit ses recettes entre les différentes branches de son activité (maladie et maternité, pensions de retraite, Allocations familiales, gestion du dispositif, amortissements, provisions). Elle reverse mensuellement à l'Etat une contribution correspondant à la prise en charge gratuite de ses affiliés dans le service public de santé.

Les salariés ainsi que leur famille, conjoint et enfants sont couverts, de même que les ascendants directs s'ils vivent sous le même toit et ne disposent pas d'un revenu minimum. L'effectif des personnes ayants droits est étendu bien au-delà des cotisants et il est vraisemblable que l'effectif des personnes bénéficiaires va encore au-delà compte tenu des difficultés de contrôle et du grand nombre de personnes intéressées qui n'ont pas de possibilités de recours à une couverture sociale. Cette pratique assez répandue est qualifiée sous l'appellation pudique de « *transports de droits* ».

Les affiliés de l'INPS accèdent gratuitement (excepté le ticket modérateur) au système de santé public. En conséquence, ils ne sont remboursés des frais contractés auprès de services privés (cliniques privées) que s'ils y ont été préalablement autorisés par l'INPS. Pour les soins de médecine générale proposés par le système public de santé, l'INPS ne délivre pas d'autorisation pour un accès aux services privés. Elle conçoit et rembourse les prestations privées que si elles concernent des soins non dispensés par le secteur public (dentisterie, stomatologie). En conséquence, les cabinets privés se sont surtout développés dans les soins spécifiques, les soins privés de médecine générale existent aussi mais ils restent réservés à ceux qui consentent à payer un plein tarif (1000 ECV pour une consultation classique) et sont dispensés par des médecins du service public en dehors de leurs heures d'astreinte dans le service public. Ces conditions ne facilitent pas le développement de la médecine privée. Seuls les patients qui souhaitent et peuvent accéder à

⁶⁸ Caisses syndicales de prévoyance sociale avec adhésion facultative, créées à l'intention des entreprises commerciales qui ne pouvaient bénéficier de l'assistance médicale gratuite. Les autres personnels salariés relevaient alors de l'administration ou étaient assimilés à des indigents. Ce n'est qu'après l'Indépendance et surtout depuis le début des années 1980, avec le développement d'un secteur privé conséquent que le problème de la couverture médicale des personnes privées salariées s'est posé.

un service personnalisé (pas d'attente) sont susceptibles de le fréquenter. Quant aux médecins, peu consentent à engager entièrement leur carrière professionnelle dans le service privé : ils n'ont pas la certitude de pouvoir disposer d'une clientèle suffisante. Leur statut de médecin hospitalier offre une garantie de revenus et permet l'exercice complémentaire d'un service privé qui complète leur rémunération de fonctionnaire.

L'affiliation à l'INPS donne droit à l'accès aux services publics de santé dans les mêmes conditions que les fonctionnaires pour les prestations de soins, c'est-à-dire moyennant le versement du ticket modérateur. Pour les médicaments, les personnes couvertes règlent dans les pharmacies privées 25 % du coût à l'achat et les pharmacies privées adressent tous les mois à l'INPS une facture correspondant aux 75% restants.

En contrepartie de la prise en charge des malades dans les structures publiques de soins, l'INPS adresse mensuellement au Trésor Public une contribution qui représente 100 M ECV par an. Ce montant est forfaitaire et indépendant des services rendus aux affiliés. La contribution se décompose en un versement mensuel de 5 M ECV adressés au Trésor et de 3.25 M ECV adressés au Ministre de la santé pour virement direct aux Hôpitaux.

TABLEAU 36 : NOMBRE DE COTISANTS ET D'ASSURES

ASSURES	1996	2000
Cotisants	16 166	22 865
Descendants	44 537	47 228
Ascendants	1 514	2 962
Conjoints	1 849	2 728
Pensionnés	2 526	3 511
TOTAL	66 592	79 294

Source : INPS

4.3.2.2 Gestion de l'INPS

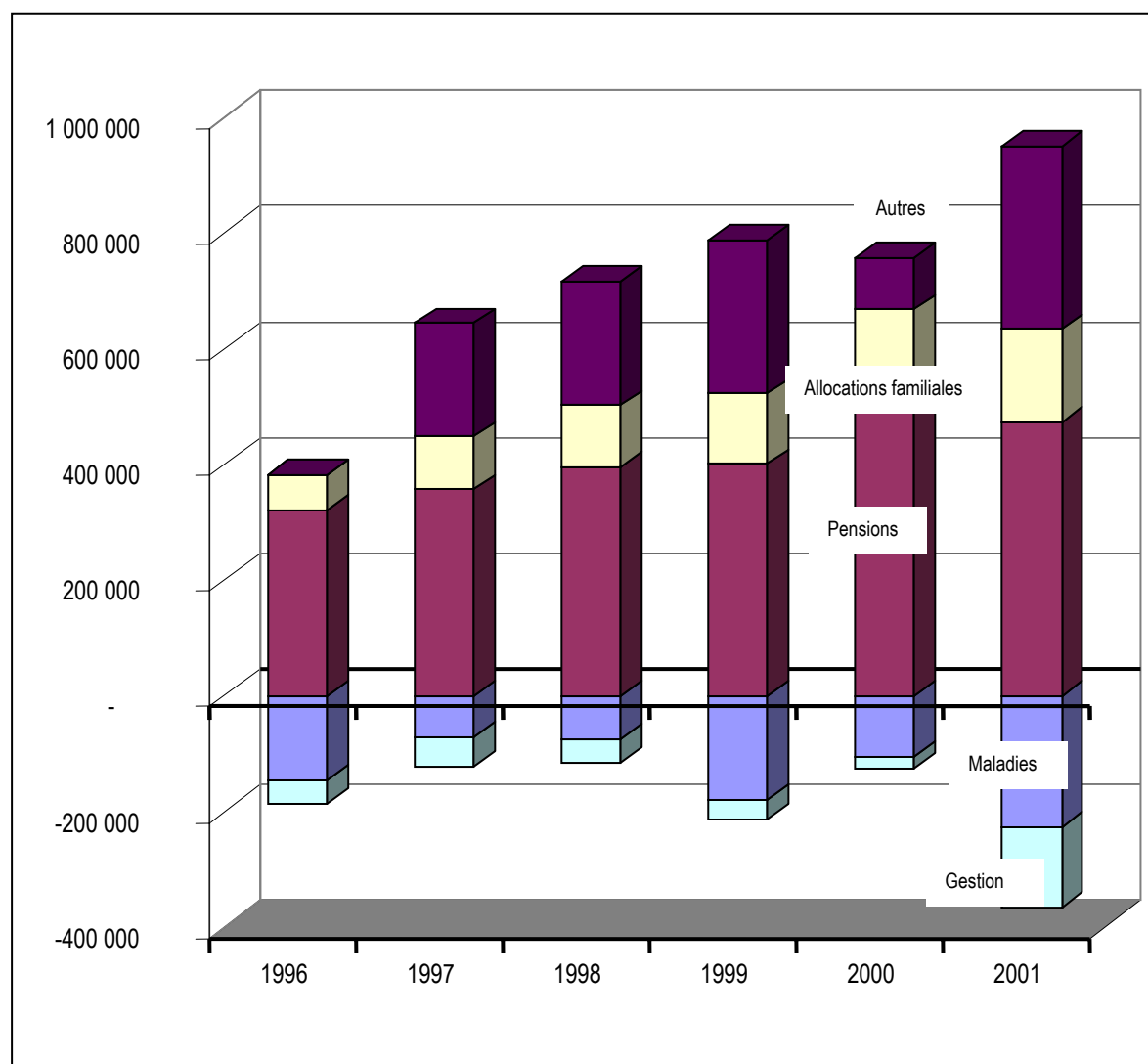
TABLEAU 37 : DEPENSES ET RECETTES DE L'INPS

BRANCHES		1996	1997	1998	1999	2000	2001
dépenses	MALADIES ET MATERNITE	552 555	535 026	592 545	753 014	794 173	927 001
	PENSIONS	188 915	223 684	252 392	316 602	371 188	401 730
	ALLOCATIONS FAMILIALES	92 593	82 516	87 803	93 601	82 525	100 950
	FONCTIONNEMENT INPS	141 560	166 410	169 476	176 866	192 282	312 757
	AUTRES		107 436	123 388	166 652	300 633	242 678
	TOTAL		975 623	1 115 072	1 225 604	1 506 735	1 740 801
recettes	MALADIES ET MATERNITE	406 990	463 788	517 291	572 859	689 236	698 988
	PENSIONS	508 800	579 187	646 689	716 156	861 644	873 836
	ALLOCATIONS FAMILIALES	152 844	173 699	194 300	215 146	258 414	262 070
	RECETTES POUR LA GESTION	101 806	115 889	129 397	143 297	172 408	174 848
	AUTRES		303 612	338 324	430 892	390 003	558 622
	TOTAL		1 170 440	1 636 175	1 826 001	2 078 350	2 371 705

Source : INPS

Les ressources de la branche maladie ne permettent pas de couvrir les dépenses maladies qui sont de loin les plus importantes au sein du système INPS. De même les coûts de gestion du dispositif ne sont plus couverts par les ressources financières qui y sont affectées. Les autres branches (pensions et allocations familiales) couvrent largement leurs besoins.

GRAPHIQUE 9 : SOLDES DES DIFFERENTES BRANCHES



La branche maladie de l'INPS est en déficit croissant compensé pour l'instant par les réserves disponibles constituées par les cotisations de retraites et celles destinées aux allocations familiales. Le service de gestion lui-même, qui bénéficie sur l'ensemble des cotisations versées d'une attribution spécifique estimée forfaitairement, se trouve aussi en déficit croissant.

4.3.2.3 La branche maladie

Le déficit de la branche maladie va chaque année en se creusant et rien ne peut aujourd'hui laisser espérer une amélioration. Les dépenses liées aux évacuations (transports et indemnités de résidence) accusent notamment une forte croissance mais les dépenses liées aux consommations de médicaments ont presque doublé entre 1998 et 2001

TABLEAU 38 : EVOLUTION DES RECETTES ET DEPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Recettes	406 990	463 788	517 291	572 859	689 236	698 988
Dépenses	552 555	535 026	592 546	753 014	794 173	927 001
Soldes	-145 565	-71 238	-75 255	-180 155	-104 937	-228 013

Source : INPS

GRAPHIQUE 10 : EVOLUTION DES RECETTES ET DEPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

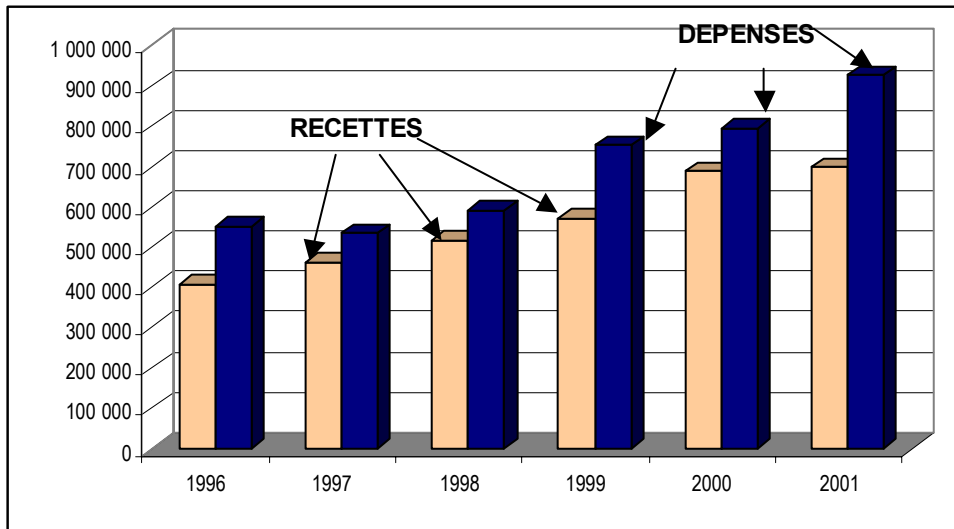
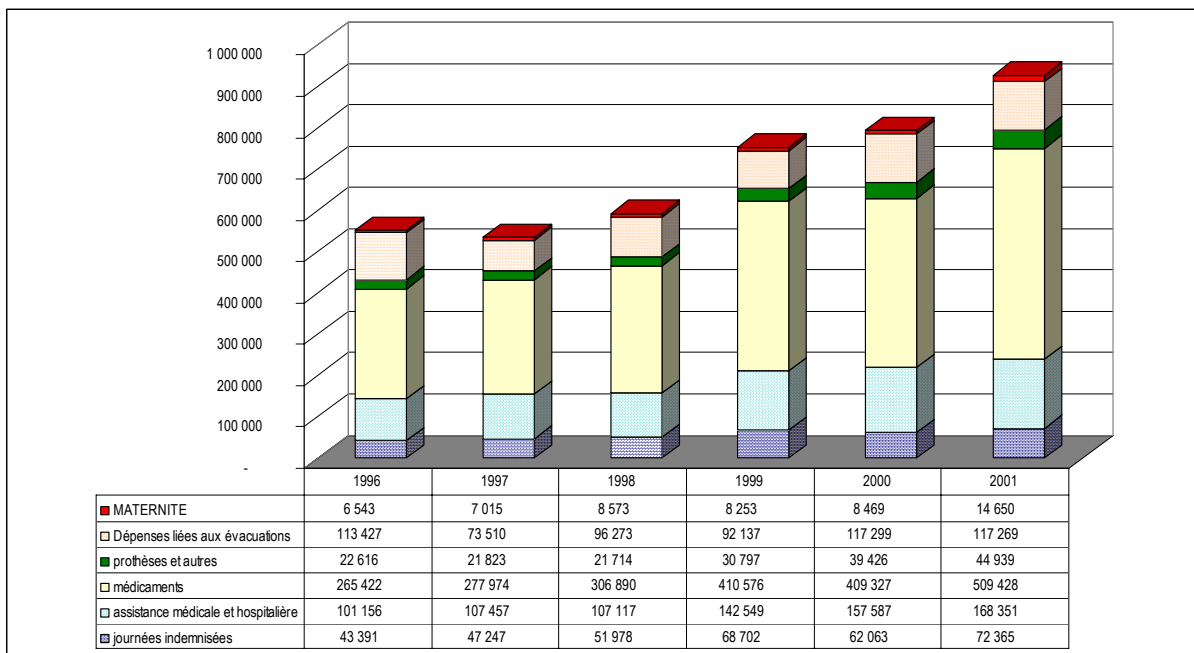


TABLEAU 39 : EVOLUTION ET STRUCTURE DES DEPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

	En 000 ECV	Croissance moyenne	structure en 2001
MALADIES		11.3%	98.4%
Journées indemnisées ⁶⁹		11.6%	7.8%
Assistance médicale et hospitalière ⁷⁰		11.3%	18.2%
Médicaments		14.6%	55.0%
Prothèses et autres		16.0%	4.8%
Dépenses liées aux évacuations ⁷¹		3.8%	12.7%
MATERNITE		20.3%	1.6%
TOTAL		11.4%	100.0%

Source : INPS

GRAPHIQUE 11 : EVOLUTION DES DIFFERENTS POSTES DE DEPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

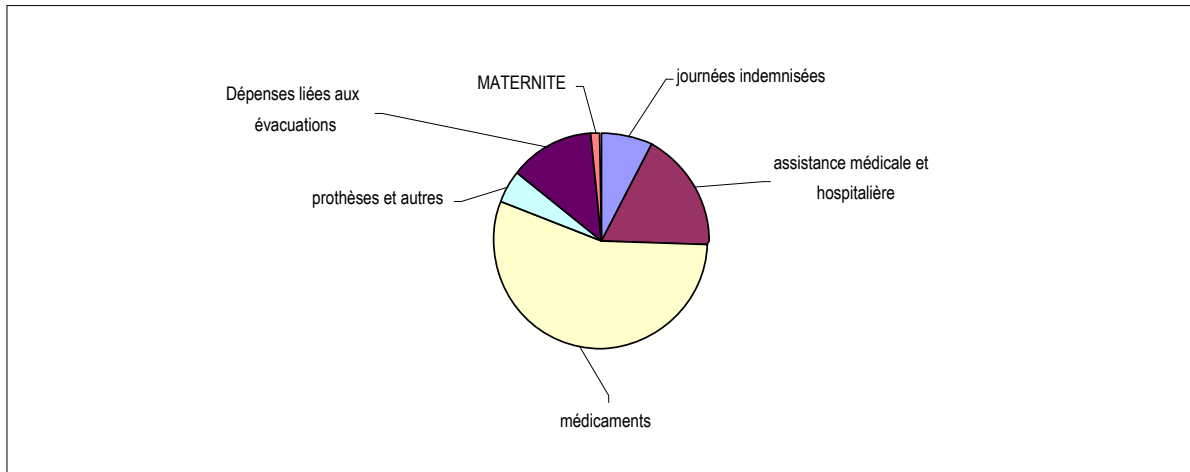


⁶⁹ Paiements des indemnités compensatoires de salaires

⁷⁰ Dont près de 100 millions ECV pour le service public et le reste pour les prestations fournies par le secteur privé (dentisterie, lunettes)

⁷¹ Déplacements et indemnités de séjours

GRAPHIQUE 12 : REPARTITION DES CHARGES DE LA BRANCHE MALADIE EN 2001



La charge de médicaments qui représente la plus grosse part des remboursements (55%) est aussi celle qui croît le plus vite (14.6% par an). De même, les dépenses hospitalières qui sont pour l'essentiel (90%) constituées par la redevance versée à l'Etat⁷², correspondent à près de 20% des coûts et croissent aussi régulièrement de 11.3% par an. Les dépenses liées aux évacuations représentent près de 13% des coûts et même si elles croissent moins vite, elles restent une charge sur laquelle il doit être possible de faire des économies substantielles.

Seul l'INPS rembourse les médicaments à ses ayants droits à hauteur de $\frac{3}{4}$ du prix. En dehors des systèmes publics de santé, tous les autres malades, fonctionnaires ou indigents, doivent payer intégralement s'ils sont contraints de recourir aux officines privées. Les médicaments remis dans les centres de santé sont remis moyennant le règlement d'un ticket modérateur spécifique⁷³ (50 ECV) qui n'a rien à voir avec le coût mais qui ouvre simplement le droit à bénéficier de ce service. Seuls les indigents peuvent prétendre à la délivrance complète des médicaments dont ils ont besoin dans les structures publiques. Tous les autres peuvent recevoir moyennant la redevance du ticket modérateur les médicaments nécessaires dans l'immédiat et administrés par la structure mais ils doivent compléter le traitement avec les médicaments qui leur seront prescrits et qu'ils se procureront dans les pharmacies privées.

La charge de médicaments déborde les possibilités de l'INPS et il apparaît évident qu'elle s'étend au-delà des seuls affiliés (cotisants et ayants droits). La personne ayant droit dispose d'une carte, mais la vérification du droit effectif reste délicate à établir et la fraude est souvent possible ("transferts de droits"). Il semble que nombre de personnes non affiliées à l'INPS s'arrangent pour bénéficier de la prise en charge des médicaments. Cette situation est clairement ressentie par les responsables de l'INPS qui ont organisé en avril-mai 2002 plusieurs séminaires de sensibilisation pour les personnels de santé afin de les inviter à se montrer plus vigilants quant à l'identification des malades faisant l'objet d'une ordonnance mais aussi plus économes quant aux prescriptions en les dirigeant de préférence vers des médicaments génériques moins onéreux.

Les moyens en médicaments des structures publiques sont forcément limités et n'autorisent la distribution gratuite de médicaments qu'aux patients hospitalisés, aux indigents et aux malades chroniques. Les autres malades et notamment les fonctionnaires sont invités à se procurer les médicaments dans des officines privées. L'inégalité de situation est durement ressentie par les fonctionnaires qui versent sur leur salaire brut la

⁷² Jusqu'en 2000 et depuis la création de l'INPS le versement mensuel à l'Etat était de l'ordre de 5 millions d'ECV par mois. Depuis la redevance est proche de 8 millions, 5 sont versés directement au Trésor, et 3 sont réservés aux hôpitaux.

⁷³ Excepté les malades chronique qui suivent un traitement constant.

même part (8%) que leurs collègues du secteur privé. Cette retenue reste dans la trésorerie de l'Etat mais ne constitue pas une réserve distincte. A plus forte raison, la cote part employeur qui correspondrait aux versements effectués par les entreprises privées au titre de l'affiliation de leurs personnels à l'INPS, n'est pas non plus réservée dans un compte distinct. Néanmoins, les fonctionnaires bénéficient de la possibilité, lors de leur déclaration fiscale de fin d'année, de déduire le coût des médicaments achetés de l'assiette des revenus déclarés. Le gain d'impôt obtenu est loin de compenser les 75% du prix des médicaments qui ne leur sont pas remboursés.

Pour contrôler la délivrance de médicaments et limiter les abus, l'INPS a mis en place un système d'étiquetage des médicaments qui permet de faire apparaître le coût total, la part prise en charge par l'INPS et la part payée par le malade. Ces vignettes servent de justificatifs aux remboursements demandés par les pharmacies à l'INPS et de moyen de contrôle des bénéficiaires effectifs. Dès la mise en place du système, en 2000, on a pu assister à une stabilisation de la charge en médicaments pour l'INPS. Depuis, la croissance des coûts a repris ce qui semble indiquer que les consommateurs ont compris le moyen d'éviter les éventuels contrôles de l'INPS. Ce comportement est répréhensif mais tout à fait compréhensif. Les salariés lésés (fonctionnaires) trouvent ainsi le moyen de rentrer dans leurs droits si l'on estime que ceux-ci doivent être comparables à ceux du secteur privé.

4.3.3. LES AUTRES SYSTEMES D'ASSURANCES

Deux compagnies d'assurances, IMPAR et GARANTIA, prennent en charge les risques accidents du travail et maladies professionnelles. Ces régimes d'assurances sont largement bénéficiaires parce que les accidents déclarés restent limités et que les personnes affectées par une maladie professionnelle préfèrent bénéficier du régime INPS et ne déclarent pas les affections d'origine professionnelles comme telles.

La Banque du Cap Vert maintient depuis l'époque coloniale un système propre de couverture médicale pour son personnel, de même que "Banco Comercial do Atlântico" depuis son détachement de la Banque du Cap Vert. Une retenue sur salaire de 2% vient s'ajouter à un versement de 6% effectué par la Banque pour constituer un fonds social. Celui-ci est surtout destiné au préfinancement des évacuations sanitaires demandées par les malades qui sont ensuite censés rembourser. La banque prend en charge à hauteur de 75% les frais médicaux (médicaments soins, analyses) hors hôpital et à 100% les frais de l'Hôpital. Les prothèses sont aussi en grande partie remboursées sur la base d'un barème. Outre les employés, sont aussi couverts le conjoint, les enfants (moins de 18 ans ou moins de 25 ans pour les étudiants) et les ascendants vivants sous le même toit. La charge pour la banque est très élevée, elle représente 30 % des salaires versés. La banque a déjà envisagé le rattachement de ses personnels à l'INPS, bien que les salariés ne souhaitent pas perdre leurs privilèges.

Les professions libérales, les paysans, les travailleurs indépendants n'ont pas véritablement de possibilités de recourir à une couverture sociale, l'INPS n'a pas de régimes correspondants. Théoriquement, dans les structures publiques de soins, ces personnes doivent payer le plein tarif. La cotisation volontaire à un système d'assurance n'est pas prévue. Néanmoins, la plupart des personnes dans ce cas ne paient que le ticket modérateur, les services de santé ne pratiquent souvent pas d'autres tarifs et, de toutes façons, ne refusent jamais les soins.

L'enquête Budget Consommation en cours permettra de savoir la part des revenus consacrée aux dépenses de santé et quelle est la nature de ces dépenses (médicaments, frais d'accès dans les structures ou même recours à un service privé).

5. ADEQUATION DES DEPENSES PUBLIQUES ET DE LA POLITIQUE DE SANTE

5.1. POLITIQUE POURSUIVIE CES DERNIERES ANNEES

La couverture sanitaire de la population a été jusqu'à maintenant une des principales préoccupations des responsables de la santé. Il s'est agi tout d'abord de doter le pays d'infrastructures de santé proches des populations et de les doter d'agents de santé, d'infirmiers ou de médecins et de médicaments.

La couverture vaccinale a été aussi une priorité à laquelle les bailleurs de fonds ont participé. Les bailleurs de fonds ont aussi beaucoup contribué au programme d'investissement quand il s'est agi de fournir des infrastructures et des équipements. L'Etat capverdien a préservé le principe de gratuité des soins et s'est efforcé de répondre aux demandes de financement émanant de toutes les structures en place (charges récurrentes). Le dispositif de santé en place a fait l'objet de réflexion et la carte sanitaire du pays a pu être dressée. Il s'agit, bien sûr d'une première étape avant de repenser éventuellement le fonctionnement du système et de réaménager son financement. L'organigramme du Ministère est resté inchangé et la répartition du pays en districts de santé est aussi resté le même, mais il faut reconnaître que la géographie de l'archipel n'offre pas une infinité de possibilités.

L'aménagement du dispositif sous forme d'une pyramide de soins allant de l'Unité de santé de base à l'hôpital de référence demeure aussi le cadre le plus adapté. Mais il y a encore loin de la théorie à la pratique. En matière de santé chacun se sent autorisé à exiger le maximum et préfère souvent s'adresser au plus haut de la pyramide, d'autant qu'il ne lui en coûte pas davantage. Dans les districts isolés, le recours au niveau primaire reste forcément la règle, mais dans les grandes agglomérations qui disposent de plusieurs structures et surtout dans celles qui disposent d'un hôpital central, les patients ont tendance à s'orienter vers des consultations normales ou d'urgence auprès de l'hôpital.

Au Cap Vert, malgré la gratuité des soins et la prise en charge du dispositif de santé par le service public, il reste difficile de faire respecter une règle simple d'accès des malades au bas de la pyramide et d'adressage ensuite dans des structures plus spécialisées ou dotées d'équipements. Les missions des centres de santé et celles des Hôpitaux régionaux sont difficiles à distinguer. La construction récente de centres de santé conséquents (20 lits par centre) (Ribeira Brava, Tarrafal SN⁷⁴ ou Santa Cruz par exemple), même si ce choix correspond à des besoins identifiés est loin de lever cette ambiguïté. La discipline d'accès sera difficile à faire respecter tant que les missions des différentes structures n'auront pas été clairement précisées expliquées et comprises des populations.

Enfin, la politique de santé consiste aussi en grands programmes de santé souvent initiés par les bailleurs de fonds. Elle s'articule autour de cinq grands axes de projets qui structurent le programme d'investissements (Cf. § 2.1.2 Les grands programmes en cours)

Cependant le deuxième axe : structures de santé, dans sa composante construction absorbe l'essentiel des efforts (80% en 2001). Les autres programmes recueillent quelques financements traditionnels mais ne constituent plus à proprement parler une priorité de financement excepté peut être la santé de la mère et de l'enfant. En ce sens, la politique de la santé telle qu'envisagée est singulièrement déséquilibrée dans ses financements.

Néanmoins, l'objectif de couverture sanitaire est en bonne voie d'aboutissement quant à son existence physique. Le problème peut éventuellement se poser quand il s'agit d'assurer l'opérationnalité permanente de ses équipements (charges récurrentes). Sans doute l'Etat s'efforce de maintenir et d'accroître le budget à disposition de la santé, mais on s'aperçoit surtout qu'en dehors des ressources humaines affectées et des médica-

⁷⁴ Capacité de 20 lits par centre)

ments distribués (ce qui est déjà considérable) l'efficacité tient pour beaucoup aux recettes propres qui sont très loin d'être organisées sur le plan national et dont la gestion informelle présente des risques certains. Les efforts d'organisation de la pyramide de santé et d'aménagement des financements n'ont pas suivi les efforts d'équipement. L'infrastructure sanitaire a pu être complétée mais son efficacité peut être encore grandement améliorée.

La couverture vaccinale est satisfaisante surtout si l'on se réfère aux autres pays de la sous région, mais elle s'est dégradée sensiblement ces dernières années du fait des difficultés logistiques liées aux disponibilités financières (Cf. § les centres de santé reproductives).

Cette situation est révélée par les indicateurs sanitaires mais se trouve fortement corroborer par l'analyse des financements publics. Jusqu'alors, les bailleurs de fonds (UNICEF notamment) prenaient en charge, le coût des vaccins et la logistique de vaccination. Maintenant, la charge incombe de plus en plus au budget de fonctionnement qui ne dégage pas en suffisance les moyens nécessaires (bens duraduros). En effet, l'essentiel du budget de fonctionnement est dirigé pour assurer les salaires des personnels et vers les structures centrales. Les moyens disponibles ne permettent pas de mieux doter les structures périphériques qui ont la charge d'assurer la logistique de vaccination. Leurs besoins même exprimés lors des exercices de programmation sont rarement pris en considération⁷⁵.

Dans l'ensemble la situation sanitaire du Cap vert est plutôt satisfaisante⁷⁶, mais les fragilités relevées ces dernières années à travers les principaux indicateurs démographiques, sanitaires et épidémiologiques sont quand même inquiétants. Les études faites sur les stratégies de santé⁷⁷ sont aussi assez révélatrices des risques. Elles soulignent la sous-utilisation de certaines structures périphériques, due au non respect de la discipline d'accès mais aussi peut être à l'insuffisance d'équipements ou de qualification des personnels affectés. Néanmoins, l'implantation éventuelle de nouvelles structures périphériques suppose que ce préalable soit éclairci et levé.

Mais surtout, alors que depuis plusieurs années, nombre d'observateurs soulignent l'urgence de la restructuration des financements et l'aménagement urgent de systèmes d'assurances opérationnels, rien ne semble avoir été fait en la matière. La présente étude relève à nouveau le risque considérable qui pèse aujourd'hui sur le fonctionnement du système de santé et s'étonne que des dispositions ne soient pas prises pour y remédier ou pour freiner la dégradation de la situation qu'il n'est plus possible de dissimuler.

Mais il faut retenir que le système de santé et son système de financement tels qu'ils ont fonctionné jusqu'à aujourd'hui ont permis de doter le pays d'une couverture sanitaire qui n'a pas son équivalent dans la sous région et a permis d'atteindre des indicateurs épidémiologiques tout à fait satisfaisants tout en préservant la gratuité des soins. Avant de s'engager dans de nouvelles propositions d'organisation et surtout avant de renoncer au principe de gratuité encore en vigueur, il faut garder présent à l'esprit que ce système de santé et son mode de financement ont permis les résultats que nous connaissons aujourd'hui. Avant d'abandonner ce cadre, il faut donc être bien convaincu de son inadaptation aux conditions d'exercice de la médecine aujourd'hui et prendre toutes les garanties nécessaires pour que les nouveaux aménagements préservent les acquis qualitatifs et s'assurer de leur capacité à pouvoir répondre aux besoins tels qu'ils se présentent maintenant.

⁷⁵ Jusqu'à ces dernières années, l'exercice de programmation restait fictif, et les services s'en accommodaient puisqu'ils pouvaient toujours espérer infléchir les affectations budgétaires à l'occasion des fréquentes révisions budgétaires.

⁷⁶ Cf. Annexe 1

⁷⁷ Etude stratégique de la santé au Cap Vert Pit Reitmeier ; PNLS

Pour les observateurs avertis et concernés, aucun doute, le système de financement en cours ne peut plus répondre aux besoins d'un système de santé moderne et efficace. La contribution des populations doit nécessairement être envisagée dans un très proche avenir.

5.2. POLITIQUE ENVISAGÉE POUR LE PROCHAIN PLAN DE DEVELOPPEMENT

La stratégie envisagée pour les prochaines années part fort justement du constat d'insuffisance d'efficacité des services de santé.⁷⁸

Malgré l'augmentation des personnels de santé mis à disposition et malgré leur plus grande qualification et le développement des structures d'accueil, force est de constater que la situation sanitaire se dégrade : l'émergence des épidémies de choléra et de poliomyélite, l'accroissement de la tuberculose en attestent. L'abandon de certains programmes de santé peut aussi l'expliquer.

"The resurgence in recent years of diseases such as cholera, measles, whooping cough and poliomyelitis are cause for great concern and point up the vulnerability of achievements made."⁷⁹

Le gouvernement reconnaît que le développement des infrastructures de santé n'a pas toujours répondu à un plan rationnel ni n'a pas été adapté aux réalités locales. Il a contribué de ce fait à déstructurer la logique de fonctionnement du système et à perturber la discipline d'accès pour les malades.

Le gouvernement souhaite s'aligner sur le concept de santé tel qu'il est défini par l'OMS⁸⁰ et s'organise pour relever les défis à venir :

- ⇒ Eviter la désarticulation entre les différents niveaux de la pyramide de santé et mieux informer et orienter les patients ;
- ⇒ Mieux intégrer les ressources humaines souvent issues de cursus de formation très différents (Russie, Cuba, Portugal, Brésil) et promouvoir une politique de développement des compétences plus homogène et plus conforme aux besoins ;
- ⇒ Impliquer les professionnels de santé dans la gestion du système et les responsabiliser quant à son efficacité ;
- ⇒ Dégager les hôpitaux centraux des soins primaires qui encombrant le fonctionnement de leurs services ;
- ⇒ Discipliner le recours aux évacuations sanitaires coûteuses et pas toujours justifiées ;
- ⇒ Organiser la dispense de soins différenciés dans les structures de santé.
- ⇒ Préciser les places respectives des secteurs public et privé ;
- ⇒ Accélérer la mise en œuvre du dispositif de santé à Praia, jugé urgent et ayant déjà fait l'objet de plusieurs études (Cf. programme Union Européenne) ;
- ⇒ Réformer le système de santé pour plus d'efficacité et plus précisément :
- ⇒ Promouvoir l'équité quant à l'accès aux soins par la définition de services minimum adaptés aux conditions du pays ;
- ⇒ Améliorer l'efficacité du système (fonctionnement de la pyramide) et garantir la qualité à tous les niveaux ;

⁷⁸ Ce qui suit est directement inspiré du PROGRAMA DO GOVERNO PARA VI LEGISLATURA - 2001-2005 - CHEFIA DO GOVERNO - 1er décembre 2001.

⁷⁹ Poverty Reduction Strategy Paper - Banque Mondiale - 1 février 2002

⁸⁰ Un état de bien-être physique et social et non seulement l'absence de maladies.

- ⇒ Assurer l'articulation opérationnelle du système entre ses composantes et avec les services extérieurs impliqués (CNDS, Assistance technique extérieure, Education) ;
- ⇒ Humaniser les services de santé et responsabiliser les populations comme étant des agents de leur développement ;
- ⇒ Garantir la pérennité du système en améliorant son efficacité et sa « rentabilité ». Définir un système de financement qui permette de sauvegarder l'essentiel, à savoir, l'accès des couches de la population les plus défavorisées à tous les services médicaux ;
- ⇒ Améliorer la gestion des ressources, responsabiliser davantage les services décentralisés en leur accordant plus d'autonomie.

Ces objectifs nombreux et ambitieux supposent nécessairement la réorganisation des services et l'amélioration des capacités de gestion. Le gouvernement envisage maintenant de prendre les mesures suivantes :

- ⇒ la formulation d'un document de politique nationale ;
- ⇒ une réorientation claire et précise du système autour de professionnels de santé impliqués ;
- ⇒ la clarification des missions de chaque niveau ;
- ⇒ la réforme du statut des hôpitaux centraux ;
- ⇒ la promotion de la qualité des soins à tous les niveaux de la pyramide ;
- ⇒ la définition des organigrammes des différentes structures ;
- ⇒ la réhabilitation et l'adaptation des grands programmes de santé publique ;
- ⇒ l'implantation d'instruments de gestion des ressources humaines ;
- ⇒ l'adaptation du financement du système en garantissant la justice sociale ;
- ⇒ le développement des activités de recherche ;
- ⇒ la promotion d'une politique sécurisée de production et de distribution des médicaments ;
- ⇒ la maintenance locale des équipements hospitaliers ;
- ⇒ l'adaptation des soins et de la prévention aux conditions épidémiologiques ;
- ⇒ la réglementation du secteur privé pour qu'il trouve sa place et complète efficacement les services du système public.

Le gouvernement entend conduire cette politique en collaboration avec les professionnels de santé, avec les institutions civiles ou religieuses impliquées dans les services de santé au Cap vert et plus largement avec toute la société civile bénéficiaire.

Ces constats sont courageux et pertinents mais la situation aujourd'hui engage à faire des choix. A défaut de propositions plus concrètes matérialisées par des mesures précises et par la mise à disposition éventuelle de moyens (financiers ou humains) autour de programmes concrets et réalistes, les objectifs poursuivis risquent demeurer des vœux pieux.

Si la réforme du financement est bien mentionnée, elle ne reçoit pas à notre avis la priorité qu'elle devrait avoir. Elle n'est pas non plus considérée dans sa dimension réelle qui devra nécessairement bouleverser les habitudes capverdiennes et sans doute heurter des idées solidement ancrées mais parfaitement obsolètes et inadaptées à l'offre de services de santé aujourd'hui.

A notre sens, le financement est le moyen privilégié qui permet et autorise toutes les autres réformes envisagées. Si, jusqu'à aujourd'hui, il n'a reçu aucune considération parce

qu'il relevait du service public et n'intéressait pas les citoyens ou les professionnels de la santé, il n'en demeure pas moins le moyen d'aboutir dans toutes les dispositions envisagées. L'absence d'intérêt porté aux dispositions financières et à la rentabilité des services de santé a masqué son rôle et son importance mais ne lui a pas enlevé son pouvoir.

Le programme à venir évoque la gestion dans des termes génériques justes (instruments de gestion, gestion des ressources) mais ne mentionne pas la nécessité de faire la transparence sur les coûts de santé, préalable fondamental pour engager une réforme des financements efficace. Sans doute, dans un pays acquis au principe de gratuité et à la notion fondamentale de service public, la notion de rentabilité peut avoir quelque chose de choquant mais elle ne doit pas être évoquée pour dégager du profit mais pour dégager des économies dans l'intérêt de la collectivité toute entière.

Le programme envisagé prend en compte le constat fait sur les indicateurs de santé (carte sanitaire et capacités d'accueil, ressources humaines et efficacité du service) pour élaborer de nouvelles propositions politiques, mais il élude encore le dénominateur commun à cette crise : le financement et la rationalité de la gestion. En effet, on ne dispose pas encore d'indicateurs financiers qui permettraient de juger de l'adéquation des moyens mis en œuvre avec les besoins. Le financement reste opaque au sein de la sphère publique et les quelques aménagements prévus pour renflouer le système de santé sur la base d'appoints forfaitaires (INPS ou ticket modérateur, même s'il n'a pas été conçu pour ça) ne permettent pas de mesurer les besoins, ni là où ils se situent précisément. L'absence d'estimation de coûts des interventions médicales ne permet pas non plus de comprendre les dépenses ou de les justifier. Mais ce n'est pas parce que l'on manque d'indicateurs sur la situation financière qu'elle n'est pas en crise profonde.

Le principe de gratuité des soins qui prévaut dans le pays est revendiqué comme une évidence. Patients et personnels de santé s'entendent pour que tous puissent en bénéficier. Pourtant, les difficultés de fonctionnement des structures de santé (logistique, insuffisance de moyens et de médicaments) révèlent les limites du financement public. L'État n'est pas en mesure même de prendre en charge ses fonctionnaires au-delà de ce que peut leur offrir le système public de santé, la branche maladie de l'INPS est exsangue. Néanmoins, toutes les personnes consultantes : fonctionnaires, salariés et autres cherchent toujours à bénéficier de la gratuité et s'ils sont amenés à frauder, la complicité de l'administration leur est acquise (certificats d'indigence délivrés avec beaucoup de complaisance). L'insuffisance de contrôles pour l'accès aux soins se prête aussi aux détournements de droits⁸¹. Cette situation limite considérablement les possibilités de développement d'une médecine privée qui ne peut offrir de services qu'aux personnes en mesure de payer des tarifs qui paraissent aujourd'hui exorbitants (2 000 ECV par consultation) en regard du ticket modérateur auquel tout le monde est habitué, mais qui sont comparables aux pratiques tarifaires en cours dans d'autres pays.

Un secteur médical privé a sa place au Cap Vert. Il compléterait l'offre publique de soins, notamment dans les spécialités médicales et auprès de personnes susceptibles de cotiser pour une sécurité sociale convenable. Le service public se trouverait déchargé de missions spécialisées qui coûtent cher même si elles sont réservées à quelques cas, et pourrait se consacrer aux soins de base utiles au plus grand nombre. Les tarifs pour le secteur public comme pour le secteur privé seraient établis en fonction des coûts réels. Les populations seraient amenées à cotiser à un système d'assurance pour couvrir leurs frais médicaux et les personnes économiquement faibles pourraient bénéficier d'une prise en charge sur fonds publics octroyés. Les deux systèmes, publics et privés, offriraient un plus large éventail de soins, et accueilleraient dans de bien meilleures conditions beaucoup plus de malades.

⁸¹ A l'INPS, l'utilisation d'un droit d'affilié pour une autre personne non couverture est pudiquement qualifiée de "Transport de droits".

Beaucoup s'entendent aujourd'hui pour préserver le principe de gratuité totale, mais combien seraient-ils s'ils connaissaient les risques auxquels le système de santé est exposé ? Risques qui commencent à se traduire par une baisse de la qualité du service.

6. RECOMMANDATIONS

La revue des dépenses publiques de santé conduit logiquement à deux classes de recommandations. Tout d'abord concernant le fonctionnement et l'efficacité du secteur de santé publique dans son ensemble. Ensuite concernant plus généralement la mise en œuvre des dépenses publiques.

6.1. CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT ET LE FINANCEMENT DU SECTEUR SANTE

6.1.1. MISE EN PERSPECTIVE DE LA PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT DE LA SANTE

Nombre des informations utiles pour conduire la revue des dépenses publiques de santé n'ont pu être fournies et n'existent pas⁸². Tout simplement parce que le financement de la santé et des services publics en général est resté opaque. Tout simplement aussi parce que personne ne s'est soucié jusqu'alors des coûts. Les services de santé sont analysés en regard de leurs résultats exprimés en termes d'indicateurs relatifs à l'état de la population, ce qui est légitime mais n'est sans doute pas suffisant.

En effet, alors que les résultats des activités économiques en général sont évalués en fonction des moyens mis en œuvre et en termes de rentabilité ou d'efficacité, ceux de la santé (et ceux d'autres services publics traditionnels) sont estimés seulement en rapport aux résultats attendus ou en regard des situations connues dans d'autres pays comparables. Les charges sont quant à elles exprimées en regard de leur importance dans l'économie et dans le budget de l'Etat. D'un côté les résultats des services de santé sont comparés à des normes internationales. D'un autre côté, les coûts sont appréciés en fonction des efforts de la collectivité pour les assumer (part du budget national affectée) et en fonction encore de normes internationales. Mais rarement, contrairement à ce qui se passe pour les autres activités, les résultats ne sont mis en parallèle avec les coûts réellement engagés et considérés dans leur valeur absolue.

Coûts et rentabilités ne semblent pas devoir être considérés distinctement. Pourtant si la motivation des professionnels de santé et de tous les opérateurs qui travaillent dans la santé ne peut être le profit, il n'en demeure pas moins qu'ils doivent eux aussi gérer sagement leur profession sinon ils courent le risque de voir périliter leur mission.

Non seulement les résultats au niveau de la santé sont plus directement fonction des coûts engagés et des actions entreprises que de la part de l'effort public mais aussi, leur amélioration dépendra encore plus sûrement de l'organisation des services qui les rendent possible et des moyens qu'ils mettront en œuvre. Sans doute si l'effort budgétaire mesuré en part du PIB est augmenté, on peut s'attendre à une amélioration des résultats du service. Mais il paraît quand même plus judicieux de se soucier directement des coûts engagés, des moyens mis en œuvre et de mesurer ensuite leur impact.

Dans nombre de pays où la part du budget consacrée à la santé est incontestablement trop faible (5% et moins), on peut toujours s'en tenir à un objectif d'augmentation des ressources affectées. Il en va bien autrement au Cap Vert, où les ressources affectées sont déjà très conséquentes, et où leur augmentation ne semble pas apporter tous les résultats escomptés. Logiquement l'efficacité des services de santé est indéniable mais elle semble plafonner et l'augmentation des moyens publics mis à disposition ne semble pas apporter de réponse satisfaisante. Les pouvoirs publics ne pourront pas toujours augmenter les ressources pour les services de santé. Mais surtout on est en droit de s'interroger sur la baisse de l'efficacité des services malgré justement la place importante qui leur est faite dans le budget.

⁸² Toutes les informations concernant la répartition de la charge salariale, concernant la répartition des coûts au niveau des infrastructures périphériques.

Dans les activités économiques privées, la concurrence et le marché sanctionnent les baisses d'efficacité. Dans les services publics, la gestion publique protège. Dans le secteur privé, les responsables ne tardent pas à faire une analyse critique de la gestion. Dans le secteur public, le constat est plus lent et l'analyse de gestion critique plus difficile à engager (tabou de la rentabilité). Mais l'objectif est ici d'améliorer la gestion pour donner plus d'efficacité au service. Et cette amélioration ne peut être faite sans une bonne connaissance des coûts et des services. Et ceux-ci ne peuvent être connus qu'en rapprochant les données relatives à ces deux séries de paramètres.

Au Cap Vert, les informations connues portent sur les coûts totaux mais sont souvent indifférenciées quant aux services rendus. Les coûts d'intervention n'ont pas encore été estimés, mais on ne saurait pourtant dire que l'effort national est insuffisant en regard de ce que l'on observe par ailleurs. Il faut sans doute chercher ailleurs la cause.

La délivrance de soins est fonction d'une demande qui n'est pas filtrée (bien que le ticket modérateur introduise quand même une limitation d'accès) ni canalisée parce qu'elle n'a pas de prix. Les services peuvent se trouver encombrer et ne sont pas en mesure toujours de hiérarchiser les demandes et les moyens qu'ils utiliseront pour y répondre. Contrairement au fonctionnement du secteur privé, le prix n'est pas ici un arbitre. De même, les patients peuvent se montrer exigeants sans s'engager en proportion puisqu'ils s'acquitteront toujours du même tarif. La demande n'a en réalité que peu de contraintes et pourtant l'offre devient de plus en plus infinie (y compris pour les personnes biens portantes).

Le seul moyen aujourd'hui de limiter cet emballement de la demande est de solliciter la participation des patients. Ils seront amenés à recourir à des systèmes d'assurance pour répartir entre eux les coûts (principe de solidarité) et pour prévenir dans le temps les coûts de santé qu'ils pourront avoir à assumer (principe de précaution). L'Etat ne doit pas se désengager de sa mission de service public, mais il doit dorénavant définir les types de services de santé auxquels elle s'applique et proposer d'autres services payants en collaboration ou en concurrence avec le secteur privé.

Pour parvenir à cet aménagement, il faudra nécessairement conduire une analyse des coûts des services de santé et recourir à des systèmes de gestion normalisés susceptibles de dégager des comptabilités analytiques seules à même de produire des indicateurs de coûts réalistes. Les gestionnaires des hôpitaux centraux sont aussi parvenus à cette conclusion de même que nombre de délégués de santé qui gèrent au quotidien leurs services. Les médecins hospitaliers qui tentent aujourd'hui une expérience d'exercice privé ont eux aussi fait ce constat. Toutes les personnes impliquées directement dans la gestion directe et quotidienne des services de santé arrivent nécessairement à cette conclusion. Les gestionnaires des finances publiques sont quant à eux moins concernés, ils s'attachent à respecter leur mission, éventuellement ils déplorent l'insuffisance de moyens et essaient d'améliorer leur dotation budgétaire mais ils ne sauraient avoir la même vision du fonctionnement des services (sauf quand ils sont eux mêmes demandeurs de services de santé).

6.1.2. RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Le Ministère de la Santé fonctionne très indépendamment du reste de l'administration et développe des routines de gestion spécifiques⁸³ sans tenir compte des exigences de la comptabilité publique ou des besoins des services pour le pilotage financier de ses missions. Même si la santé n'est pas un service commandé par des critères de rentabilité, il est quand même nécessaire de connaître les coûts et d'assurer la transparence des financements et des dépenses. Le fonctionnement économique du dispositif de santé au-

⁸³ *Cahiers recettes-dépenses, Suivi d'une nomenclature budgétaire dépassée, Comptabilités spécifiques dans chacun des hôpitaux.*

quel tout le monde aspire suppose ce préalable. Les quelques recommandations rappelées ci-dessous visent à mieux connaître les coûts de santé publique.

Discipline comptable dans les structures périphériques, discipline tarifaire, et adoption d'une nomenclature commune à tous les services de santé pour classer les recettes et les dépenses. Cette condition pourra permettre de faire une analyse de coûts opérationnelle à l'échelle du pays. Dans l'immédiat, une analyse de coûts ne peut être conduite qu'un niveau de chacune des structures et encore les structures ne disposent pas de tous les paramètres : salaires des personnels affectés, charges d'amortissement des équipements.

Définition d'une nomenclature pour les actes médicaux et pour les types de consultation. Définition en parallèle des conditions standard de chacune des prestations : examens effectués, soins dispensés, délais d'attente,...

Elaboration d'un cadre référentiel pouvant servir de matrice commune pour les rapports annuels des différents services de santé. Il est important que les informations fournies par les délégations de santé et par toutes les structures périphériques puissent être comparées et agrégées. L'utilisation d'une nomenclature des actes et des informations statistiques pertinentes, l'adoption d'un plan de présentation des rapports devraient faciliter grandement les missions de gestion, suivi et évaluation du Ministère de la santé. Actuellement, il existe nombre de rapports périodiques qui s'appuient sur des informations statistiques constituées par les responsables au gré de leurs préoccupations. Ces données ne sont souvent pas comparables entre les différentes structures périphériques (excepté celles concernant, le nombre de lits ou le nombre de consultations) et ne sont pas non plus suivies d'une année sur l'autre pour constituer même une série temporelle par structure observée. Le résultat est paradoxal. En apparence, une grande quantité d'informations est produite et diffusée, mais trop spécifiques ces informations sont souvent inutilisables et restent archivées sans être consultées. Chaque année et régulièrement, les services du ministère de la santé doivent pouvoir faire le point sur le fonctionnement des services, les difficultés rencontrées, leur impact et leur efficacité. Ce travail de suivi diagnostic ne peut être utilement conduit que si les informations communiquées répondent à certains critères préalablement définis en fonction des besoins du Ministère. C'est pourquoi partant des besoins d'informations pertinentes au niveau central il est possible de déduire données pratiques utiles au niveau des structures périphériques et il est souhaitable de pouvoir les exiger à période régulière des responsables.

Redéfinir des normes statistiques applicables par tous comme c'est déjà le cas pour les normes épidémiologiques. Aujourd'hui beaucoup de chiffres existent, nombre de rapports ne sont constitués que de tableaux, mais chacun semble observer ce qui lui paraît le plus important ou le plus facile. A défaut d'être comparables ces données statistiques restent inutilisables en dehors des services qui les produisent. Il n'est que de comparer les rapports de chacun des deux hôpitaux centraux pour se rendre compte de l'impossibilité devant laquelle on se trouve de faire une analyse comparative pratique. Il en est de même des rapports annuels et même semestriels produits par toutes les structures de santé et rassemblés au niveau du Ministère via les délégations.

Etablir un tableau de bord de suivi annuel de la carte sanitaire et de toutes les infrastructures sanitaires et de leurs équipements.

Organiser la pratique de la médecine privée et ne pas la placer systématiquement en situation de concurrence insupportable. Ceux qui peuvent y prétendre aujourd'hui sont ceux qui ont les moyens financiers pour éviter les longues files d'attente dans le service public. La médecine privée compléterait utilement le dispositif pour répondre aux attentes des patients quelles qu'elles soient, et donnerait au service public plus de latitude pour assumer sa mission de service public, débarrassé qu'il serait de l'engorgement permanent de ses salles d'attente. Les coûts de cette médecine pourrait aussi être mutualisés à travers un système d'assurances volontaire ou obligatoire (type INPS)

Inventaire des arriérés liés au fonctionnement des services de santé, là où ils se trouvent logés : soit les factures en suspens chez les fournisseurs (EMPROFAC et INPHARMA), soit les impayés du Trésor ou les retards de liquidation en attente à la comptabilité publique, soit encore les retards d'engagement en souffrance chez les gestionnaires (DSA ou direction administrative des hôpitaux) tolérés par les fournisseurs même après livraison.

Elaboration d'un projet pour l'instauration d'une contribution des populations en remplacement du ticket modérateur avec un barème nettement différencié selon les prestations.

6.1.3. RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE SUIVI

Contrairement à nombre de recommandations faites dans d'autres pays en développement, le taux des dépenses santé dans le budget national ne saurait constituer un indicateur pertinent puisqu'il a déjà atteint un niveau appréciable⁸⁴ et les augmentations consenties ces dernières années n'ont pas apporté d'améliorations significatives. Par ailleurs, les caractéristiques sanitaires de la population sont satisfaisantes⁸⁵ mais quelquefois fort différentes de ce que l'on rencontre habituellement dans les pays en développement (absence de paludisme chronique, présence de maladies cardio-vasculaires,...), leur observation doit continuer, d'autant que les fléchissements observés traduisent justement une baisse d'efficacité du système de santé, mais elles ne sauraient constituer un objectif à atteindre.

6.1.3.1 Suivi et transparence des financements

Au Cap Vert, l'observation doit maintenant porter là où le système montre des faiblesses qui altèrent son efficacité, il s'agit du système de financement. Le dispositif de santé au Cap Vert ne pourra enrayer la crise actuelle et atteindre de nouveaux objectifs que s'il réforme fondamentalement son système de financement et que s'il engage la contribution directe ou indirecte (système d'assurances) des populations. A défaut d'engager les réformes nécessaires, non seulement il ne pourra pas avancer de façon déterminante, mais il risque voir les efforts faits ruinés par une baisse d'efficacité de la couverture sanitaire.

La première disposition consistera en l'adoption de systèmes comptables dans les structures de santé principales (HC et HR, voire délégations) et à l'adoption de systèmes simplifiés dans les autres structures périphériques. Auparavant, une nomenclature des actes médicaux et des dépenses doit être arrêtée et adoptée par tous les services de santé publique au Cap Vert. Les dispositions allant en ce sens devraient constituer un premier indicateur concret.

Le système comptable retenu devra être en mesure de dégager une comptabilité analytique susceptible de fournir des indications précises de coûts des principaux actes médicaux. L'intérêt que l'administration accordera aux dispositions visant à la transparence des coûts traduira son engagement pour une révision efficace du système de financement.

Enfin, en collaboration avec les systèmes d'assurances (INPS, IMPAR, GARANTIA), une étude pour une couverture sociale englobant si possible tous les actifs (fonctionnaires, salariés du secteur privé, entrepreneurs et commerçants, agriculteurs) devra être entreprise⁸⁶.

Le principe d'une contribution plus substantielle des populations devra nécessairement être abordé tout prochainement.

⁸⁴ Précisons cependant que les instances sanitaires internationales ont maintenant tendance à préconiser pour les pays en développement une part budgétaire (budget de fonctionnement) pour les dépenses de santé de 15%.

⁸⁵ Cf. Annexe 1

⁸⁶ "Propostas ao Governo sobre a reforma do sistema de Protecção Social" - BIT Genève - 2000

6.1.3.2 Dispositif de pilotage et de suivi au sein du GEP Santé

Mais d'ores et déjà au niveau de l'administration centrale (Ministère de la Santé) il faut prévoir la mise en place d'un système de pilotage de la politique de santé doté d'un instrument pertinent de suivi des dépenses budgétaire et d'investissement. Il s'agira dans le prolongement de la présente revue des dépenses publiques de poursuivre la tenue d'un tableau de bord des financements en cours sous forme par exemple de bases de données simples sur un tableur excel. Les fonctionnalités du tableur permettent ensuite nombre de recoupements entre les informations recueillies et la production d'informations plus spécifiques, par exemple, par nature de dépenses, par île, par niveau de santé, par type de structures. Les possibilités dépendent de la collecte d'informations faites et de son niveau de détail. Dans l'immédiat l'absence de transparence des informations budgétaires limitent les possibilités, mais gageons que le souci d'un suivi attentif et la mise en place d'une première base de données simples à partir des informations déjà existantes (à la Comptabilité Publique et à la DSA du Ministère de la Santé) suscitera d'autres demandes d'informations et amènera les services financiers à la tenue de comptes plus transparents et plus utiles pour les décideurs.

Le GEP du Ministère de la santé est tout indiqué pour la tenue d'un pareil tableau de bord, mais dans l'immédiat ses potentialités en personnel ne lui permettent pas de l'envisager. Il devrait pouvoir bénéficier du service d'une personne compétente en gestion des systèmes de santé et familière avec les logiciels informatiques courants sinon avec des logiciels spécifiques. Cette personne devra pouvoir suivre la chaîne de la dépense publique et comprendre la comptabilité des hôpitaux et des structures de santé (logiciels spécifiques pour la tenue des comptes des structures de soins). Ce travail donnera au GEP toute l'autorité nécessaire ensuite pour faire une programmation rigoureuse des dépenses publiques de santé et pour déterminer régulièrement le niveau des charges récurrentes par type de structure.

6.2. CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DES DEPENSES PUBLIQUES

Les suggestions faites ci-dessous se dégagent de la revue des dépenses publiques de santé mais elles peuvent se trouver renforcer par les autres revues de dépenses publiques et concernent alors toutes les dépenses publiques. **L'objectif est d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques, il s'agit de mieux dépenser pour obtenir davantage.**

Inventaire exhaustif des textes législatifs en vigueur concernant les dépenses publiques : lois cadres, conditions d'engagement et de paiement, responsables et domaines de responsabilités, contrôles indépendants a priori et a posteriori, comptes définitifs, lois de règlement.

Audit des pratiques en cours dans les administrations gestionnaires de fonds publics.

Instauration d'un code des marchés publics, et d'une commission des marchés. Adoption d'une nomenclature des pièces justificatives des dépenses. Inventaire et audit des marchés en cours.

Sécurisation de toute la chaîne de la dépense (contrôles effectifs).

Adoption définitive par tous les services d'une nomenclature budgétaire adaptée et opérationnelle.

Retour à la même discipline budgétaire dans toutes les administrations, formation des personnels, généralisation de l'utilisation du logiciel « CONTAB » et transparence du tableau de bord des finances publiques.

Réactualisation du règlement général de comptabilité publique.

Inventaire de tous les arriérés (au trésor, à la DCP et à la DGPE avant ordonnancement et avant liquidation, dans les DSA, dans les services périphériques) et éventuellement des dettes croisées avec les établissements publics. Inventaire des factures en attente de présentation dans les entreprises publiques.

Redéfinition du rôle de l'Inspection Général des Finances et du Tribunal des Comptes. Adoption des comptes définitifs pour les années passées. A l'avenir les comptes définitifs (lois de règlement) devront être soumis à l'Assemblée Nationale dans l'année qui suit la clôture de l'exercice et si possible avant l'adoption du budget suivant.

Retour à la discipline budgétaire ; mise en œuvre d'une programmation budgétaire effective et respect de la loi budgétaire adoptée en Assemblée Nationale (pas plus de deux versions annuelles du budget d'un même exercice : loi initiale et loi rectificative).

6.3. LOGIQUE, INDICATEURS DE SUIVI ET INCIDENCES ADMINISTRATIVES ET BUDGETAIRES

TABLEAU 40 : LOGIQUE POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME PUBLIC DE SANTE

LOGIQUE	MOYENS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	INCIDENCES ADMINISTRATIVES ET BUDGETAIRES
OBJECTIF GLOBAL Améliorer l'efficacité du système public de santé	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Réorganiser le financement du système public de santé ➢ Réorganiser le fonctionnement de la pyramide de santé et ses accès ➢ Equiper en conséquence les structures périphériques ➢ Encourager le développement d'un système privé de santé complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recettes du système public ▪ Admissions comparées dans les différents niveaux du système de santé – adressage des malades d'un niveau de santé à un autre ▪ Moyens financiers à disposition des structures périphériques de santé ▪ Nombre et types de structures privées de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Part du budget consacré aux dépenses publiques de santé ▪ Prise en considération de la carte sanitaire et des charges récurrentes y afférant pour la programmation budgétaire ▪ Répartition des soins entre les systèmes publics et privés de santé (économie de moyens pour le système public)
OBJECTIFS SPECIFIQUES Réduire la mortalité infantile de 0 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Planning familial – Diffusion des méthodes contraceptives ➢ Suivi des grossesses ➢ Accouchements assistés ➢ Assurer la protection vaccinale ➢ IEC pour santé reproductive ➢ IEC pour hygiène et nutrition des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de mortalité infantile – taux de mortalité maternelle ▪ Taux de couverture vaccinale ▪ Pourcentage de grossesses suivies et d'accouchements assistés ▪ Consommation pilules –déprovera et préservatifs ▪ Incidences des MST et du SIDA ▪ Activités des CSR (fréquentation, sessions d'informations, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyens financiers mis à disposition des CSR ▪ Equipements obstétricaux dans les Structures de santé ▪ Acquisition de vaccins et logistique de vaccination ▪ Efforts IEC ▪ Efforts assainissements urbains (moyens budgétaires affectés – distribution d'eau, évacuation des eaux usées) OBJECTIFS LIES
OBJECTIFS SPECIFIQUES Efficacité des prestations de service de santé	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Accueil des malades en zone urbaine et en zone rurale ➢ Fonctionnement efficace de la pyramide de santé (adressage des malades entre les niveaux de la pyramide de santé) ➢ Définition claire des missions des différents types de structures ➢ Plus grande utilisation des médicaments génériques qui permettent d'avantage de traitements pour un même coût. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquentation des services de santé – nombre de consultations par type de structures en regard de la population du district. ▪ Nombre de malades redirigés vers les types 2 et 1 et les Hôpitaux centraux ▪ Taux d'utilisation des génériques (suivi des prescriptions médicales) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à disposition des personnels et des moyens de fonctionnement (médicaments et petits équipements) ▪ Redistribution des moyens de santé entre les structures de tête de pyramide et les structures périphériques – moyens à disposition des structures de base ▪ Dispositions prises pour faire respecter la discipline d'accès – éventuellement par des moyens financiers – accès plus onéreux pour les personnes non adressées par une structure de base

Les items en gras doivent pouvoir faire l'objet d'une attention particulière. Si les sources d'information existent, elles devront être régulièrement actualisées et vérifiées. Si elles n'existent pas, comme c'est le cas en matière de finances publiques, leur création doit être une priorité. Les transparences des affectations budgétaires comme celle des coûts des prestations doivent être systématiquement recherchées, c'est un préalable qui seul permettra d'apprécier les efforts de gestion et d'en mesurer les impacts au niveau des services.

TABLEAU 41 : LOGIQUE POUR AMELIORER L'EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	INCIDENCES ADMINISTRATIVES ET BUDGETAIRES
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plus grande efficacité des dépenses publiques de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de couverture sanitaire (éloignement des structures de santé + rapidité d'accès aux niveaux supérieurs) ▪ Incidences des principales affections ▪ Taux de mortalité infantile et taux de mortalité suite aux accouchements ▪ Pyramide santé clairement établie avec référencement des différents niveaux de santé ▪ Equipement des structures de santé – disponibilités en médicaments essentiels et génériques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maîtrise et suivi des dépenses publiques ▪ Implication des décideurs dans le suivi comptable de la gestion ▪ Maintien d'une part budgétaire affectée conséquente ▪ Elaboration des comptes définitifs et expertise par le tribunal des comptes tous les ans
MOYENS dépendant de la puissance publique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rigueur de fonctionnement des procédures budgétaires et notamment de la chaîne de la dépense 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Code des marchés – mercuriale des prix ▪ Existence d'une législation adaptée et largement connue des services gestionnaires de l'état ▪ Nomenclature des pièces comptables ▪ Contrôles a priori des gestionnaires de crédit (visas datés) ▪ Existence d'une procédure de programmation ▪ Lois de finances et lois rectificatives ▪ Lois de règlement (comptes définitifs) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventaire exhaustif des textes en vigueur et des pratiques en cours – analyse critique ▪ Discipline budgétaire - respect des plafonds autorisés et de la nomenclature ▪ Programmation responsable et rigoureuse ▪ Réforme budgétaire sécurisation et contrôle des dépenses publiques ▪ Adaptation de la législation concernant la chaîne de la dépense publique (nomenclature, codes, contrôles, responsabilité des gestionnaires et sanctions applicables) ▪ Suivi contrôle par le Tribunal des comptes
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recherche systématique des meilleurs coûts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prix moyens des principales acquisitions (fournitures équipements) ▪ Dossiers d'appels d'offres - PV des commissions de dépouillement – dossier d'appels à concurrence ▪ Visa des institutions de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appels d'offres systématiques ou appels à concurrence (3 devis) Mise en place d'une législation adaptée (code des marchés, nomenclature des pièces comptables), contrôles cahier d'inventaire des stocks administratifs ou de médicaments. ▪ Archivages pratiques des dossiers de financement (pour contrôles a posteriori)
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définition précise du rôle du système public de santé et de chacune des structures constituant la pyramide de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation concernant le fonctionnement du système public de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositions pour un accès réglementé aux services de santé (origine géographique des patients et système de prise en charge) ▪ Répartition des dépenses publiques entre les niveaux de santé (structures centrales et périphériques, rurales et urbaines)
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipement en conséquence des différentes structures de santé pour les soins de base et les urgences courantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documents de programmation, carte sanitaire complétée avec le niveau d'équipement par structure et le coût moyen d'entretien et d'amortissement annuel (charges récurrentes actualisées) ▪ Inventaires des matériels et équipements dans les structures de santé ▪ Inventaires des fournitures consommables, médicaments, suivi des stocks 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Affectations budgétaires adaptées en fonctionnement et en investissements ▪ Coûts d'équipement, élaboration d'un barème de charges récurrentes par structures de santé en fonction des populations des services et des personnels affectés ▪ Mise en place de procédures de suivi des dépenses par type de structures, de suivi des stocks (tableaux de bord)
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place de systèmes de gestion dans les structures et institutions de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de logiciels standard et de personnels affectés compétents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outils comptables et formation des personnels de gestion ▪ Transparence des marchés et contrats
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transparence des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Système comptable adapté avec possibilité d'audit ▪ Tableau de bord des gestionnaires de crédits publics avec nomenclature identique à celle du budget et en correspondance avec la nomenclature de la comptabilité publique ▪ Institution d'un instrument de suivi pilotage au GEP santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transparence des informations budgétaires et de la comptabilité publique pour tous les gestionnaires publics et les décideurs impliqués (Système CONTAB) ▪ Implication effective des services dépensiers et des services chargés de la définition des politiques (GEP santé) dans la programmation budgétaire

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	INCIDENCES ADMINISTRATIVES ET BUDGETAIRES
Moyens hors de la sphère étatique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développement d'un système privé de santé ➤ Développement de mutuelles solidaires de protection sociale ➤ Comportement des populations pour l'acceptation du paiement de certains types de prestations tout au moins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre et activités des cabinets privés et des cliniques ▪ Personnels médicaux pratiquant la médecine privée ▪ Etendue des systèmes mutualistes et nombre d'adhérents par statuts de salariés (fonctionnaires, salariés du privé, indépendants, agriculteurs) ▪ Existence de tarifs en rapport avec les coûts effectifs et concurrentiels entre le système privé et le système public. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Code d'exercice de la médecine privée ▪ Définition de ses missions et des conditions de financement ▪ Adaptation de la législation du travail et de la législation sociale ▪ Abandon du principe de toute la médecine gratuite et définition rigoureuse des cas d'indigence totale. ▪ Obligation de souscription à un système d'assurance mutualiste.