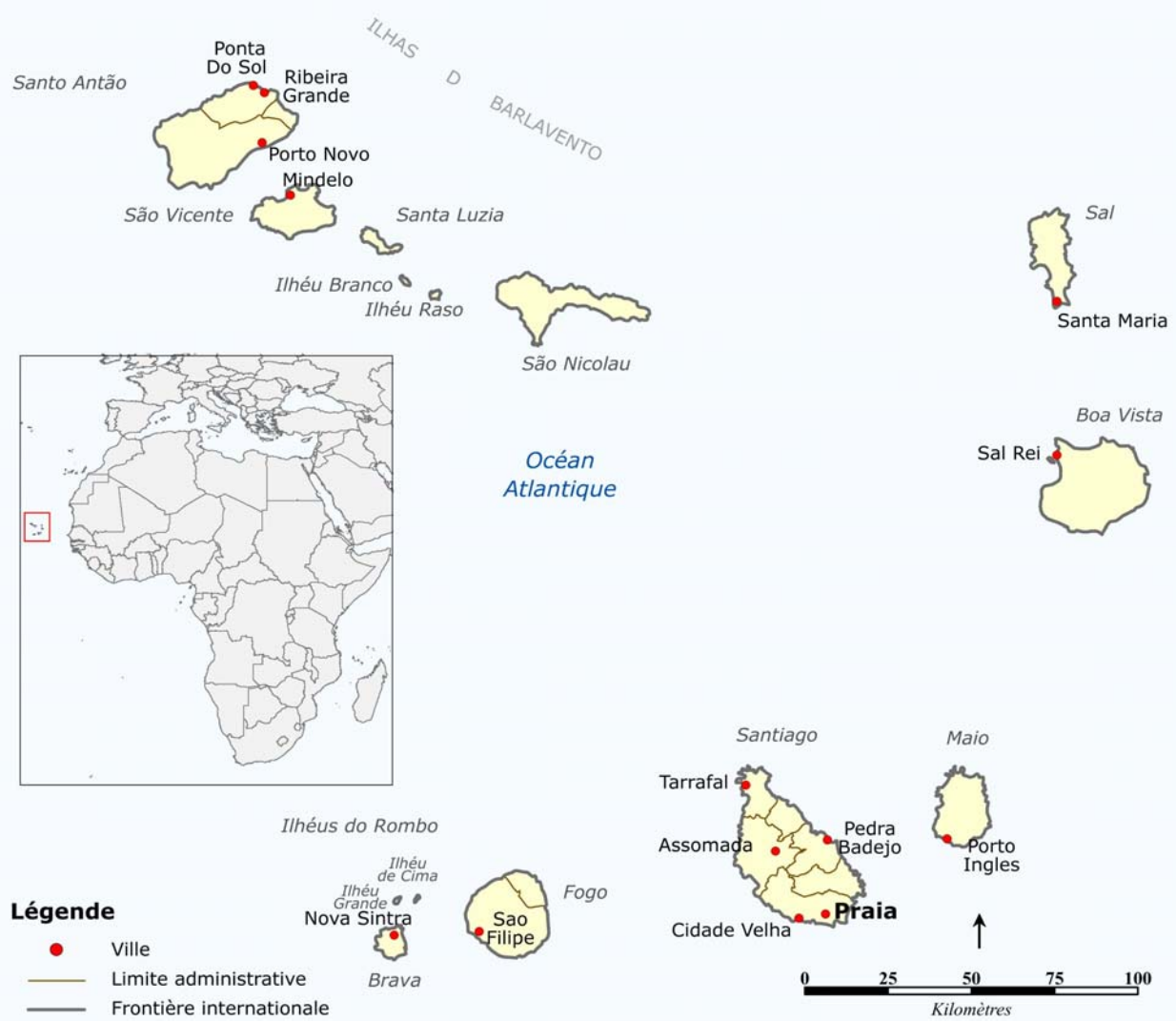
PROFIL ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNEL

LA REPUBLIQUE DU CAP-VERT
2011



Source: FAO Aquastat 2005

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE

REMERCIEMENTS

Ce profil a été préparé par Edith Pereira, Nutritionniste du Ministère de la santé et assistante à l'Université du Cap-Vert, en collaboration avec Estelle Bader et Maylis Razès, consultantes, Marie Claude Dop et U. Ruth Charrondière, fonctionnaires en nutrition, Groupe des besoins nutritionnels et de l'évaluation nutritionnelle, Division de la Nutrition et de la Protection des Consommateurs, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.

Les auteurs tiennent à remercier Sandra Martins, Bureau des Fonds et Programmes des Nations Unies au Cap-Vert, Nila Delgado, INE, Irina Spencer, PNN, Deolinda Monteiro, ANSA, Dulcineia Trigueiros, Ministère de la Santé, Diva Lekhrajmal, DSSA pour leur collaboration.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et figures **3**
Acronymes **4**
I: Disponibilités et consommation alimentaires **6**
I.1 Description et analyse de la consommation alimentaire **6**
Modèles de consommation alimentaire 6
Analyse des résultats d'enquêtes de consommation alimentaire 6
Analyse des résultats d'enquêtes sur la diversité alimentaire 7
I.2 Disponibilités alimentaires **7**
Disponibilités des principaux groupes d'aliments 7
Disponibilités énergétiques alimentaires, distribution par macronutriment 8
Origine végétale/animale des macronutriments 8
Disponibilités énergétiques alimentaires par groupe d'aliments et diversification du régime alimentaire 9
I.3 Origine des disponibilités alimentaires **9**
Caractéristiques de la production alimentaire nationale 9
Importations et aide alimentaires 10
I.4 Accès physique et économique à l'alimentation **11**
II: Statut nutritionnel et pratiques d'alimentation des jeunes enfants **13**
II.1 Pratiques d'alimentation des enfants en bas âge **13**
II.2 Anthropométrie **14**
Faible poids de naissance 14
Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire 14
II.3. Statut en micronutriments **17**
Troubles dus à la carence en iode (TCI) 17
Carence en vitamine A 17
Anémie ferriprive 18
Autres carences en micronutriments 19
II.4. Principaux indicateurs de santé et de mortalité des jeunes enfants **20**
III: Statut nutritionnel des femmes **22**
III.1 Anthropométrie **22**
III.2 Statut en micronutriments **22**
Carence en vitamine A 22
Anémie ferriprive 23
Mesures de lutte à long terme contre les carences en micronutriments 23
III. 3 Santé, eau et assainissement **24**
Santé 24
Accès aux services de santé 24
Accès à une source d'eau améliorée et à l'assainissement 24
III. 4 Emancipation des femmes **25**
IV: Statut nutritionnel des autres groupes de population **27**
IV.1. Enfants d'âge scolaire **27**
Anthropométrie 27
Carences en micronutriments 27
IV.2. Adolescents **27**
Anthropométrie 27
IV.3. Hommes **27**
Anthropométrie 27
V: Ressources humaines et économiques **28**
V.1. Ressources humaines **28**
Population 28
Alphabétisation et éducation 28
V.2. Ressources économiques **29**
Politiques et programmes visant à améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire **31**
Annexes **33**
Annexe I: Statut nutritionnel et pratiques d'alimentation des jeunes enfants **33**
Annexe II: Statut nutritionnel des femmes **43**
Liste des références **47**

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux du profil:

Tableau 1: Tendances des disponibilités des principaux groupes d'aliments (exprimées en g/capita/jour)..... 7
Tableau 2: Carences en micronutriments chez les enfants..... 19
Tableau 3: Indicateurs de santé..... 21
Tableau 4: Carences en micronutriments chez les femmes..... 23
Tableau 5: Principaux indicateurs de santé, d'accès à l'eau et assainissement..... 25
Tableau 6: Indicateurs humains..... 29
Tableau 7: Indicateurs économiques 30

Liste des tableaux en annexes:

Tableau A.1: Initiation et durée de l'allaitement maternel..... 33
Tableau A.2: Consommation d'aliments complémentaires, et fréquence des repas par statut d'allaitement et âge 34
Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire..... 35
Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire (suite)..... 36
Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire (suite)..... 36
Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire (suite)..... 37
Tableau A.4: Prévalence du goitre et taux d'iode urinaire parmi les enfants d'âge scolaire 38
Tableau A.4: Prévalence du goitre et taux d'iode urinaire parmi les enfants d'âge scolaire (suite) 38
Tableau A.5: Iodation du sel au niveau des ménages..... 39
Tableau A.6: Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les enfants de 6 à 60 mois. 39
Tableau A.7: Pourcentage d'enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A et en fer biodisponible au cours des 7 jours précédant l'enquête..... 40
Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire..... 40
Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire (suite)..... 41
Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire (suite)..... 42
Tableau A.9: Anthropométrie des femmes adultes 43
Tableau A.9: Anthropométrie des femmes adultes (suite) 44
Tableau A.10: Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les mères durant leur dernière grossesse et durant l'allaitement..... 45
Tableau A.11: Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer..... 45
Tableau A.12: Supplémentation en vitamine A et en fer des femmes en âge de procréer..... 46

Liste des figures:

- Figure 1: Disponibilités énergétiques alimentaires, tendances et distribution par macronutriment 8
- Figure 2: Disponibilités énergétiques alimentaires (DEA) par groupe d'aliments..... 9
- Figure 3: Bilan céréalier 11
- Figure 4: Principales caractéristiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 14
- Figure 5: Tendances de la prévalence de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans... 16
- Figure 6: Tendances de la prévalence de maigreur chez les enfants de moins de 5 ans..... 16
- Figure 5: Distribution des causes des décès des enfants de moins de 5 ans..... 20
- Figure 7: Niveau d'éducation des femmes (plus haut niveau scolaire fréquenté ou atteint)..... 25
- Figure 8: Pyramide de la population..... 28

Acronymes	
AID	Association Internationale de Développement
BAfD	Banque Africaine de Développement
BCFPNU	Bureau Commun des Fonds et Programmes des Nations Unies
BM	Banque Mondiale
CE	Communauté Européenne
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CILSS	Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
CIR	Cadre Intégré Renforcé (pour l'assistance liée au commerce dans les Pays les moins avancés)
CSAO	Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest
CVA	Carence en vitamine A
CWW	Children Without Worms
DEA	Disponibilités Energétiques Alimentaires
DEC	Déficit Energétique Chronique
DPNU	Division de la Population des Nations Unies
DSSA	Direction des Services de la Sécurité Alimentaire
DTC3	Vaccin associé antidiphtérique, anticoquelucheux, antitétanique - trois doses
ENSA	Estratégia Nacional de Segurança Alimentar [Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire]
FAIS	Food Aid Information System (PAM)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FAOSTAT	Banque de données statistiques de la FAO
FFI	Flour Fortification Initiative
FMI	Fonds Monétaire International
IBFAN	Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile
ICCIDD	Conseil international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode.
IDH	Indice de Développement Humain
IDNT	Inquérito sobre factores de risco das Doenças Nao Transmissiveis [Enquête sur les facteurs de risques des maladies chroniques]
IDRF	Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias [Enquête sur les dépenses et les revenus des ménages]
IDSR	Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva [Enquête Démographique et de Santé Reproductive]
IMC	Indice de masse corporelle
INE	Instituto Nacional de Estatistica [Institut National de Statistique]
IPAC	Inquerito sobre prevalência da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos [Enquête sur la prévalence de l'anémie et les facteurs associés chez les enfants de moins de 10 ans]
IRIN	Réseaux d'information régionaux intégrés
ISDH	Indice spécifique par Sexe du Développement Humain
ISVAF	Inquérito de Seguimento da Vulnerabilidade Alimentar das Famílias Rurais [Enquête de suivi de la vulnérabilité alimentaire des ménages ruraux]
MAA/MEA	Ministerio do Ambiente e Agricultura/ Ministère de l'Environnement et de l'Agriculture
MADRRM	Ministério do Ambiente, do Desenvolvimento Rural e dos Recursos Marinhos [Ministère de l'environnement, du développement rural et des ressources marines]
MdS	Ministério da Saúde [Ministère de la Santé]
MEAP	Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de la Pêche
MFAP	Ministère des Finances et de l'Administration Publique
MFP	Ministère des Finances et du Plan
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MSPS	Ministério da Saúde e Promoção Social [Ministère de la Santé et de la Promotion Sociale]
MTFIS	Ministère du Travail, de la Formation et de l'Intégration Sociale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial

PEA	Perspectives Economiques en Afrique.
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
QUIBB	Questionario unificado de indicatores basicos de bem-estar [Questionnaire unifié des indicateurs basiques de bien-être]
RCV	République du Cap-Vert
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação [Recensement de la population et de l'habitat]
RSW	Regional Surveys of the World
SMIAR	Système Mondial d'Information et d'Alerte Rapide sur l'alimentation et l'agriculture
TCI	Troubles dus à la carence en iode
TDI	Taux de dépendance aux importations
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UE	Union Européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UNSTAT	Division des Statistiques des Nations Unies
USAID	United States Agency for International Development
USDA	United States Department of Agriculture

I: Disponibilités et consommation alimentaires

I.1 Description et analyse de la consommation alimentaire

Modèles de consommation alimentaire (CILSS, 2004 et Pereira, communication personnelle)

L'alimentation capverdienne est essentiellement basée sur les céréales, et en particulier sur le maïs qui reste l'aliment de base mais qui diminue progressivement au profit du riz et du blé (sous forme de pain et de pâte alimentaire).

Les autres aliments de base qui composent l'alimentation sont le poisson (thon, maquereau, *chicharro*[1]), les légumes (tomate, piment, banane verte[2], oignon) et les tubercules (manioc, pomme de terre). Le poisson est consommé dans toutes les îles, principalement sous la forme d'un bouillon avec des pommes de terre et des bananes vertes.

La consommation de viande (volaille, porc) varie de façon importante selon le pouvoir d'achat des familles. Les familles ayant un pouvoir d'achat plus limité consomment davantage de la volaille, moins chère que la viande de porc. Les produits laitiers sont fréquemment consommés: il s'agit essentiellement de lait de vache ou de chèvre et de yaourts, ces derniers étant surtout consommés en milieu urbain.

Les principaux plats de base sont la *cachupa* (le plat traditionnel), le riz blanc ou le riz accompagné de haricots pinto (rosé) avec du poisson ou de la volaille et des légumes. La *cachupa* est un ragoût préparé à base de maïs et de haricot. En fonction du revenu du ménage principalement, de nombreux autres aliments peuvent y être ajoutés (viande, poisson, manioc, légumes, saucisse, fèves ou autres haricots, par exemple haricots pinto, etc.) Dans les régions de pêche, le principal ingrédient de la *cachupa* est le poisson.

Typiquement, l'alimentation en milieu rural se compose d'un petit déjeuner à base de café, *cachupa* ou pain ou biscuits, d'un déjeuner à base de riz et de haricots et d'un dîner de *cachupa*. Cependant, la journée de travail débutant très tôt en milieu rural, la plupart des adultes ne prennent pas de petit-déjeuner. En milieu urbain, le petit déjeuner se compose habituellement de pain, beurre et café au lait. Le déjeuner et le dîner se composent de riz accompagné de poisson ou de volaille et de légumes. Les repas sont pris en famille autour d'un plat commun, avec une distribution équitable des aliments au sein de la famille.

En milieu rural, l'alimentation est assez peu variée. Les ménages ruraux ayant de faibles revenus consomment plus fréquemment des plats à base de maïs. Ceux qui ont des revenus plus élevés substituent le maïs par le riz et le blé (pâtes alimentaires), et cela aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Les tubercules, les légumes et les fruits (papaye, banane, etc.) sont moins consommés en milieu rural, à l'exception de la banane (fruit) qui est largement consommée quelque soit le milieu. Les ménages ruraux consomment davantage du lait de vache non pasteurisé et du lait de chèvre dans certaines îles alors que les ménages urbains consomment davantage du lait de vache pasteurisé et des yaourts.

La transition nutritionnelle est en cours, surtout en milieu urbain, où la restauration rapide notamment prend une importance grandissante, et où une augmentation de la consommation d'aliments riches en graisses, sucres, etc. est observée.

Analyse des résultats d'enquêtes de consommation alimentaire
(Tableau A.1: Données de consommation alimentaire)

L'enquête *Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias* (IDRF) menée en 2001-2002 est une enquête nationale sur les dépenses et revenus des ménages comportant une étude quantitative de la consommation alimentaire des ménages. La consommation alimentaire d'un échantillon de 1571 ménages a été évaluée par pesée des aliments sur une période de 7 jours (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002).

L'apport énergétique était estimé à 1930 kcal/capita/jour, un niveau bien inférieur aux disponibilités énergétiques alimentaires estimées au cours de la même période (2354 kcal/capita/jour en 2000-2002) (FAO, FAOSTAT, 2011). Les apports protéiques, identiques aux disponibilités, étaient d'environ 60 g/capita/jour ; les apports lipidiques étaient également d'environ 60 g/capita/jour, un apport un peu plus faible que les disponibilités estimées à cette période (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002; FAO, FAOSTAT, 2011).

[1] *Sélar coulisou*
[2] Banane fruit non mûre, consommée comme un légume

La consommation de légumes riches en vitamine A était très faible, ainsi que celle d'autres légumes et de fruits. La viande et le lait/produits laitiers étaient également consommés en faible quantité (environ 30 et 45 g/capita/jour respectivement), notamment au regard des disponibilités de ces groupes d'aliments. La consommation de poisson, plus en adéquation avec les disponibilités, était d'environ 40 g/capita/jour, ce qui est assez faible pour un pays insulaire (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002). Bien que le poisson soit un aliment de base dans le régime alimentaire du Cap-Vert, son prix est élevé durant certaines périodes de l'année et les ménages ne peuvent en acheter que de faibles quantités.

Analyse des résultats d'enquêtes sur la diversité alimentaire

A ce jour, aucune donnée d'enquête sur la diversité alimentaire n'est disponible[3].

I.2 Disponibilités alimentaires (FAO, FAOSTAT, 2011)

Disponibilités des principaux groupes d'aliments

Tableau 1: Tendances des disponibilités des principaux groupes d'aliments (exprimées en g/capita/jour)

Groupes d'aliments	Disponibilités pour la consommation humaine en g/capita/jour								
	1965-67	1970-72	1975-77	1980-82	1985-87	1990-92	1995-97	2000-02	2005-07
Céréales	297	327	365	417	421	373	340	336	342
Lait/produits laitiers	36	72	152	180	163	203	226	234	314
Fruits/légumes	106	87	106	99	129	165	225	244	313
Racines/tubercules	149	89	71	89	126	116	92	109	125
Viandes/abats	13	15	14	23	34	58	60	78	109
Edulcorants	44	57	28	35	43	48	54	70	69
Légumineuses/noix/ oléagineux	115	82	78	79	96	53	41	42	43
Poisson/fruits de mer	23	27	35	94	50	42	50	55	33
Huiles végétales	4	6	4	16	20	27	34	23	22
Graisses animales	4	13	21	16	19	15	13	10	13
Oeufs	0	0	1	2	3	6	13	11	10
Autres	31	47	60	43	57	62	80	97	126

Les principaux groupes d'aliments disponibles pour la consommation humaine sont les céréales (riz, blé, maïs), le lait/produits laitiers et les fruits/légumes.

Les disponibilités per capita en céréales et en racines/tubercules ont diminué dans les années 90; celles en céréales sont restées stables par la suite, alors que celles en racines/tubercules (pommes de terre, patates douces à chair orange ou blanche et manioc) ont augmenté ces dernières années.

L'analyse des tendances des disponibilités en céréales reflètent bien les modifications du régime alimentaire marquées par une progressive substitution du maïs au profit du riz en particulier: depuis le début des années 1980, les disponibilités per capita en maïs ont diminué de plus de moitié pour atteindre environ 100 g/capita/jour en 2005-2007 alors que celles en riz ont presque triplées pour atteindre environ 140 g/capita/jour en 2005-2007. Sur le plan nutritionnel, le riz fournit un apport en protéine et en certains micronutriments (fer, zinc, folate, etc.) moins élevé que le maïs (USDA, 2011). Pour ce qui est des racines et tubercules, une augmentation régulière des disponibilités per capita en pommes de terre est observée depuis le début des années 1980, du fait surtout d'importations croissantes, alors que celles des patates douces chutent depuis le début des années 1990, celles-ci étant uniquement produites localement et plus chères sur les marchés que les pommes de terre.

Sur l'ensemble de la période (1965-2007), les disponibilités de la plupart des groupes d'aliments riches en micronutriments et/ou protéines (aliments d'origine animale, fruits/légumes) montrent une très nette tendance à la hausse. Du fait d'une augmentation importante des importations et, dans une moindre mesure, de la production locale, les disponibilités per capita en viandes/abats et en lait/produits laitiers ont été multipliées par 9 depuis 1965-67. Celles des fruits/légumes (tomates, oignons, bananes etc.) ont triplé au cours des 40 dernières années et sont actuellement assez élevées, et approchent des recommandations

[3] Lorsqu'elles seront disponibles, les données de l'IPAC 2009 pourront fournir des précisions sur la diversité alimentaire des enfants.

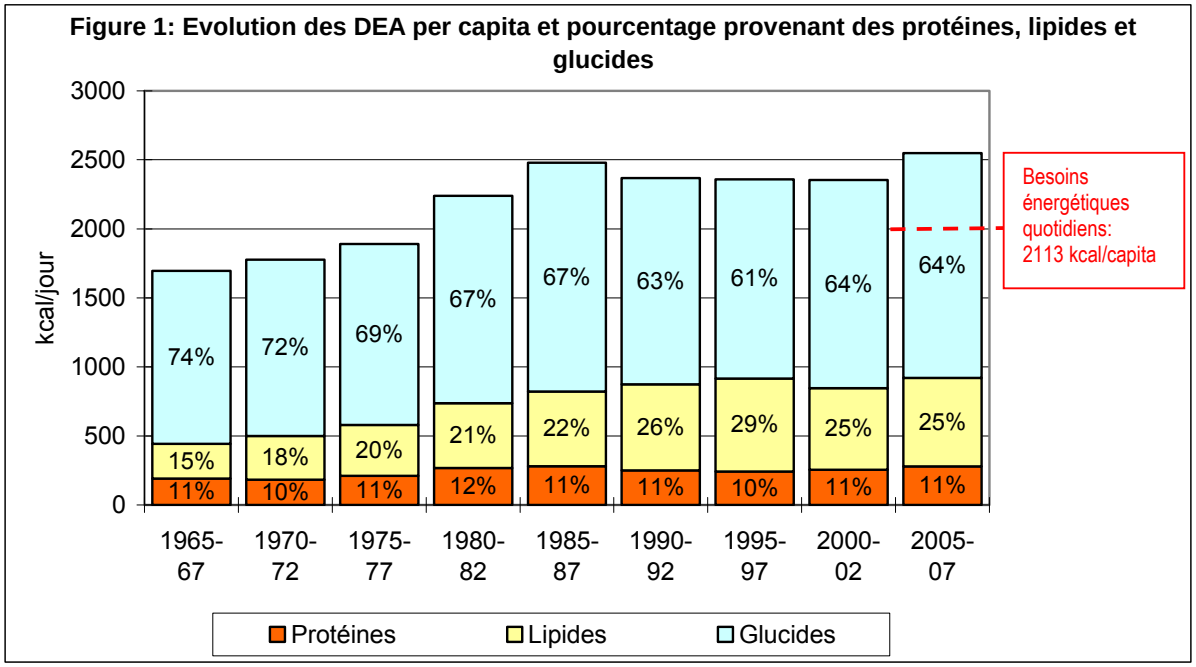
(400 g/capita/jour). Les fortes disparités observées entre la consommation et les disponibilités alimentaires de ces groupes d'aliments (viande/abats, lait/produits laitiers, fruits/légumes) sont difficiles à expliquer.

Le secteur des pêches joue un rôle très important au Cap-Vert. Les disponibilités en poisson/fruits de mer proviennent essentiellement de la pêche artisanale, les produits de la pêche industrielle étant très majoritairement destinés à l'exportation. Dans une certaine mesure, les restrictions à l'exportation imposées de la fin des années 90 au début des années 2000 ont contribué à l'amélioration des disponibilités locales (Silva et al., 2005). Sur la dernière période (2005-2007), les disponibilités sont assez limitées.

Les disponibilités per capita en huiles végétales ont fortement augmenté dans les années 1980-90 puis se sont stabilisées au cours de ces dernières années à un niveau un peu plus bas que celui des années 1990. Dans ce groupe alimentaire, l'huile de soja a totalement substitué l'huile de colza au début des années 2000. Sur le plan nutritionnel cela est regrettable car l'huile de soja est bien plus riche en acides gras saturés que l'huile de colza (USDA, 2011). L'augmentation des disponibilités en huiles végétales ainsi que celles en édulcorants sont des caractéristiques de la transition nutritionnelle que traverse actuellement le pays.

Disponibilités énergétiques alimentaires, distribution par macronutriment

- Figure 1: Disponibilités énergétiques alimentaires, tendances et distribution par macronutriment



Les disponibilités énergétiques alimentaires (DEA) ont augmenté de façon marquée après l'indépendance du pays (1975) et jusqu'à la fin des années 80, période à laquelle elles se stabilisent. En 2005-2007, les DEA augmentent à nouveau pour atteindre 2549 kcal/capita/jour, niveau largement supérieur aux besoins de la population estimés à 2113 kcal/capita/jour[4] (FAO, 2004).

Les DEA sont caractérisées par une contribution importante des lipides, qui n'excède cependant pas les recommandations (15-30%), alors que celle des protéines reste au niveau minimum (10-15%) (OMS/FAO, 2003). La part des lipides dans les DEA a nettement augmenté depuis les années 60 aux dépend de celle des glucides. Cette tendance est caractéristique de la transition nutritionnelle que le pays traverse.

Origine végétale/animale des macronutriments

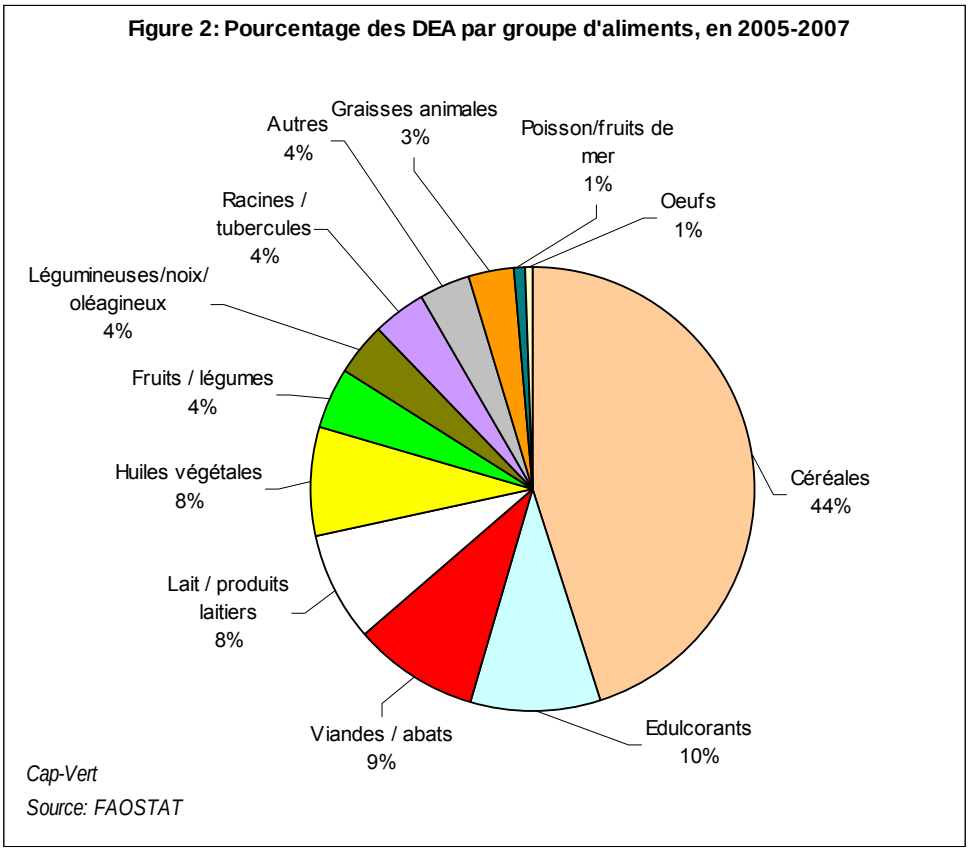
Du fait de disponibilités élevées en lait/produits laitiers et en viande/abats, les aliments d'origine animale procurent une part relativement importante des disponibilités en énergie (22%), protéines (43%) et lipides

[4] Les besoins énergétiques correspondent à ceux d'une vie saine et active, calculés en utilisant le logiciel de la FAO (FAO, 2004). Les valeurs par défaut du logiciel attribuent à 90 % de la population urbaine adulte une activité physique légère – niveau d'activité physique (NAP)=1,55 – et une activité supérieure aux 10% restants (NAP=1,85), et à 50% de la population rurale adulte une activité physique légère (NAP=1,65) et une activité supérieure aux 50% restants (NAP=1,95).

(55%). Cela contribue à un apport et une biodisponibilité en micronutriments élevés dans le régime, en vitamine A, fer et calcium notamment.

Disponibilités énergétiques alimentaires par groupe d'aliments et diversification du régime alimentaire

- Figure 2: Disponibilités énergétiques alimentaires (DEA) par groupe d'aliments



L'indice de diversification alimentaire (part des DEA qui provient des groupes d'aliments autres que céréales et racines/tubercules) est élevé (52% en 2005-2007) et a augmenté considérablement sur les quatre dernières décennies, en lien avec les politiques d'ouverture des marchés et la libéralisation des importations alimentaires, l'urbanisation croissante, ainsi que la croissance économique et ses conséquences sur les revenus de la population. La contribution de la viande/abats et du lait/produits laitiers aux DEA est remarquablement importante. Par ailleurs, celle des édulcorants atteint la limite supérieure des recommandations (10%) (OMS/FAO, 2003).

I.3 Origine des disponibilités alimentaires

Caractéristiques de la production alimentaire nationale

Seulement 10% de la surface totale de l'archipel est cultivable, dont la moitié est à Santiago, la principale île en terme de production agricole. Environ 95% de la surface arable est exploitée en agriculture pluviale ; les 5% restants sont irrigués, principalement pour la production de canne à sucre (CILSS/CSAO, 2008; MEA, 2007). Situé en zone sahélienne, le Cap-Vert souffre de sécheresses périodiques. L'agriculture est majoritairement une agriculture de subsistance, pratiquée dans de petites exploitations morcelées (MFAP, 2008). Ce type d'activité ne suffit pas à garantir la subsistance des familles rurales qui la pratique seule (MFP, 2004). La rareté des terres arables, l'irrégularité des précipitations, les fréquentes sècheresses et des sols volcaniques arides ont pour conséquence une production nationale faible, largement insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires du pays.

Les principales cultures sont le maïs et le haricot, cultivés en association, mais le niveau de production du maïs est excessivement irrégulier, en lien avec les précipitations (CILSS/CSAO, 2008 ; FAO, FAOSTAT, 2011). Peu intensifiée, la production agricole pluviale reste très peu diversifiée ; dans certaines zones cependant, l'intégration des cultures maraîchères, des racines/tubercules et des arbres fruitiers dans les

systèmes d'exploitation s'est renforcée, dans une logique de complémentarité économique (CEDEAO et al., non daté). Grâce au soutient gouvernemental, au développement de l'irrigation et à l'introduction de variétés améliorées, la production de ces cultures (manioc, pommes de terre, chou, tomates, oignon, courge, mangues, etc.) s'est améliorée, tout comme la disponibilité tout au long de l'année de fruits et légumes frais sur les marchés (UE/CEDEAO, 2002 ; FAO, FAOSTAT, 2011; Silva, 2009).

Les cultures de rente (banane, café, arachide, ananas) sont encouragées par le gouvernement mais leur développement est entravé par divers facteurs (manque de terres agricoles, restrictions budgétaires, problèmes de transport) (RSW, 2004). La production de canne à sucre, culture destinée à la fabrication locale du rhum, est importante et a augmenté significativement ces 15 dernières années (FAO, FAOSTAT, 2011).

L'élevage (porcs et chèvres principalement) est une activité importante pratiquée en milieu rural, périurbain et urbain. Le petit élevage familial et le secteur industriel (spécialement avicole) ont contribué à l'augmentation de la production locale de viande qui cependant reste en bien en deçà de la demande et est en concurrence avec la viande de poulet surgelée importée (MFP, 2004). Les laits de chèvre et de vache sont localement transformés en fromage et en beurre respectivement. Les aliments d'origine animale sont devenus plus disponibles avec le développement des grandes surfaces en milieu urbain (MFP, 2004).

Les ressources halieutiques du Cap-Vert, sous-exploitées, offrent un potentiel de développement considérable, même si elles sont limitées notamment en comparaison avec le Sénégal (MFAP, 2008 ; Silva et al., 2005). La pêche traditionnelle contribue à la sécurité alimentaire de nombreux ménages en tant que moyen de subsistance.

Selon les estimations de la FAO, les cinq productions agricoles et alimentaires principales du Cap-Vert sont la viande de porc, les bananes, les noix de coco, le lait de chèvre et le lait de vache (FAO, Division de la Statistique, 2011). Elles sont toutes destinées à la consommation humaine locale. Les bananes étaient la seule culture de rente exportée jusqu'en 1993, date à laquelle les exportations vers le Portugal ont cessé, en partie du fait d'une qualité insuffisante. Le gouvernement a choisi de privilégier le marché intérieur, dont les besoins n'étaient pas couverts par la production locale (FAO, FAOSTAT, 2011; UE/CEDEAO, 2002).

Les principaux points faibles du secteur agricole résident dans l'inadéquation des pratiques d'exploitation avec les conditions climatiques et l'absence d'une politique de crédit bien ciblée pour le secteur. Des progrès substantiels ont cependant déjà été réalisés, notamment dans le développement de l'horticulture (CEDEAO et al., non daté). Ces progrès sont en mettre en relation notamment avec les investissements substantiels réalisés dans le domaine des ressources hydriques. Les investissements dans la transformation des produits agricoles ou les intrants sont bien plus faibles (CILSS/CSAO, 2008). A l'horizon 2015, le Plan Stratégique de Développement Agricole (PSDA) devrait se concrétiser par la restructuration des exploitations rurales pour assurer des conditions d'existence durables aux ménages ruraux et améliorer l'approvisionnement du marché local (CEDEAO et al., non daté).

Importations et aide alimentaires

Le Cap-Vert est très lourdement dépendant des importations alimentaires. En volume, les groupes d'aliments importés les plus importants sont les céréales (blé, riz et maïs), le lait/produits laitiers et les édulcorants (FAO, FAOSTAT, 2011; période de référence 2005-2007).

Le taux de dépendance aux importations (TDI[5]) pour les céréales était de 97% en 2005-2007. Parmi les céréales importées, le maïs perd progressivement du terrain au profit du riz, reflétant les modifications des habitudes alimentaires en cours. En 2005-2007, le TDI pour le lait/produits laitiers atteignait 70% (FAO, FAOSTAT, 2011). Cette dépendance très élevée aux importations pour les céréales et le lait/produits laitiers, deux groupes alimentaires de base au Cap-Vert, est une source de vulnérabilité importante, d'autant plus dans un contexte d'augmentation globale des prix des denrées agricoles. Les importations et la distribution alimentaires ont été complètement libéralisées, ce qui accentue encore l'exposition du marché alimentaire intérieur aux variations des marchés internationaux (FAO/SMIAR, 2007).

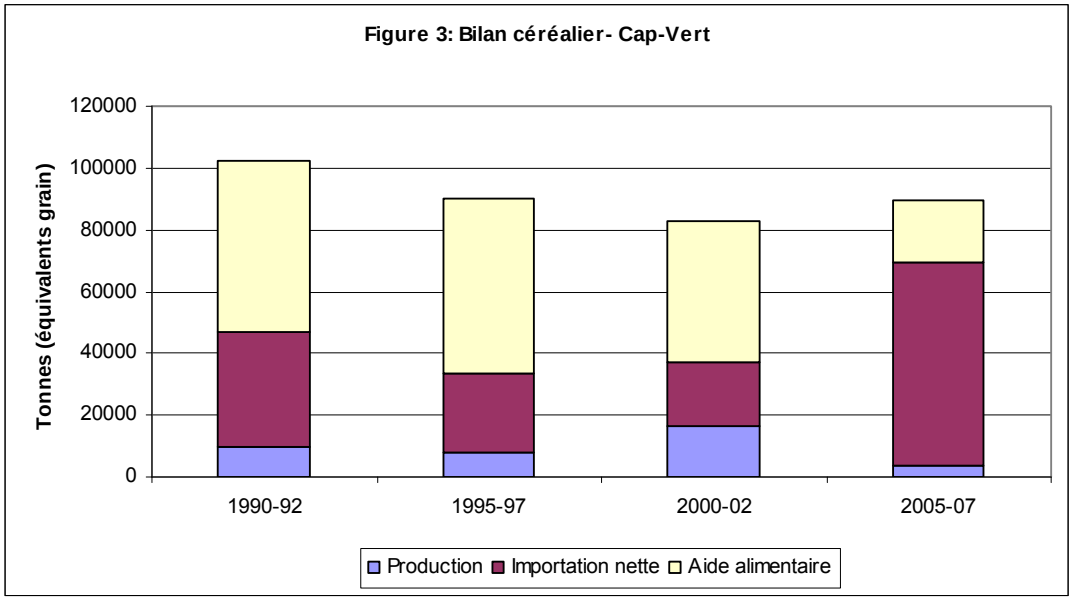
Le TDI des fruits/légumes, autre groupe d'aliment d'importance dans le régime, et celui du groupe viande/abats ont également beaucoup augmenté sur la dernière décennie et sont actuellement élevés (FAO, FAOSTAT, 2011). L'augmentation de la production locale de ces deux groupes d'aliment ne suffit pas à satisfaire la demande.

[5] Le taux de dépendance des importations est calculé selon: TDI = (quantité importée / (quantité produite + quantité importée - quantité exportée)) * 100. Il représente donc la part des disponibilités intérieures qui provient des importations. Le TDI prend en compte les disponibilités des groupes d'aliment (quantité) quelle que soit leur utilisation et pas uniquement ce qui est destiné à la consommation humaine.

Les exportations alimentaires du Cap-Vert sont très limitées. En 2005-2007, le groupe poisson/fruits de mer était le plus exporté en volume (FAO, FAOSTAT, 2011). Le gouvernement soutient le développement du secteur des pêches ; la levée de l'embargo qui pesait sur les produits de la pêche de la fin des années 90 à 2003 a fait exploser les exportations après cette période (MFP, 2004 ; MFAP, 2008).

Jusqu'à récemment, l'aide alimentaire jouait un rôle majeur dans l'approvisionnement du pays, contribuant à hauteur de plus de 50% de la consommation totale de céréales certaines années. En 2009, le Cap Vert a reçu une aide alimentaire totale de 18 068 tonnes, dont 17 548 tonnes de céréales (blé principalement) et 520 tonnes de produits non céréaliers (viande en conserve). La quasi-totalité de cette aide (97%) a été délivrée comme aide alimentaire de type programme[6] (PAM, FAIS, 2011). Une partie importante de l'aide alimentaire était monétisée pour financer les activités d'« argent contre travail » et une autre partie était destinée aux programmes des cantines scolaires (CILSS/CSAO, 2008 ; PAM, non daté). Depuis 2007 le Gouvernement a pris le relais du PAM dans la gestion et l'implantation du programme national de repas scolaires et le finance aujourd'hui totalement (PAM, 2010a). L'aide alimentaire totale a diminué de moitié entre 2002-2005 et 2006-2009, en raison de différents facteurs incluant la graduation du Cap-Vert de Pays Moins Avancé à Pays à Développement Moyen en 2008, ce qui risque de poser des difficultés au pays pour soutenir ces types d'activités (FAO/SMIAR, 2007; FAO/SMIAR, 2005). En 2005-2007, l'aide alimentaire en céréales[7] (équivalent grain) représentait un tiers des disponibilités nationales en céréales pour la consommation humaine ; cette proportion a probablement beaucoup diminué ces dernières années (PAM, FAIS, 2011; FAO, FAOSTAT, 2011).

- Figure 3: Bilan céréalier



Source: FAO, FAOSTAT, 2011; PAM, FAIS, 2011.

I.4 Accès physique et économique à l'alimentation

Les îles de l'archipel sont éloignées les unes des autres, loin du continent et la plupart d'entre elles sont très montagneuses. Malgré une importante extension du réseau routier depuis le début des années 2000, celui-ci est encore de faible qualité, peu dense et de nombreuses zones rurales restent isolées, en particulier pendant la saison des pluies (PEA, 2011 ; CILSS/CSAO, 2008). Certaines îles souffrent encore de connexions maritimes irrégulières, ce qui handicape l'approvisionnement des marchés et l'exportation de la production locale. Cela n'a pas été le cas ces dernières années (CILSS/CSAO, 2008).

[6] L'aide alimentaire de type *Urgence* est destinée aux victimes de désastres naturels ou de guerres; l'aide alimentaire de type *Projet* a pour objectif de supporter un projet spécifique de développement, comprenant des activités de réduction de la pauvreté ou de prévention de catastrophes; l'aide alimentaire de type *Programme* est en général vendue sur le marché en vue de se procurer des fonds pour améliorer la situation générale d'un secteur ou la balance des paiements. Au contraire de la plupart des aides alimentaires de type urgence ou projet, cette aide n'est pas ciblée pour des groupes de bénéficiaires spécifiques. Elle se fait soit sous la forme de don, soit de prêt.

[7] L'aide alimentaire en céréales peut inclure des mélanges céréales-soja.

Ces contraintes vis-à-vis du transport ont pour conséquence des prix alimentaires élevés (RCV et Nations Unies Cap-Vert, 2009). De plus, le prix du riz (aliment de base intégralement importé) a augmenté de façon continue depuis 2007. En avril 2011, il était environ 63% supérieur à celui d'avril 2008. La forte hausse des prix alimentaires mondiaux récemment constatée, notamment en ce qui concerne le blé, le maïs, le sucre et entraînera vraisemblablement une forte poussée inflationniste sur le marché alimentaire intérieur (FAO/SMIAR, 2011).

L'accès économique à l'alimentation est un déterminant majeur de la sécurité alimentaire au Cap-Vert étant donné que 80% des aliments consommés par les ménages sont achetés (ISVAF, 2005 cité dans Silva, 2009).

La croissance économique rapide du début des années 90 a fait reculer la pauvreté, même si d'importantes inégalités persistent (BM, 2009): la proportion de la population vivant au dessous du seuil de pauvreté national a presque diminué de moitié depuis 1988-89 (49%) mais plus d'un quart de la population (27%) vivait toujours en dessous de ce seuil en 2007 (CIR, 2009; INE, 2008). La pauvreté est particulièrement répandue en milieu rural où 44% de la population est pauvre comparé à 13% en milieu urbain en 2007. Les disparités régionales étaient également marquées: l'incidence de la pauvreté était de loin la plus faible à Sal et Boa Vista (en-dessous de 10%), les deux principales îles touristiques, alors qu'à Santo Antão près de la moitié de la population (46%) était pauvre (INE, 2008). Les îles ayant la plus forte proportion de population rurale (Santo Antão, Santiago, São Nicolau and Fogo) sont celles qui connaissent l'incidence la plus élevée de pauvreté et d'insécurité alimentaire (BM, 2009). La pauvreté est plus accentuée dans les ménages dirigés par les femmes, ceux-ci représentant 45% des ménages (INE, 2007). La cible des OMD visant à réduire de moitié la proportion de pauvres entre 1990 et 2015 est en passe d'être atteinte, mais de très fortes inégalités persistent, accentuant la vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire.

Selon l'enquête de suivi de la vulnérabilité des ménages ruraux (ISVAF) 2005, 20% des ménages ruraux étaient en insécurité alimentaire et 11% étaient à risque d'insécurité alimentaire[8]. L'insécurité et la vulnérabilité alimentaires étaient plus prévalentes dans les principales îles agricoles (Santiago, Santo Antão et Fogo). La dépendance à l'agriculture pluviale et le manque de capacité de diversification des sources de revenu sont les principales causes de vulnérabilité en milieu rural et les transferts d'argent des migrants jouent un rôle important pour limiter cette vulnérabilité (CILSS/CSAO, 2008).

L'alimentation de la population Capverdienne s'est largement diversifiée, surtout en milieu urbain. Dans ce milieu où la transition nutritionnelle est en cours, l'augmentation de la consommation d'aliments riches en graisses, sucres, etc. risque de poser rapidement de lourds problèmes de santé publique.

Le Cap-Vert dispose d'une très faible superficie de terre cultivable, inégalement répartie entre les îles ; la production agricole qui se diversifie progressivement est très limitée et certains secteurs (pêche notamment) sont encore sous-exploités. Le pays est donc lourdement dépendant des importations, notamment pour les produits alimentaires de base. Dans un contexte de hausse globale des prix des aliments de base, de forte réduction de l'aide alimentaire apportée au pays, et d'une pauvreté en baisse mais encore très répandue en milieu rural, le Cap-Vert doit réussir à garantir l'accès économique des ménages à l'alimentation, un déterminant majeur de la sécurité alimentaire dans le pays.

[8] Les ménages en insécurité alimentaire ont des revenus qui leur permettent de couvrir jusqu'à 24 mois de leurs besoins alimentaires avec des dépenses d'alimentation qui représentent plus de 50% de leurs revenus annuels, avec une alimentation peu diversifiée. Ceux en situation de vulnérabilité alimentaire ont des revenus qui leur permettent de couvrir jusqu'à 36 mois de leurs besoins alimentaires avec 33% à 50% de leurs revenus annuels consacrés à l'alimentation, avec une alimentation de qualité satisfaisante. Ceux en sécurité alimentaire ont des revenus qui leur permettent de couvrir plus de 36 mois des besoins alimentaires au maximum 33% de leurs revenus annuels consacrés à l'alimentation et une consommation alimentaire très diversifiée.

II: Statut nutritionnel et pratiques d'alimentation des jeunes enfants

Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à la malnutrition; leur état nutritionnel est considéré comme représentatif du statut nutritionnel de l'ensemble de la population.

II.1 Pratiques d'alimentation des enfants en bas âge

(Tableau A.1: Initiation et durée de l'allaitement maternel)

L'initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) est mise en œuvre dans trois des cinq hôpitaux du pays. Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté en 2004 mais reste très peu appliqué en pratique (MdS, 2008; UNICEF, 2009 et 2007). Les campagnes de sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif menées par les services de santé ont eu un impact positif important (UNICEF, non daté) et le Programme National de Nutrition (PNN) en place actuellement vise à promouvoir encore davantage l'allaitement maternel, à travers le renforcement de l'IHAB, la communication sur le Code de commercialisation des substituts du lait maternel, la Semaine Mondiale de l'Allaitement, etc.

Deux enquêtes nationales documentent les pratiques d'alimentation des enfants en bas âge: *l'Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva 1998*[9] (IDSR-I) et l'*Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva 2005* (IDSR-II) (INE, 2000; INE et Macro Int. Inc., 2008).

Selon l'enquête de 2005, l'allaitement maternel est une pratique universelle et parmi les enfants allaités, près de trois-quarts (73%) étaient mis au sein dans l'heure suivant la naissance (initiation précoce de l'allaitement), une proportion qui a considérablement augmenté depuis 1998 (46%), voir tableau A.1 en annexe [IDSR 2005; IDSR 1998]. Le taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois était de 60%. Ce taux diminue rapidement avec l'âge, de 86% chez les enfants de 0-1 mois à 28% chez ceux de 4-5 mois [IDSR 2005]. Le taux d'allaitement maternel exclusif (moins de 6 mois) a augmenté significativement depuis 1998 (39%) [IDSR 1998] et le taux actuel (60%) est élevé en comparaison des pays voisins (34% au Sénégal en 2005, 38% au Mali en 2006, 41% en Gambie en 2005-2006) (FAO, Profils nutritionnels par pays).

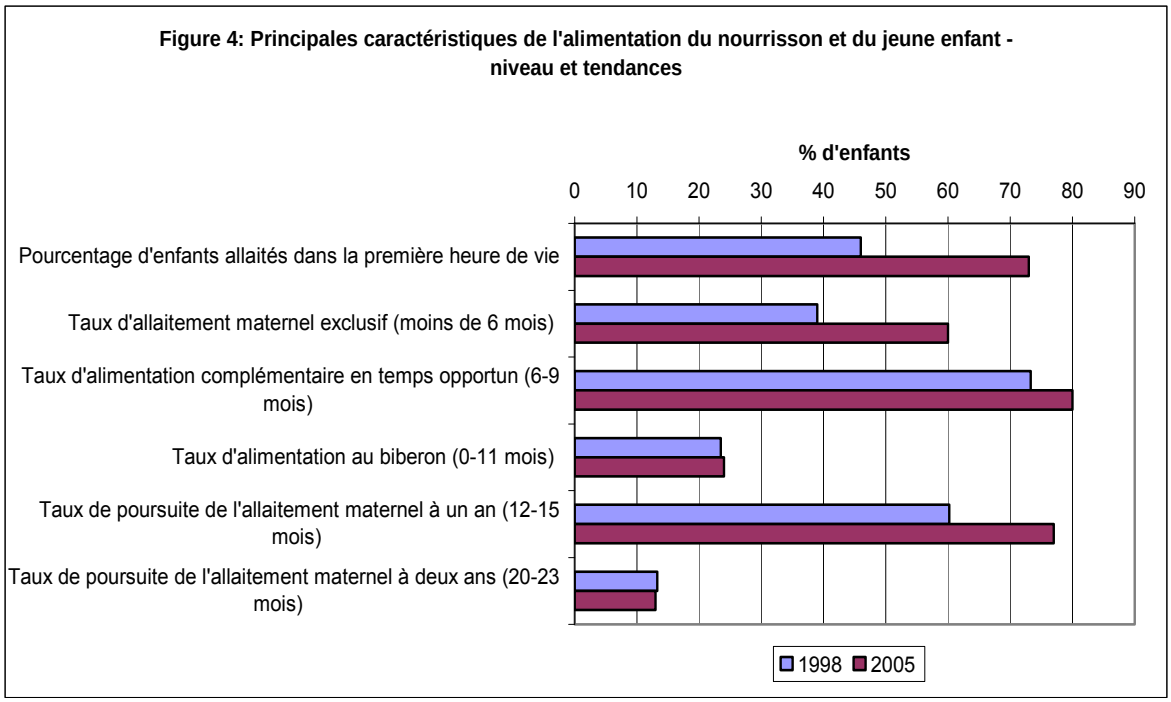
A l'âge de 6-9 mois, la majorité des enfants (80%) reçoivent des aliments de complément en plus du lait maternel. Plus de trois-quarts des enfants sont encore allaités à l'âge d'un an mais seulement 13% le sont encore à l'âge de 2 ans [IDSR 2005]. La durée médiane de l'allaitement (16 mois en 2005) a été réduite de 3 mois entre 1998 et 2005 [IDSR 2005; IDSR 1998]. L'alimentation au biberon reste une pratique répandue [IDSR 2005].

Concernant les pratiques d'alimentation appropriées des jeunes enfants (diversité alimentaire et fréquence des repas), aucune donnée n'est disponible.

Les pratiques d'alimentation appropriées des jeunes enfants font l'objet de campagnes d'information et sont intégrées dans le nouveau référentiel (2010) sur le suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans. Le Cap-Vert ne dispose cependant pas encore de politique nationale sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (IBFAN, 2010).

[9] L'IDSR-I de 1998 a inclus 5 des 9 îles du Cap-Vert, ce qui représentait 92% de la population totale. Cette enquête est tout de même considérée comme représentative au niveau national.

- Figure 4: Principales caractéristiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant



Source: [IDSR 2005; IDSR 1998]

(Tableau A.2: Consommation d'aliments complémentaires, et fréquence des repas par statut d'allaitement et âge)

L'alimentation de complément est assez diversifiée: une large majorité des enfants, même parmi les plus jeunes (6-11 mois), reçoivent du lait (autre que le lait maternel) et des produits laitiers ; parmi les enfants de 12-35 mois, plus des deux tiers reçoivent de la viande/poisson/œufs. La proportion d'enfants consommant des fruits et légumes riches en vitamine A est un peu plus faible, voir tableau A.2 en annexe. Beaucoup de jeunes enfants (6-23 mois) reçoivent des substituts du lait maternel, qui sont facilement disponibles et pratiques d'utilisation. De ce fait et étant donné la faible application du Code de commercialisation des substituts du lait maternel, une proportion non négligeable d'enfants de moins de 6 mois reçoivent également ces substituts [IDSR 2005].

En conclusion, bien que des efforts soient encore nécessaires, les pratiques d'alimentation des jeunes enfants sont assez satisfaisantes.

II.2 Anthropométrie

Faible poids de naissance
(moins de 2 500g)

La prévalence de faible poids de naissance est basse, estimée à 6% en 2005. Cependant, le poids de naissance n'est pas connu pour plus d'un enfant sur cinq (ce qui concorde avec la proportion de naissances non assistées par un personnel qualifié, 22% en 2005) [IDSR 2005]. La prévalence de faible poids de naissance doit donc être interprétée avec prudence.

Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire
(Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire)

Au cours de ces deux dernières décennies, quatre enquêtes nationales fournissent des données sur l'anthropométrie des enfants d'âge préscolaire:
- l'*Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC)* en 2009 (MADRRM et al., 2009)
- le *Questionario unificado de indicatores basicos de bem-estar* (QUIBB) en 2006 (INE, 2007)

- l'*Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias* (IDRF) en 2001-2002 (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002)
- *Caracterização deficiência de vitamina "A" e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde* de 1996 (MSPS et UNICEF, 1997)
- *A saude des crianças menores de cinco anos em Cabo Verde* conduite en 1994 (MdS et UNICEF, 1996).

Les données de ces enquêtes sont présentées dans les tableaux A.3 en annexe (normes OMS 2006), à l'exception de l'enquête QUIBB 2006 non présentée en raison d'incohérences dans la prévalence de maigreur. Les enquêtes de 1994 et de 2001-2002 fournissent des données sur l'ensemble des enfants de moins de 5 ans. Les autres enquêtes n'incluent pas les enfants de moins de 6 mois (6-59 mois).

L'IPAC conduite en juin-juillet 2009 indique que la prévalence de retard de croissance parmi les enfants âgés de 6-59 mois était de 14% (normes OMS 2006). Bien que le groupe d'âge de l'échantillon ne soit pas strictement identique à celui de référence de l'OMS (0-59 mois), le niveau de malnutrition chronique (i.e. prévalence de retard de croissance) était faible selon la classification de l'OMS. Les prévalences de maigreur (3%) et d'insuffisance pondérale (3%) étaient faibles. Enfin, près d'un enfant sur dix (8%) était atteint de surpoids (MADRRM et al., 2009).

La prévalence de retard de croissance était plus élevée chez les filles (16%) que chez les garçons (11%) ; elle était également un peu plus élevée en milieu rural (15%) qu'en milieu urbain (12%). De très fortes disparités régionales étaient observées: dans les îles du nord de l'archipel («îles du Barlavento»), la prévalence de retard de croissance était comprise entre 7 et 9% ; dans les îles du sud («îles du Sotavento»), la prévalence était plus élevée, comprise entre 12% et 26%. Santiago, et en particulier Santiago Norte où la prévalence atteignait 26%, était la région la plus touchée par la malnutrition chronique (MADRRM et al., 2009). A Santiago Norte vivent les familles les plus pauvres, majoritairement rurales, qui disposent de très peu de moyens pour l'achat d'aliments nutritifs.

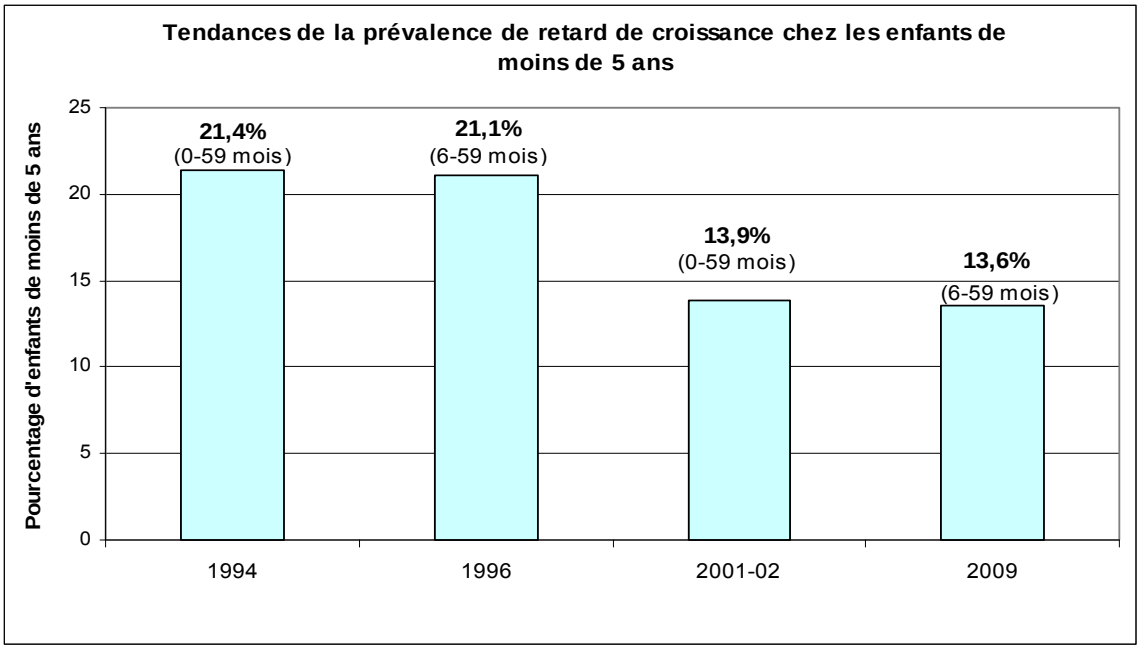
En ce qui concerne la malnutrition aigue, la prévalence variait très peu selon le milieu de résidence mais elle était largement plus élevée à Maio (8%) que sur les autres îles. Maio était la seule île où la malnutrition aigue constituait un problème de santé publique de niveau moyen (MADRRM et al., 2009).

La prévalence de surpoids était plus de deux fois plus élevée en milieu urbain (11%) qu'en milieu rural (5%). A Fogo, 15% des enfants étaient atteints de surpoids (MADRRM et al., 2009).

Bien que les données de l'ensemble de la période ne soient pas strictement comparables en raison de différences dans la classe d'âge, la prévalence de retard de croissance et celle de maigreur tendent à la baisse, voir Figures 5 et 6.

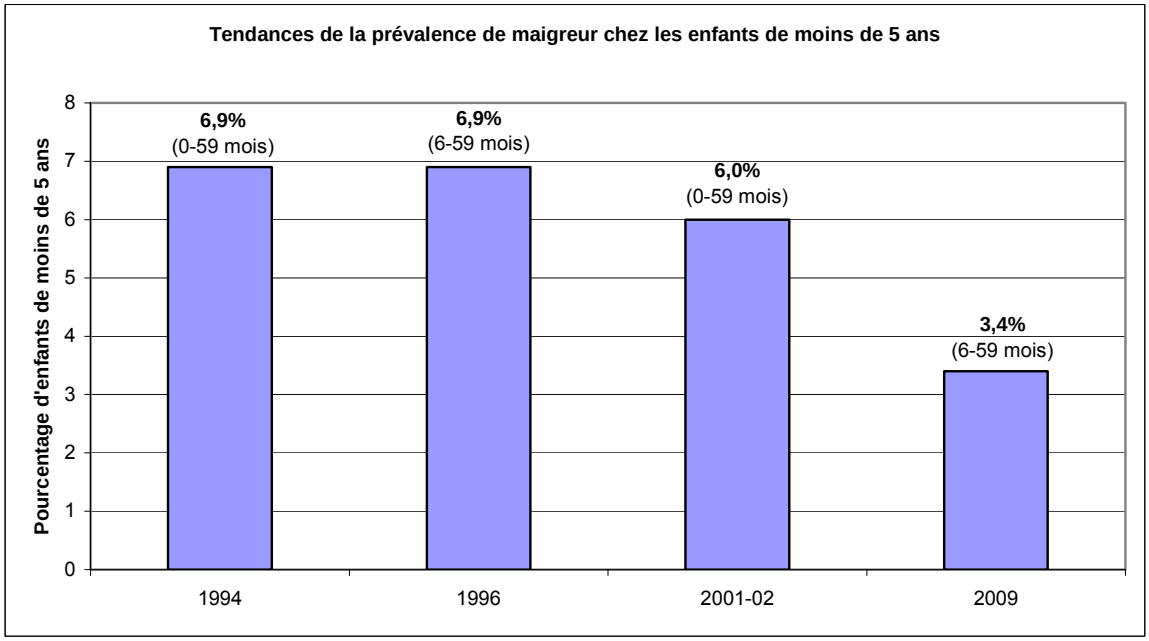
Le développement global du pays au cours de ces deux dernières décennies, notamment en matière de santé, d'éducation des femmes et de niveau de vie, ainsi que l'amélioration des pratiques d'alimentation des jeunes enfants ont permis un recul important de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans. Des efforts restent cependant encore à réaliser en ce qui concerne la malnutrition chronique.

- Figure 5: Tendances de la prévalence de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



Note : les enquêtes de 1996 et 2009 excluent les enfants de 0-5 mois, ce qui résulte généralement en une surestimation de la prévalence de retard de croissance (Lopriore et al., 2006)

- Figure 6: Tendances de la prévalence de maigreur chez les enfants de moins de 5 ans



Note : les enquêtes de 1996 et 2009 excluent les enfants de 0-5 mois, ce qui résulte généralement en une surestimation assez négligeable de la prévalence de maigreur (Lopriore et al., 2006)

II.3. Statut en micronutriments

Troubles dus à la carence en iode (TCI)

Prévalence du goitre et taux d'iode urinaire chez les enfants d'âge scolaire
(Tableau A.4: Prévalence du goitre et taux d'iode urinaire parmi les enfants d'âge scolaire)

Deux enquêtes représentatives au niveau national documentent la prévalence des TCI: l'Enquête nationale sur la carence en iode et la consommation du sel au Cap-Vert de 1996 et *l'Inquérito sobre os disturbios devidos a carencia em iodo em Cabo Verde* de 2010 (Ntambwe-Kibambe, 1997 ; INE et al., 2011).

Les résultats de ces deux enquêtes indiquent que les troubles dus à la carence en iode ont considérablement reculés au cours des années 2000, grâce à la mise en œuvre de la stratégie d'iodation universelle du sel: la prévalence de goitre chez les enfants de 6-12 ans est passée de 26% en 1996 (problème de santé publique modéré) à 8% en 2010 (problème de santé publique léger). La médiane d'iode urinaire a considérablement augmenté, passant de 52 µg/L en 1996 à 115 µg/L en 2010. Au niveau national, la proportion d'enfants ayant des apports suffisants en iode (concentration d'iode urinaire >100 µg/L) a considérablement augmenté, passant de 33% en 1996 à 57% en 2010 (INE et al., 2011 ; Ntambwe-Kibambe, 1997; OMS, Base de données sur la carence en iode, 2011). Il est cependant probable que cet apport soit encore insuffisant sur certaines îles, mais comme la taille des échantillons par île n'est pas disponible, il n'est pas possible de préciser ce point.

Iodation du sel au niveau des ménages
(Tableau A.5: Iodation du sel au niveau des ménages)

Le processus de mise en oeuvre de l'iodation du sel a débuté en 1998 (suite aux résultats de l'enquête de 1996) et la stratégie d'iodation universelle a été adoptée par décret en 2002. En 2004, le niveau d'iode dans le sel a été revu à la baisse. En 2006, la coordination des activités de contrôle des TCI a été relancée par le Programme National de Nutrition du Ministère de la Santé à travers des réunions sectorielles sur le système de contrôle de la qualité du sel (ICCIDD, 2007 ; INE et al., 2011).

En 2010 cependant, seuls 40% des ménages capverdiens consommaient du sel adéquatement iodé (≥ 15 ppm) (INE et al., 2011). Le Cap Vert est donc encore loin de l'objectif de 90% de ménages consommant du sel adéquatement iodé, un des critères de l'élimination durable des TCI. Néanmoins, le Cap-Vert a atteint les autres critères de l'élimination durable des TCI (moins de 50% de la population ayant un taux d'iode urinaire <100 µg/L (43%) et moins de 20% ayant un taux <50 µg/L (19%)) (INE et al., 2011).

Du fait de sa situation insulaire, le Cap-Vert a des sols riches en iode, ce qui contribue à enrichir les aliments qui y sont cultivés. Dans le cadre du programme de cantines scolaires, les repas sont préparés avec du sel iodé (PAM, 2010b). Ces facteurs expliquent probablement en partie que le niveau d'iode soit correct chez les enfants scolarisés.

Carence en vitamine A

Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire
(Tableau A.6: Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les enfants de 6 à 60 mois)

Seules des données relativement anciennes documentent la carence en vitamine A chez les jeunes enfants: en 1996, la prévalence d'une concentration basse de sérum rétinol (<0.70 µmol/L) était de 2% chez les enfants de 6 à 60 mois. La carence en vitamine A constituait donc un problème de santé publique léger. Des signes cliniques de carence en vitamine A étaient rarement observés: seulement 1% des enfants était atteint de cécité nocturne et aucun ne présentait de tâches de Bitot (MSPS et UNICEF, 1997; OMS, Base de données sur la carence en vitamine A, 2011).

Des données actualisées sont nécessaires afin de définir la persistance d'un problème de santé publique.

Consommation d'aliments riches en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire
(Tableau A.7: Pourcentage d'enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A et en fer biodisponible au cours des 7 jours précédant l'enquête)

Un peu plus de la moitié (57%) des enfants de 6-35 mois ont consommé des fruits et légumes riches en vitamine A au cours des 7 jours précédent l'enquête IDSR de 2005 [IDSR 2005].

Le lait et les produits laitiers, aliments également riches en vitamine A, sont probablement plus couramment donnés aux jeunes enfants, ce qui pourrait expliquer la prévalence assez faible de carence en vitamine A dans ce groupe de population. L'allaitement maternel (exclusif en particulier) est une pratique courante, ce qui peut favoriser les apports en vitamine A du jeune enfant. Cependant, une enquête déjà relativement ancienne (1996) avait révélé une proportion élevée de femmes ayant un taux bas de rétinol dans le lait maternel (voir III.2 Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les mères).

Outre les déterminants alimentaires, la carence en vitamine A peut être liée à des infections, et notamment les maladies diarrhéiques, dont la prévalence reste élevée.

Supplémentation en vitamine A des enfants d'âge préscolaire

La supplémentation en vitamine A des enfants d'âge préscolaire cible seulement les enfants malades (diarrhée, varicelle, rougeole, pneumonie, paludisme etc.) et souffrant de malnutrition, ce qui est une bonne pratique.

Anémie ferriprive

Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire
(Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire)

Plusieurs enquêtes nationales documentent la prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire:
- *Caracterização deficiência de vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde* conduite en 1996 (MSPS et UNICEF, 1997)
- l'IDSR 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)
- *l'Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC)* de 2009 (MADRRM et al., 2009).

La prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire a diminué de façon significative entre 1996 et 2005, passant de 70% à 52%, respectivement[10]. Depuis 2005 cependant, aucune baisse de la prévalence n'a été observée (MSPS et UNICEF, 1997; [IDSR 2005] ; MADRRM et al., 2009).

Ainsi, en 2009, l'anémie constituait toujours un problème de santé publique grave, avec une prévalence de 52% chez les enfants âgés de 6 mois à 59 mois (hémoglobine <11 g/dL). L'anémie est particulièrement fréquente chez les jeunes enfants: plus de 70% des enfants de 6-23 mois souffrent d'anémie, ce qui est partiellement expliqué par le fait que les besoins en fer sont plus élevés à cet âge. La prévalence d'anémie baisse chez les enfants âgés de plus de 2 ans. Aucune différence significative n'était observée selon le milieu de résidence, mais de fortes disparités régionales sont mises en évidence: à Boa Vista et Maio, plus de deux tiers des enfants souffrent d'anémie, (MADRRM et al., 2009), peut-être en partie du fait d'une consommation assez importante de fromage de chèvre dans ces deux régions, le lait de chèvre étant très pauvre en acide folique notamment (Harrisson et al., 2007 ; FAO, 2010).

Consommation d'aliments riches en fer biodisponible chez les enfants d'âge préscolaire

La consommation d'aliments riches en fer biodisponible chez les enfants d'âge préscolaire n'est pas documentée. Au regard des disponibilités alimentaires, celles en viande/abats ont beaucoup augmenté au cours de la dernière décennie ce qui a pu entraîner une consommation un peu plus importante de ce groupe d'aliment chez les enfants. Cependant, ces disponibilités sont essentiellement constituées de viande de poulet et de porc, aliments qui sont bien moins riches en fer biodisponible que la viande de bœuf. Par ailleurs, certains composants du régime alimentaire peuvent réduire l'absorption du fer ; c'est le cas notamment des phytates contenus dans les céréales et du calcium, présent en grande quantité dans le lait/produits laitiers. Ces deux groupes d'aliments (céréales et lait/produits laitiers) sont largement consommés au Cap-Vert.

Outre les facteurs alimentaires, les maladies parasitaires sont aussi des déterminants de l'anémie: la prévalence globale des parasitoses intestinales chez les enfants âgés de 1 à 17 ans était de 49% en 2004-2005 (MdS et OMS, 2005). Le programme de déparasitage, mis en place en 2008 et réalisée chaque année

[10] Dans l'enquête de 1996, le seuil retenu pour définir l'anémie était un taux d'hémoglobine <10,9 g/dL et le groupe d'âge des enfants était 6-60 mois; dans les autres enquêtes décrites, ce seuil était fixé selon les recommandations (<11,0 g/dL) et le groupe d'âge des enfants était 6-59 mois.

dans les écoles, a réussi à cibler tous les enfants d'âge scolaire à risque en 2010 (CWW, site internet). Des campagnes de déparasitage de routine ciblent également les enfants d'âge préscolaire.

L'ensemble de ces déterminants contribue à expliquer la prévalence élevée de l'anémie chez les jeunes enfants.

Supplémentation en fer des enfants d'âge préscolaire

Depuis 2002, la supplémentation en fer cible les enfants d'âge préscolaire (6 mois-5 ans), les enfants prématurés et les enfants d'âge scolaire primaire.

Autres carences en micronutriments

Il n'existe pas d'enquête nationale documentant d'autres carences en micronutriments chez les enfants d'âge préscolaire.

Tableau 2: Carences en micronutriments chez les enfants

Indicateur	**Estimation**	**Période de référence**	**Source**	**Tendances**
Carence en iode				
Prévalence du goitre chez les enfants d'âge scolaire (6-12 ans inclus)	8%	2010	INE et al.	Carence en iode: problème de santé publique léger; en baisse par rapport à 1996
Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé	40%	2010	INE et al.	(1)
Carence en vitamine A				
Prévalence de la carence sub-clinique en vitamine A chez les enfants (6-60 mois)	2%	1996	MSPS et UNICEF	Carence en vitamine A: problème de santé publique léger ; tendances n.d.
Pourcentage d'enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A dans les 24 heures précédant l'enquête	n.d.	-	-	-
Pourcentage d'enfants (6-35 mois) ayant consommé des fruits et légumes riches en vitamine A dans les 7 jours précédant l'enquête	57%	2005	IDSR-II	n.d.
Pourcentage d'enfants ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois	-	-	-	-
Carence en fer				
Prévalence de l'anémie chez les enfants (6-59 mois)	52%	2009	IPAC	Carence en fer: problème de santé publique grave ; Prévalence stable depuis 2005
Pourcentage d'enfants ayant consommé des aliments riches en fer biodisponible dans les 24 heures précédant l'enquête	n.d.	-	-	-

(1): *baisse apparente vraisemblablement liée à des problèmes méthodologiques.*
n.d. non disponible

Les approches à long terme basées sur l'alimentation doivent être renforcées pour tous les groupes de population. Ce sont des approches durables pour combattre les carences en micronutriment qui bénéficient à toute la famille. Des variétés riches en vitamine A et en fer, soit traditionnelles soit de nouveaux cultivars, doivent être identifiées et promues, comme par exemple les patates douces à chair orange développées par Harvest Plus[11].

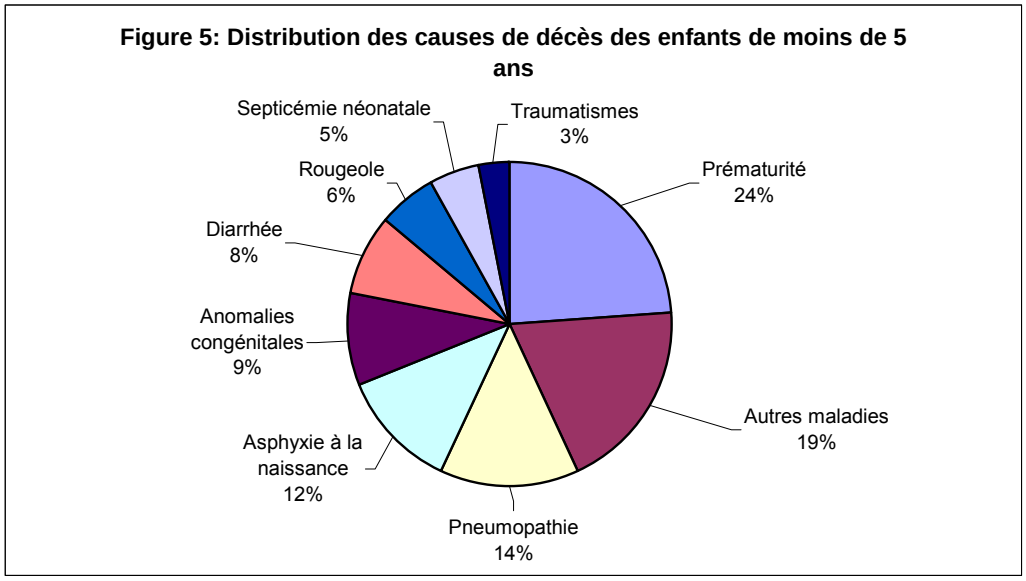
[11] http://www.harvestplus.org/

II.4. Principaux indicateurs de santé et de mortalité des jeunes enfants

Le Cap-Vert est en mesure d'atteindre la cible 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement relative à la réduction de la mortalité des jeunes enfants. Les efforts pour élargir la couverture vaccinale à toutes les régions du pays même les plus isolées, les campagnes de sensibilisation sur la santé des enfants et l'élargissement de l'accès aux services de santé primaire ont contribué à la baisse importante de la mortalité des jeunes enfants (Nations Unies Cap-Vert, non daté, a): entre 1990 et 2009, le taux de mortalité infantile est passé de 49‰ en 1990 à 23‰ en 2009. Au cours de la même période, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 63‰ à 28‰ (UNICEF, 2011), pour une cible fixée à 20‰ en 2015.

Les principales causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans sont les causes néonatales, en particulier la prématurité, qui peut être une cause de faible poids de naissance (OMS, 2010).

- Figure 5: Distribution des causes des décès des enfants de moins de 5 ans en 2008



Source: OMS, 2010

Les maladies diarrhéiques restent assez prévalentes: elles affectaient plus d'un enfant sur dix en 2005. De façon surprenante, la prévalence de la diarrhée était plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, alors que l'accès à un assainissement amélioré est plus large en milieu urbain (INE et Macro Int. Inc., 2008; UNICEF, 2011). Le paludisme a une faible incidence et le Gouvernement vise son éradication d'ici 2020 (RCV et Nations Unies Cap-Vert, 2009).

Tableau 3: Indicateurs de santé

Indicateur	Estimation	Période de référence	Source	Tendances
Mortalité				
Taux de mortalité infantile (moins d'un an)	23‰	2009	UNICEF	En baisse depuis 1990
Taux de mortalité des moins de 5 ans	28‰	2009	UNICEF	En baisse depuis 1990
Morbidité				
Pourcentage des moins de 5 ans avec diarrhée dans les deux dernières semaines	14%	2005	IDSR-II	Influence de la saison
Pourcentage des moins de 5 ans avec diarrhée dans les deux dernières semaines ayant reçu une thérapie de réhydratation orale (TRO)[1]	100%	2005	IDSR-II	n.d.
Pourcentage des moins de 5 ans souffrant d'une infection respiratoire aigue dans les deux dernières semaines	16%	2005	IDSR-II	Influence de la saison
Pourcentage des moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	-			
Vaccinations				
Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois vaccinés avec DTC3	99%	2009	UNICEF	En hausse depuis 2000
Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole	96%	2009	UNICEF	En hausse depuis 2000
Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins[2]	74%	2005	IDSR-II	n.d.

[1] La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation Orale (SRO), les Solutions Maison Recommandées (SMR) ou l'augmentation de la quantité de liquides.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTC et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)
n.d.: non disponible

Les efforts réalisés au cours de ces deux dernières décennies en ce qui concerne notamment la santé, les pratiques d'alimentation des jeunes enfants et la réduction de la pauvreté ont permis un recul important de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans, mais ces efforts doivent être maintenus pour faire reculer encore davantage la malnutrition chronique. Concernant les carences en micronutriments, le problème majeur concerne la carence en fer qui est très répandue chez les jeunes enfants, notamment dans les régions de Boa Vista et Maio. En direction de ce groupe de population, les mesures de lutte devraient être renforcées.

III: Statut nutritionnel des femmes

III.1 Anthropométrie

(Tableau A.9: Anthropométrie des femmes adultes)

Deux enquêtes nationales récentes documentent l'anthropométrie des femmes adultes: l'IDRF 2001-2002 et *l'Inquérito sobre factores de risco das Doenças Nao Transmissiveis (IDNT)* conduite en 2007 (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002; MdS et al., 2009).

Selon l'IDNT de 2007, peu de femmes souffrent de déficit énergétique chronique (DEC), mais une proportion très élevée souffre de surpoids et d'obésité: parmi les femmes de 25 à 64 ans, la prévalence de DEC n'était que de 3% ; celle de surpoids et d'obésité était de 43% [IDNT 2007].

L'enquête de 2007 incluait des femmes de 25 à 64 ans alors que celle de 2001-2002 incluait des femmes de 18 ans et plus. Bien que le groupe d'âge de ces deux enquêtes ne soit pas strictement identique, il apparaît clairement que la prévalence de DEC a diminué entre 2001-2002 (7%) et 2007 (3%). En parallèle, la prévalence de surpoids et d'obésité a augmenté, passant de 32% à 43% [IDRF 2001-2002; IDNT 2007].

Cette augmentation rapide et importante de la prévalence de surpoids et d'obésité témoigne de la transition nutritionnelle: la transition rapide vers un régime alimentaire plus énergétique et plus riche en graisses (notamment en graisses saturées) et en sucre, couplé à une baisse de l'activité physique – les deux étant associés avec une urbanisation croissante, des revenus plus élevés, etc. – contribue à l'augmentation de l'incidence de l'obésité et des maladies chroniques non transmissibles. La prévalence de surpoids et d'obésité chez les femmes atteint un niveau alarmant. Face à ce problème, des campagnes d'information/éducation/communication sont actuellement mises en œuvre au niveau des centres de santé.

III.2 Statut en micronutriments

Carence en vitamine A

Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les mères

(Tableau A.10: Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les mères durant leur dernière grossesse et durant l'allaitement)

Les seules données relatives à la carence en vitamine A des femmes datent de 1996: une enquête représentative au niveau national conduite à cette période a montré que près de la moitié (48%) des femmes allaitantes souffraient de signes sub-cliniques de carence en vitamine A, définis par une concentration de rétinol dans le lait maternel inférieure à 1,05 µmol/L (MSPS et UNICEF, 1997). Il faut noter cependant que la taille de l'échantillon (311 femmes) était assez limitée pour une enquête nationale.

Il est important d'actualiser les estimations afin de pouvoir évaluer l'importance actuelle et les tendances de cette carence au Cap-Vert.

Consommation d'aliments riches en vitamine A chez les mères

La consommation d'aliments riches en vitamine A chez les mères n'est pas documentée.

Supplémentation en vitamine A des mères

(Tableau A.12: Supplémentation en vitamine A et en fer des femmes en âge de procréer)

La couverture de supplémentation en vitamine A des mères reste très limitée puisqu'en 2005 seul un tiers (34%) des femmes en post-partum en avait bénéficié. La couverture de supplémentation était assez similaire selon le milieu de résidence et par région, les disparités sont difficiles à évaluer précisément en raison de la faible taille des échantillons [IDSR-II 2005]. Aucune autre donnée n'est disponible pour permettre l'évaluation des tendances.

Anémie ferriprive

Prévalence de l'anémie chez les femmes
(Tableau A.11: Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer)

L'anémie était encore un problème de santé publique modéré en 2005: la prévalence de l'anémie[12] chez les femmes était de 29% [IDSR-II 2005]. Les femmes vivant en milieu urbain étaient plus affectées que celles vivant en milieu rural (31% et 26%, respectivement), une observation difficilement interprétable. L'anémie était plus prévalente chez les femmes enceintes (43%) ou allaitantes (36%) que chez celles non enceintes/non allaitantes (27%), ce qui peut entraîner des conséquences graves pour la mère et l'enfant au cours de la grossesse et des premiers mois de vie de l'enfant [IDSR-II 2005].

Il est donc important de renforcer les stratégies déjà mises en œuvre (supplémentation), de développer les approches à long terme basées sur l'alimentation et d'analyser l'importance respective des différents facteurs causaux de l'anémie afin d'apporter une réponse adaptée.

Consommation d'aliments riches en fer biodisponible chez les mères

La consommation d'aliments riches en fer biodisponible chez les mères ou les femmes n'est pas documentée.

Supplémentation en fer des femmes enceintes
(Tableau A.12: Supplémentation en vitamine A et en fer des femmes en âge de procréer)

La supplémentation en fer des femmes enceintes et allaitantes a été mise en œuvre en 2002. Bien que le gouvernement fournisse gratuitement des suppléments de fer aux femmes au cours du dernier trimestre de la grossesse et dans les deux mois suivants la naissance (IRIN, 2009), la couverture de supplémentation des femmes enceintes n'était que de 62% en 2005, sans différence significative entre le milieu urbain et rural. Les disparités par région étaient marquées: à Fogo, seulement la moitié des femmes avaient reçu des suppléments en fer au cours de la grossesse [IDSR-II 2005]. D'une façon générale, très peu de femmes enceintes (10%) prennent des comprimés pendant 3 mois ou plus [IDSR-II], ce qui est notamment lié au fait que beaucoup d'entre elles font des visites prénatales dans les derniers mois de grossesse seulement.

Dans le cadre des activités du PNN, il est prévu de renforcer la supplémentation des femmes en vitamine A et en fer à travers une meilleure supervision et la sensibilisation de la population (MdS, 2010a).

Tableau 4: Carences en micronutriments chez les femmes

Indicateur	Estimation	Période de référence	Source	Tendances
Carence en vitamine A				
Prévalence de la cécité nocturne ajustée chez les mères	n.d.			
Pourcentage des mères ayant consommé des aliments riches en vitamine A dans les 24 heures précédant l'enquête	n.d.			
Couverture de la supplémentation en vitamine A des mères	34%	2005	IDSR-II	n.d.
Carence en fer				
Prévalence de l'anémie chez les femmes	29%	2005	IDSR-II	Stable chez les femmes enceintes
Pourcentage des mères ayant consommé des aliments riches en fer biodisponible dans les 24 heures précédant l'enquête	n.d.			
Couverture de la supplémentation en fer des femmes enceintes	62%	2005	IDSR-II	n.d.

n.d.: non disponible

Mesures de lutte à long terme contre les carences en micronutriments

En parallèle à la stratégie de supplémentation en fer visant les femmes enceintes/allaitantes et les enfants d'âge préscolaire et scolaire primaire, des mesures à long terme pour combattre la carence en fer sont également développées: la fortification de la farine de blé en fer et acide folique a été adoptée en août 2008,

[12] Taux d'hémoglobine <11,0 g/dL chez les femmes enceintes, taux d'hémoglobine <12,0 g/dL chez les femmes non enceintes.

mais celle-ci n'a pas été rendue obligatoire (FFI, 2011). La farine de blé est un aliment de consommation courante parmi tous les groupes de population. La farine fortifiée est disponible sur les marchés et son accessibilité physique et économique est garantie à tous les ménages.

L'éducation nutritionnelle et l'alimentation en milieu scolaire sont d'autres mesures mises en œuvre pour lutter durablement contre les carences en micronutriments (voir V. Politiques et programmes visant à améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire).

III. 3 Santé, eau et assainissement

Santé

Des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la santé maternelle. Le ratio de mortalité maternelle ajusté a été réduit de plus de moitié entre 1995 et 2008, passant de 200 à 94 pour 100 000 naissances vivantes, respectivement (UNICEF, Statistics by area, 2011). Ce ratio est très en dessous de la moyenne pour Afrique de l'Ouest et du Centre (720 pour 100 000 naissances vivantes en 2008) (UNICEF, 2011). Il reste cependant encore largement supérieur à la cible fixée par les OMD pour le Cap-Vert (17 pour 100 000 d'ici 2015) (PEA, 2011).

La couverture des soins prénataux et périnataux est étendue. Près de trois quarts (72%) des femmes avaient effectué au moins 4 visites prénatales en 2005 ; ce pourcentage était plus élevé en milieu urbain (77%) qu'en milieu rural (67%) [IDSR-II 2005]. Plus de trois quarts des naissances (78%) étaient assistées par un personnel qualifié en 2005, un pourcentage en forte hausse depuis 1995 (54%) ([IDSR-II 2005]; UNSTAT, 2011). Ces améliorations, ainsi qu'un plus large accès aux soins de santé et une augmentation du nombre de sages-femmes qualifiées, sont probablement des déterminants majeurs de la baisse de la mortalité maternelle (UNICEF, non daté). De plus, le nombre d'enfants par femmes a considérablement diminué au cours de ces deux dernières décennies, passant de 5,3 enfants par femmes en 1990 à moins de 3 ces dernières années (BM, 2011; [IDSR-II 2005]).

La prévalence du VIH/SIDA est très basse: chez les femmes, elle était estimée à 0,4% en 2005 [IDSR-II 2005] et l'information sur la prévention de la transmission mère-enfant du virus est large (Nations Unies Cap-Vert, non daté, a).

Le profil épidémiologique du Cap-Vert connaît des transformations profondes qui accompagnent les changements démographiques, socio-économiques et alimentaires du pays. Si les maladies infectieuses et parasitaires sont en recul, les maladies chroniques non transmissibles augmentent rapidement, témoignant du double fardeau de morbidité que le pays doit porter (Rodrigues, 2010; OMS, non daté).

Accès aux services de santé

La couverture sanitaire du pays s'étend et près de trois quarts de la population est à moins de 30 minutes d'un service de santé (88% en milieu urbain et 61% en milieu rural) (CIR, 2009). Les efforts doivent porter principalement sur l'accès aux services de soins pour les populations défavorisées et l'amélioration de la qualité des services (AID et FMI, 2008).

Accès à une source d'eau améliorée et à l'assainissement

L'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement a été un facteur déterminant des avancées réalisées dans le domaine de la santé notamment: avec 84% de la population utilisant des sources d'eau améliorée en 2008, le Cap-Vert a déjà atteint la cible des OMD (71% en 2015) (UNICEF, 2011; RCV et Nations Unies Cap-Vert, 2009). Malgré des progrès, à peine plus de la moitié de la population (54% en 2008) a accès à des installations sanitaires améliorées, avec de très fortes disparités entre le milieu urbain et rural (UNICEF, 2011).

Tableau 5: Principaux indicateurs de santé, d'accès à l'eau et assainissement

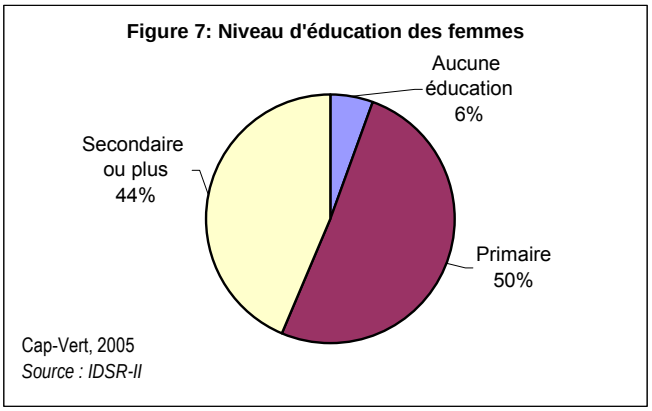
Indicateur	Estimation	Période de référence	Source	Tendances
Santé et soins				
Ratio de mortalité maternelle:				
déclarée	16 pour 100 000 naissances	2005-2009	UNICEF	[1]
ajustée	94 pour 100 000 naissances	2008	UNICEF	En baisse depuis 1990
Indice synthétique de fécondité	2,9 enfants par femme	2005	IDSR-II	En baisse par rapport à 1998
Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes de 15-49 ans	0,4%	2005	IDSR-II	n.d.
Pourcentage des mères ayant effectué 4 visites prénatales et plus	72%	2005	IDSR-II	En hausse par rapport à 1998
Personnel de santé: nombre de médecins	57 pour 100 000 personnes	2008	OMS	n.d.
Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié	78%	2005	IDSR-II	En hausse par rapport à 1995
Eau et assainissement				
Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau améliorée:				
milieu urbain	85%	2008	UNICEF	Stable depuis 1995[2]
milieu rural	82%	2008	UNICEF	En hausse depuis 1995
Pourcentage de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées:				
milieu urbain	65%	2008	UNICEF	Stable depuis 1995
milieu rural	38%	2008	UNICEF	En hausse depuis 1995

[1]: les données n'étant pas forcément comparables (différences méthodologiques, etc), les tendances pour cet indicateur ne sont pas évaluées
[2]: les tendances sont évaluées à partir de la base de données de l'OMS (OMS, GHO, 2011)
n.d.: non disponible

III. 4 Emancipation des femmes

D'une manière générale, les progrès réalisés en matière d'égalité, d'équité des genres et d'autonomisation des femmes sont remarquables. Les femmes ont un poids important dans la société capverdienne, notamment par le rôle de chef de ménage qu'elles exercent pour un grand nombre d'entre elles (45% en 2006 [QUIBB 2006]. La parité de genre est assurée dans l'éducation primaire et le ratio homme/femme s'est inversé en faveur des femmes dans l'enseignement secondaire et supérieur (CE, 2008). La proportion de femmes ayant fréquenté ou atteint un niveau d'éducation secondaire ou plus a ainsi considérablement augmenté entre 1998 (24%) et 2005 (44%) [IDSR-II 2005]. Malgré des améliorations notables, les femmes restent toutefois plus exposées que les hommes à l'analphabétisme et au chômage (CE, 2008).

- Figure 7: Niveau d'éducation des femmes (plus haut niveau scolaire fréquenté ou atteint)



Chez les femmes, le surpoids et l'obésité augmentent rapidement et de façon très importante, en relation avec la nutrition nutritionnelle. Près d'un tiers des femmes souffre d'anémie et la couverture de supplémentation en fer des femmes enceintes est insuffisante. La fortification de la farine de blé en fer a été adoptée récemment, ce qui devrait permettre d'améliorer les apports en fer de l'ensemble de la population. Le développement de variétés d'aliments riches en vitamine A et en fer est fortement recommandé.

Des efforts importants ont été réalisés dans le domaine de la santé infantile et maternelle; des efforts vont devoir également se porter sur le double fardeau de morbidité que le pays doit supporter.

IV: Statut nutritionnel des autres groupes de population

IV.1. Enfants d'âge scolaire

Anthropométrie

Selon les données de l'IDRF 2001-2002, enquête représentative au niveau national, la prévalence de retard de croissance chez les enfants de 5 à 9 ans était de 9% et celle de maigreur de 6% (normes NCHS). La prévalence de retard de croissance était plus élevée en milieu rural et dans la région de Fogo. Par ailleurs, 6% des enfants était atteint de surpoids, sans différence significative selon le milieu de résidence (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002).

Carences en micronutriments

L'Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC) réalisée au niveau national en 2009 indique que 38% des enfants âgés de 5 à 10 ans souffrait d'anémie, sans différence marquée selon le milieu de résidence (MADRRM et al., 2009).

La prévalence d'anémie est plus faible chez les enfants de 5 à 10 ans que chez ceux de moins de 5 ans (52% voir II. 3 – Anémie), mais la carence en fer constitue tout de même un problème de santé publique modéré chez les enfants d'âge scolaire (MADRRM et al., 2009).

Une augmentation des apports en fer des enfants d'âge scolaire, couplée avec les programmes de déparasitage, peut avoir un impact positif sur la carence en fer des enfants de cette classe d'âge.

Un programme conjoint de soutien à la sécurité alimentaire et à la nutrition scolaire Nations Unies / Gouvernement du Cap-Vert est en place pour la période 2011-2015. Les objectifs du programme sont:
- d'améliorer l'accès des élèves des écoles primaires et des jardins d'enfants à un régime alimentaire équilibré ;
- d'utiliser des produits locaux pour la préparation des repas scolaires ;
- de sensibiliser des élèves du primaire à l'alimentation et à l'environnement à travers les jardins scolaires ;
- d'intégrer l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires.

IV.2. Adolescents

Anthropométrie

Selon les données de l'IDRF 2001-2002, près d'un adolescent de 10-17 ans sur cinq (18%) était atteint de maigreur. Les adolescents en surpoids (incluant aussi les obèses) représentaient 10% des individus ; la prévalence de l'obésité était de 3% (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002)[13].

IV.3. Hommes

Anthropométrie

En 2001-2002, 6% des hommes de 18 ans et plus étaient atteints de déficit énergétique chronique alors que 21% étaient en surpoids ou obèses. Le surpoids et l'obésité étaient plus répandus chez les hommes vivant en milieu urbain que chez ceux vivant en milieu rural. La prévalence de maigreur variait très peu selon le milieu de résidence (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002).

Aucune donnée n'est disponible sur les carences en micronutriments des adolescents et des hommes adultes.

[13] Un IMC ≤ au 5ème percentile de la référence définit la maigreur ; un IMC≥ au 85ème percentile de la référence définit le surpoids ; un IMC≥ au 95ème percentile définit l'obésité.

V: Ressources humaines et économiques

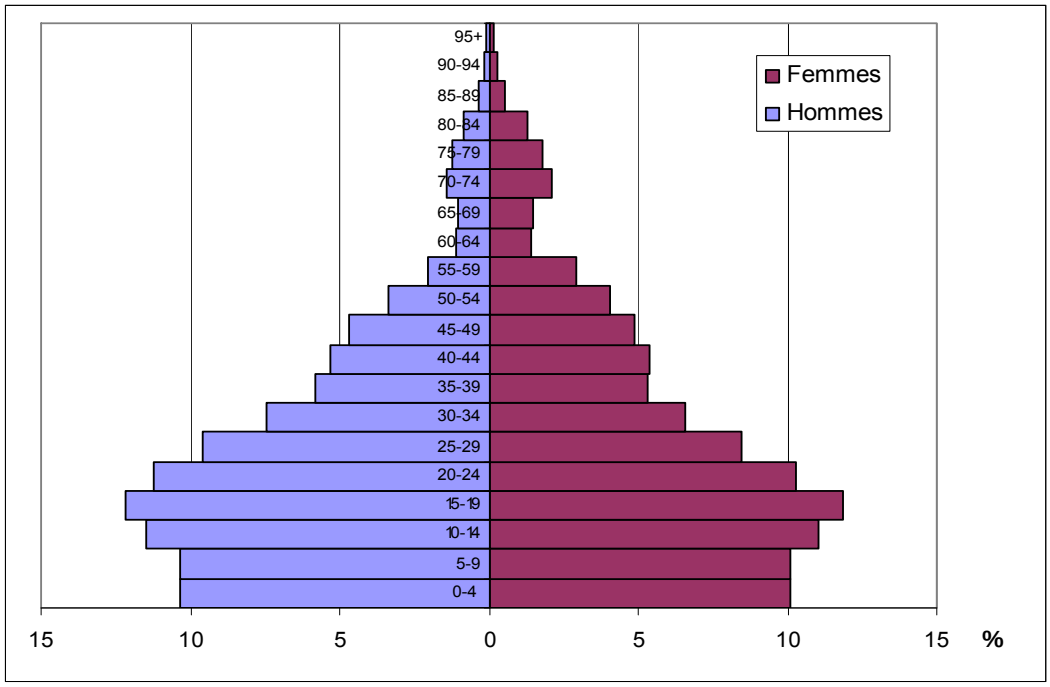
V.1. Ressources humaines

Population

La population du Cap-Vert (environ 492 000 habitants en 2010) se concentre majoritairement en milieu urbain (environ 60% de la population) et à Santiago, où vit plus de 50% de la population (INE, 2011; Nations Unies Cap-Vert, non daté, b). Le taux de croissance de la population a chuté au cours de la dernière décennie et la population est très jeune (54% a moins de 25 ans) (DPNU, 2011; INE, 2011).

La rareté des ressources naturelles et les conséquences économiques qui en découlent ont joué dans le sens d'une grande mobilité de la population, aussi bien du point de vue de l'émigration que des migrations internes, ces dernières étant caractérisées par un vaste exode rural des jeunes vers les principaux centres urbains (Nations Unies, 2003; Nations Unies, Cap-Vert, non daté, b). On estime que la population capverdienne vivant à l'étranger est plus élevée que celle vivant dans le pays et les transferts de revenus de ces communautés émigrantes à leurs familles, ainsi que l'aide étrangère, contribuent de façon importante à renforcer l'économie du pays (Nations Unies, Cap-Vert, non daté, b). Cependant, ces dernières années l'émigration a été plus limitée en raison des restrictions imposées par les pays d'accueil et le Cap-Vert est finalement devenu un pays d'immigration nette (MFAP, 2008).

- Figure 8: Pyramide de la population



Source: RGPH 2010 (INE, 2011)

Caractérisée par une base qui se contracte, la pyramide de population du Cap-Vert reflète un stage avancé de la transition démographique, caractérisé par des taux de naissance et de mortalité en baisse et par une espérance de vie plus longue.

Alphabétisation et éducation

La cible de l'éducation primaire universelle était globalement atteinte à la fin des années 1990, avec un taux net de scolarisation primaire atteignant 99% en 1999, mais depuis le début des années 2000, ce taux montre apparemment une tendance à la baisse (UNESCO, 2010 ; UNSTAT, 2011).

Le programme national d'alimentation scolaire, en place depuis 35 ans et que le gouvernement vient de prendre à sa charge en août 2010, a été un facteur important qui a permis aux familles capverdiennes d'envoyer leurs enfants à l'école (voir aussi IV.1. Enfants d'âge scolaire ; Nations Unies Cap-Vert, non daté, b). La parité de genre est assurée dans l'éducation primaire (UNESCO, 2010). Des problèmes persistent en

ce qui concerne la qualité de l'enseignement, la qualification des enseignants et l'entrée dans les écoles secondaires (Nations Unies, 2005).

Grâce à l'important soutien gouvernemental (à travers le programme d'éducation et de formation des adultes notamment), l'analphabétisme a considérablement reculé ces dernières décennies, passant de 37% de la population adulte analphabète en 1990 à 15% en 2009. Des progrès remarquables ont également été réalisés dans l'alphabétisation des femmes: en 1990, seulement la moitié des femmes adultes étaient alphabétisée, une proportion qui a atteint 80% en 2009 (BM, 2011).

Selon une étude menée en 2004, près de 5500 enfants (âgés de 0 à 18 ans) étaient orphelins, la majorité ayant entre 10 et 17 ans et près de trois quart vivant sur l'île de Santiago (UNICEF Cap-Vert, 2008).

Tableau 6: Indicateurs humains

Indicateur	Estimation	Période de référence	Source	Tendances
Population				
Population totale	491 875	2010	RGPH	En hausse
Taux annuel de croissance de la population	1,52%	2005-2010	DPNU	En baisse depuis 1995-2000
Population rurale	38%	2010	RGPH	Diminution de moitié entre 1980 et 2010
Population agricole	17%	2010	FAOSTAT	Diminution de moitié entre 1980 et 2010
Espérance de vie à la naissance	71.3 ans	2005-2010	DPNU	En hausse
Taux de migration net	-5,1‰	2005-2010	DPNU	En baisse depuis 1990-95
Ratio de dépendance économique	65%	2010	DPNU	En baisse depuis 1995
Orphelins (0-18 ans)	5486	2004	UNICEF	n.d.
Education				
Taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus):				
hommes	90%	2008	UNESCO	En hausse depuis 1990
femmes	79%	2008	UNESCO	En hausse depuis 1990
Taux net de scolarisation primaire	85%	2008	UNESCO	En baisse depuis le début des années 2000
Rapport filles/garçons en école primaire	0,98 fille pour 1 garçon	2008	UNESCO	Stable depuis 1999
Pourcentage d'enfants ayant atteint la 5ème année de scolarisation primaire	91%	2007-2008	UNESCO	En hausse depuis 2001-2002
Niveau de développement				
Indice de développement humain [0-1]	0,534	2010	PNUD	En hausse depuis 2000

n.d.: non disponible

V.2. Ressources économiques

Le Cap-Vert a connu une croissance économique soutenue ces dernières années (avec une moyenne annuelle de plus de 5% entre 2000-2005), prolongeant la tendance de la décennie précédente. La crise internationale récente a cependant provoqué une décélération de la croissance (BM, 2011). La croissance économique du pays est essentiellement fondée sur le développement des services, et notamment du tourisme. L'agriculture, contrainte par le manque de terres arables et les sécheresses récurrentes, ne représente que 9% du PIB (BM, 2011). La contribution de l'aide publique au développement reste très importante, mais elle est en constante diminution ; or, malgré l'augmentation de son PIB, le pays est très loin d'acquérir une capacité endogène de financement de son développement (CE, 2008).

Economiquement, le pays est donc très vulnérable, principalement en raison de l'importance de ses sources externes de financement (ressources transférées par la coopération internationale et par les émigrants, revenus tirés du tourisme), dont les effets sont devenus clairement visibles avec la crise économique internationale et la consécutive baisse des apports (BAfD, 2009).

En ayant satisfait deux des trois critères de sortie de la catégorie de Pays les Moins Avancés (le niveau de revenu national brut par habitant et de développement du capital humain), et bien que restant un des plus

mal placés pour le 3ème critère (le degré de vulnérabilité économique), le Cap-Vert était admissible au retrait de la liste des PMA, retrait devenu effectif en 2007, ce qui aura pour conséquence l'élimination progressive des mesures de soutien (aide publique au développement, préférences commerciales, etc.) (CE, 2008).

Tableau 7: Indicateurs économiques

Indicateur	**Estimation**	**Période de référence**	**Source**	**Tendances**
Produit Intérieur Brut par habitant	3309 US $ PPA	2009	BM	En hausse
Croissance annuelle du PIB	3%	2009	BM	Baisse en 2009
Industrie en % du PIB	20%	2009	BM	Stable depuis les années 90
Agriculture en % du PIB	9%	2009	BM	En baisse depuis les années 90
Services en % du PIB	71%	2009	BM	En hausse depuis les années 90
Dépenses publiques pour l'agriculture	n.d.	-	-	-
Dépenses publiques pour la santé	3,9% du PIB	2009	BM	En baisse depuis 2006
Dépenses publiques pour l'éducation	5,9% du PIB	2009	BM	En baisse le début des années 2000

n.d.: non disponible

Politiques et programmes visant à améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire

La question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Cap-Vert se pose en terme de la forte dépendance du pays aux importations alimentaires.

La sécurité alimentaire est considérée comme une priorité dans les grandes orientations politiques du développement du pays (CILSS/CSAO, 2008). En 2002, le gouvernement a élaboré la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (ENSA 2002-2015) et le Programme National quinquennal de Sécurité Alimentaire (PNSA) dont l'objectif général est « d'assurer l'accès permanent de la population à une alimentation suffisante, saine et nutritive, sans porter préjudice à la satisfaction d'autres besoins basiques ». La planification, la supervision et la mise en œuvre de l'ENSA et du PNSA sont réalisées par la Direction des Services de la Sécurité Alimentaire (DSSA), entité du Ministère de l'Environnement et de l'Agriculture et de la Direction Générale de la Planification et du Budget (MAA et FAO, 2006 ; CEDEAO et al., non daté).

L'évaluation de l'impact du premier PNSA a montré une augmentation des disponibilités alimentaires, une amélioration de l'accès économique à l'alimentation et une meilleure utilisation des mécanismes de prévention et de gestion des crises. Des contraintes persistent dans la coordination, l'articulation, le suivi et l'évaluation des programmes de sécurité alimentaire (DSSA, 2006). Le second PNSA (2007-2011) poursuit les objectifs visant à assurer la disponibilité et la stabilité des approvisionnements alimentaires sur l'ensemble des marchés et à améliorer l'accès économique aux aliments de base. Il vise en outre à assurer la qualité sanitaire des aliments, à développer les secteurs de l'agriculture et de la pêche (productivité, diversification et durabilité) et à renforcer la prévention et la gestion des crises (MAA et FAO, 2006).

Pour améliorer l'accès économique à l'alimentation, le second PNSA vise notamment à créer des activités génératrices de revenus alternatives. Par ailleurs, les zones vulnérables sont régulièrement identifiées, les zones rurales bénéficient d'un projet intégré de sécurité alimentaire (jardins, élevage, etc.) et le gouvernement met en place annuellement des programmes d'urgence. Pour limiter l'impact de la forte hausse globale des prix des denrées alimentaires, des comités ont été crées (2007 et 2008) pour analyser l'impact des changements et proposer des mesures d'atténuation. Aucun produit alimentaire ne bénéficie de subvention à la consommation.

En matière de prévention, d'alerte et de gestion des crises alimentaires, plusieurs dispositifs sont en place: le Système d'Information pour la Sécurité Alimentaire (SISA) est sous la responsabilité de la DSSA, qui met également en place un dispositif de suivi de la vulnérabilité et de l'insécurité alimentaire des ménages ; elle a conduit en 2005 une enquête de base permettant d'établir le cadre de référence de l'analyse. Les défis de la DSSA sont notamment la décentralisation du système pour permettre une plus large participation locale dans le suivi de la situation alimentaire et l'élargissement du dispositif au milieu urbain. Le SISA comporte d'autres dispositifs, notamment le dispositif de suivi de l'approvisionnement, du marché et des prix conduit par l'Agence Nationale de Sécurité Alimentaire (ANSA). L'ANSA est l'autorité de régulation des marchés des produits alimentaires de base ; c'est elle qui gère les approvisionnements et les stocks. Le système d'alerte précoce est un autre dispositif, sous la responsabilité d'un Groupe de Travail Pluridisciplinaire, qui assure le suivi de la campagne agricole et définit les zones à risque (CILSS/CSAO, 2008).

Le cadre institutionnel de la sécurité alimentaire se caractérise par un grand nombre d'entités et l'efficacité des ressources allouées et les résultats globaux souffrent d'un certain manque de coordination (DSSA, 2006).

Sur le plan de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition et des carences en micronutriments, des interventions ont été développées dès l'Indépendance (1975) et renforcées lors de l'adoption du Programme National de Nutrition (PNN) en 1988, programme à la charge du Ministère de la Santé. Les principales actions développées dans ce cadre sont le suivi de l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes dans les centres de santé, l'éducation nutritionnelle, la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans, l'appui dans le cadre de l'alimentation en milieu scolaire (formation à la préparation des aliments, appui à la création de jardins scolaires, etc.), la supplémentation en micronutriments (vitamine A et fer), la stratégie d'iodation universelle du sel et la fortification de la farine de blé avec du fer et de l'acide folique. Depuis 2010, le Cap-Vert dispose d'un nouveau référentiel sur le suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans qui documente l'alimentation des enfants, la vaccination, la croissance et l'anthropométrie (selon la nouvelle référence de l'OMS 2006), particulièrement utile en l'absence d'un système de surveillance nutritionnelle bien structuré et d'enquêtes nutritionnelles régulières.

En 2010, un Plan d'Action pour la Nutrition a été développé, qui comprend les 6 objectifs suivants:
- réduire l'anémie ferriprive et la carence en vitamine A, à travers la fortification de la farine de blé en fer et acide folique et la supplémentation en fer et vitamine A
- éliminer les troubles dus à la carence en iode, à travers la promotion du sel iodé

- contribuer à l'amélioration des habitudes alimentaires (actions d'information, éducation et communication sur la diversité alimentaire, Journées Mondiales de l'Alimentation, etc.)
- promouvoir l'allaitement maternel, à travers l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés, la communication sur le Code de commercialisation des substituts du lait maternel, la semaine mondiale de l'allaitement, la mise en œuvre d'une banque de lait maternel
- contribuer à l'amélioration de la santé et de l'alimentation des enfants d'âge scolaire (appui aux cantines scolaires, déparasitage)
- améliorer le fonctionnement des services de nutrition (MdS, 2010b).

Dans le Plan d'Action pour la Nutrition de 2010, il était prévu la création d'un Plan Stratégique National pour la Nutrition qui n'a pas été concrétisé. La mise en oeuvre de ce Plan est de la responsabilité de la directrice du Programme National de Nutrition et du Ministère de la Santé et avec l'appui des institutions nationales et internationales.

Annexes

Annexe I: Statut nutritionnel et pratiques d'alimentation des jeunes enfants

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005*
***Référence**: INE et Macro Int. Inc., 2008*
***Population d'étude**: Enfants de moins de 5 ans / enfants de moins de 3 ans pour la durée de l'allaitement maternel*
***Période de collecte des données**: Juillet-décembre 2005*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.1: Initiation et durée de l'allaitement maternel

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Effectif (tous les enfants de moins de 5 ans)	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans allaités	Nombre d'enfants de moins de 5 ans allaités	Parmi les enfants allaités, pourcentage allaité dans l'heure suivant la naissance	Parmi les enfants allaités, pourcentage allaité dans les 24 heures suivant la naissance[1]	Nombre d'enfants de moins de 3 ans	Durée médiane de l'allaitement parmi les enfants de moins de 3 ans (en mois)
Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)	Total	2576	95,6	2462	72,7	88,2	1372	15,8
	Sexe							
	M	1348	94,9	1280	70,5	86,8	700	15,8
	F	1228	96,3	1182	75,1	89,7	672	15,8
	Résidence							
	urbaine	1316	95,1	1252	72,6	88,0	723	15,6
	rurale	1260	96,1	1210	72,7	88,4	650	16,0
	Région							
	Santo Antao	204	96,5	197	77,9	93,0	108	15,5
	Sao Vicente	254	92,3	235	80,4	94,2	139	16,3
	Sao Nicolau	(56)	(95)	(54)	(88)	(94)	_	_
	Sal	114	93,7	106	89,1	96,3	(63)	(14,0)
	Boa Vista	_	_	_	_	_	_	_
	Maio	_	_	_	_	_	_	_
	Santiago	1586	96,5	1531	68,8	85,4	854	16,1
	Praia Urbano	656	96,6	634	66,7	83,1	363	16,7
	Santiago Norte	514	97,0	498	85,3	92,8	264	15,7
	Resto Santiago	416	95,9	399	51,8	80,0	227	16,2
	Fogo	267	93,5	250	71,2	88,0	127	15,8
	Brava	_	_	_	_	_	_	_
	Niveau d'instruction de la mère							
	Aucune	(99)	(92)	(92)	(83)	(92)	_	_
	Primaire	1642	95,3	1565	72,7	88,0	811	16,1
	Secondaire ou plus	835	96,5	805	71,6	88,0	513	14,0

[1] Incluant les enfants allaités dans l'heure suivant la naissance
Note: Les données entre parenthèses sont basées sur un effectif faible (de 50 à 100) et sont donc à interpréter avec prudence. Les données basées sur un effectif inférieur à 50 ne sont pas présentées (_).

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005*
***Référence**: INE et Macro Int. Inc., 2008*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 35 mois*
***Période de collecte des données**: Juillet-décembre 2005*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.2: Consommation d'aliments complémentaires, et fréquence des repas par statut d'allaitement et âge

Nom et date de l'enquête (Référence)	Age (mois)	Statut d'allaitement*	Effectif	Aliments consommés par les enfants dans les 24 heures précédant l'enquête						Nombre moyen de repas par jour
				Pourcentage d'enfants ayant consommé les aliments suivants						
				Substituts du lait maternel	Autres laits et produits laitiers	Légumi-neuses	Viande/ poisson/ œufs	Aliments avec huile/ graisse/ beurre	Fruits et légumes riches en vit. A	
Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)	6-11	Enfants allaités et non-allaités	257	22,0	81,0	6,5	36,7	62,8	49,1	n.d.
	12-23	Enfants allaités	182	16,0	75,9	18,7	65,6	66,8	54,1	n.d.
	12-23	Enfants non allaités	230	18,4	85,3	22,6	70,1	82,5	60,7	n.d.
	24-35	Enfants allaités et non-allaités	347	7,6	81,2	39,8	72,8	80,7	61,7	n.d.

* Enfants allaités ou enfants non-allaités ou enfants allaités et non-allaités pris ensemble
n.d.: non disponible

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC) 2009*
***Référence**: MADRRM et al., 2009*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 59 mois*
***Période de collecte des données**: Juin-juillet 2009*
***Représentativité**: Nationale*
Normes**: **OMS 2006

Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire

Nom et date de l'enquête (mois/année) (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Effectif	Prévalence de malnutrition						
					Pourcentage d'enfants avec						
					Retard de croissance		Maigreur		Insuffisance pondérale		Surpoids
					une taille pour l'âge		un poids pour la taille		un poids pour l'âge		un poids pour la taille
					<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	≥ +2 Z-scores**
Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC) 2009 (Juin-juillet 2009) (MADRRM et al., 2009)	Total	6-59	M/F	2742	n.d.	13,6	n.d.	3,4	n.d.	3,4	7,9
	Sexe										
		6-59	M	1438	n.d.	11,4	n.d.	3,2	n.d.	2,6	8,8
		6-59	F	1304	n.d.	16,0	n.d.	3,6	n.d.	4,3	6,9
	Résidence										
	urbaine	6-59	M/F	1272	n.d.	11,7	n.d.	2,7	n.d.	2,6	10,9
	rurale	6-59	M/F	1470	n.d.	15,3	n.d.	4,0	n.d.	4,1	5,0
	Région										
	Santo Antao	6-59	M/F	241	n.d.	6,9	n.d.	4,3	n.d.	4,7	7,9
	Sao Vicente	6-59	M/F	234	n.d.	9,4	n.d.	2,3	n.d.	2,3	8,1
	Sao Nicolau	6-59	M/F	240	n.d.	7,5	n.d.	2,8	n.d.	1,5	5,5
	Sal	6-59	M/F	183	n.d.	8,9	n.d.	4,3	n.d.	5,8	10,1
	Boa Vista	6-59	M/F	168	n.d.	7,3	n.d.	1,7	n.d.	3,2	10,8
	Maio	6-59	M/F	380	n.d.	12,4	n.d.	7,5	n.d.	4,6	5,3
	Praia Urbano	6-59	M/F	208	n.d.	22,0	n.d.	0,0	n.d.	2,6	11,6
	Santigo Norte	6-59	M/F	282	n.d.	25,5	n.d.	1,0	n.d.	4,4	2,5
	Resto Santiago	6-59	M/F	266	n.d.	18,7	n.d.	4,4	n.d.	2,6	7,2
	Fogo	6-59	M/F	316	n.d.	12,1	n.d.	1,8	n.d.	3,9	14,7
	Brava	6-59	M/F	224	n.d.	13,3	n.d.	4,0	n.d.	1,6	3,2
	Niveau d'instruction de la mère										
	aucune instruction	6-59	M/F	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	primaire	6-59	M/F	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	secondaire ou plus	6-59	M/F	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

* Les catégories <-2 Z-scores incluent les <-3 Z-scores
**: le surpoids est défini comme supérieur ou égal à +2 Z-scores
n.d: non disponible
Données basées sur les normes OMS 2006 : les données disponibles selon la norme NCHS/CDC/OMS 1977 ont été converties en utilisant l'algorithme développé par Yang et de Onis (Yang et de Onis, 2008).
Les données définitives fournies par S. Martins, Chargée du Programme en Système d'information et Suivi Evaluation pour les domaines de l'Unité Développement du Capital Humain.

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias 2001-2002*
***Référence**: Dop,* ré-analyse des données IDRF 2001-2002
***Population d'étude**: Enfants de 0 à 59 mois*
***Période de collecte des données**: 2001-2002*
***Représentativité**: Nationale*
Normes**: **OMS 2006

Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire (suite)

Nom et date de l'enquête (mois/année) (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Retard de croissance			Maigreur			Surpoids	Insuffisance pondérale		
				Effectif	Pourcentage d'enfants avec une taille pour l'âge		Effectif	Pourcentage d'enfants avec un poids pour la taille		Pourcentage d'enfants avec un poids pour la taille	Effectif	Pourcentage d'enfants avec un poids pour l'âge	
					<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*		<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	>+2 Z-scores		<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*
Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias (IDRF) 2001-2002 (réanalyse) (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002)	Total	0-59	M/F	483	4,1	13,9	1043	1,2	5,9	7,6	491	0,6	5,7
	Sexe												
		0-59	M	257	4,7	15,6	542	1,3	4,4	7,4	260	0,4	5,0
		0-59	F	226	3,5	11,9	501	1,0	7,4	7,8	231	0,9	6,5
	Résidence												
	urbaine	0-59	M/F	216	2,8	10,2	522	1,1	5,3	7,3	219	0,5	3,6
	rurale	0-59	M/F	267	5,2	16,8	521	1,2	6,4	7,9	272	0,7	7,3

* Les catégories <-2 Z-scores incluent les <-3 Z-scores

***Nom de l'enquête**: Caracterização deficiência de vitamina "A" e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde 1996*
***Référence**: MSPS et UNICEF, 1997*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 60 mois*
***Période de collecte des données**: Octobre - novembre 1996*
***Représentativité**: Nationale*
Normes**: **OMS 2006

Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire (suite)

Nom et date de l'enquête (mois/année) (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Effectif	Prévalence de malnutrition						
					Pourcentage d'enfants avec						
					Retard de croissance une taille pour l'âge		Maigreur un poids pour la taille		Insuffisance pondérale un poids pour l'âge		Surpoids un poids pour la taille
					<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	>+2 Z-scores
Caracterização deficiência de vitamina "A" e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde 1996 (Oct. - nov. 1996) (MSPS et UNICEF, 1997)	Total	6-60	M/F	1118	n.d.	21,1	n.d.	6,9	n.d.	12,3	n.d.

* Les catégories <-2 Z-scores incluent les <-3 Z-scores ; n.d: non disponible
Données basées sur les normes OMS 2006 : les données disponibles selon la norme NCHS/CDC/OMS 1977 ont été converties en utilisant l'algorithme développé par Yang et de Onis (Yang et de Onis, 2008)

***Nom de l'enquête**: A saude des crianças menores de cinco anos em Cabo Verde*
***Référence**: MdS et UNICEF, 1996*
***Population d'étude**: Enfants de 0 à 59 mois*
***Période de collecte des données**: Novembre - Décembre 1994*
***Représentativité**: Nationale*
Normes**: **OMS 2006

Tableau A.3: Anthropométrie des enfants d'âge préscolaire (suite)

Nom et date de l'enquête (mois/année) (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Effectif	Prévalence de malnutrition						
					Pourcentage d'enfants avec						
					Retard de croissance		Maigreur		Insuffisance pondérale		Surpoids
					une taille pour l'âge		un poids pour la taille		un poids pour l'âge		un poids pour la taille
					<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	<-3 Z-scores	<-2 Z-scores*	>+2 Z-scores
A saude des crianças menores de cinco anos em Cabo Verde (Nov.-Déc. 1994) (MdS et UNICEF, 1996)	Total	0-59	M/F	1610	n.d.	21,4	n.d.	6,9	n.d.	11,8	n.d.
	Résidence										
	urbaine	0-59	M/F	462	n.d.	16,0	n.d.	8,7	n.d.	12,1	n.d.
	rurale	0-59	M/F	1148	n.d.	25,5	n.d.	5,5	n.d.	11,7	n.d.
	Région										
	Fogo	0-59	M/F	346	n.d.	25,6	n.d.	2,4	n.d.	10,1	n.d.
	Santiago	0-59	M/F	738	n.d.	23,7	n.d.	6,3	n.d.	13,5	n.d.
	Santo Antao	0-59	M/F	289	n.d.	20,1	n.d.	9,3	n.d.	10,8	n.d.
	Sao Vicente	0-59	M/F	237	n.d.	13,0	n.d.	7,3	n.d.	10,9	n.d.

* Les catégories <-2 Z-scores incluent les <-3 Z-scores ; n.d.: non disponible
Données basées sur les normes OMS 2006 : les données disponibles selon la norme NCHS/CDC/OMS 1977 ont été converties en utilisant l'algorithme développé par Yang et de Onis (Yang et de Onis, 2008)

***Nom de l'enquête**: Inquérito sobre os disturbios devidos a carencia em iodo em Cabo Verde*
***Référence**: INE et al., 2011*
***Population d'étude**: Enfants (élèves) de 6 à 12 ans*
***Période de collecte des données**: Novembre - Décembre 2010*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.4: Prévalence du goitre et taux d'iode urinaire parmi les enfants d'âge scolaire

Nom et date de l'enquête (référence)	Caractéristiques des sujets	Age (années)	Sexe	Prévalence de goitre		Taux d'iode urinaire		
				Effectif	Pourcentage de goitre [goitre total]	Effectif	Médiane (µg/L)	Pourcentage avec un taux d'iode urinaire <100µg/L
Inquérito sobre os disturbios devidos a carencia em iodo em Cabo Verde (Nov.- déc. 2010) (INE et al., 2011)	Total	6-12,99	M/F	2392	7,6	624	115	43,2
	Sexe							
		6-12,99	M	1185	6,8	n.d.	n.d.	n.d.
		6-12,99	F	1199	8,4	n.d.	n.d.	n.d.
	Résidence							
	urbaine	6-12,99	M/F	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	rurale	6-12,99	M/F	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Région							
	Santo Antao	6-12,99	M/F	221	6,8	n.d.	47	n.d.
	Sao Vicente	6-12,99	M/F	255	7,1	n.d.	172	n.d.
	Sao Nicolau	6-12,99	M/F	108	12,0	n.d.	110	n.d.
	Boa Vista	6-12,99	M/F	108	7,4	n.d.	159	n.d.
	Sal	6-12,99	M/F	(36)	(8)	n.d.	137	n.d.
	Maio	6-12,99	M/F	(31)	(16)	n.d.	71	n.d.
	Santiago	6-12,99	M/F	1348	8,1	n.d.	110	n.d.
	Fogo	6-12,99	M/F	214	3,3	n.d.	131	n.d.
	Brava	6-12,99	M/F	(71)	(4)	n.d.	222	n.d.

n.d.: non disponible
Note: les données basées sur un effectif faible sont présentées entre parenthèse et sont à interpréter avec prudence.
Les résultats définitifs de cette enquête ont été fournis par la responsable de la base de données.

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Enquête nationale sur la carence en iode et la consommation du sel au Cap Vert - rapport final*
***Référence**: Ntambwe-Kibambe, 1997*
***Population d'étude**: Enfants (élèves) de 6 à 12 ans*
***Période de collecte des données**: 1996*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.4: Prévalence du goitre et taux d'iode urinaire parmi les enfants d'âge scolaire (suite)

Nom et date de l'enquête (référence)	Caractéristiques des sujets	Age (années)	Sexe	Prévalence de goitre		Taux d'iode urinaire		
				Effectif	Pourcentage de goitre [goitre total]	Effectif	Médiane (µg/L)	Pourcentage avec un taux d'iode urinaire <100µg/L
Enquête nationale sur la carence en iode et la consommation du sel au Cap Vert - rapport final 1996 (Ntambwe-Kibambe, 1997)	Total	6-12,99	M/F	1200	25,5	302	52	77,4
	Sexe							
		6-12,99	M	614	25,1	n.d.	n.d.	n.d.
		6-12,99	F	586	25,9	n.d.	n.d.	n.d.

Note: données provenant de la base de données de l'OMS sur la carence en iode
n. d.: non disponible

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito sobre os disturbios devidos a carencia em iodo em Cabo Verde*
***Référence**: INE et al., 2011*
***Population d'étude**: Ménages*
***Période de collecte des données**: Novembre - Décembre 2010*
***Représentativité**: Nationale*
***Note**: Résultats définitifs fournis par la responsable de la base de données*

Tableau A.5: Iodation du sel au niveau des ménages

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Nombre de ménages avec sel testé	Pourcentage des ménages dont le niveau d'iode dans le sel est		Pourcentage de ménages testés
			Inadéquat (<15 ppm) (%)	Adéquat[1] (≥15 ppm) (%)	
Inquérito sobre os disturbios devidos a carencia em iodo em Cabo Verde (Nov.- déc. 2010) (INE et al., 2011)	Total	439	60,1	39,9	100

Note: ppm = parties par million
[1]: comprend les ménages consommant du sel iodé à 15-40 ppm (37.6% des ménages) et ceux consommant du sel iodé à plus de 40 ppm (2.3% des ménages).
Note: résultats définitifs fournis par la responsable de la base de données.

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Caracterização deficiência de vitamina "A" e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde 1996*
***Référence**: MSPS et UNICEF, 1997*
***Population d'étude**: Enfants de 6-60 mois*
***Période de collecte des données**: Octobre - novembre 1996*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.6: Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les enfants de 6 à 60 mois.

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Prévalence d'un taux bas de rétinol sérique		Signes cliniques de xérophtalmie		
				Effectif	Pourcentage avec un taux de rétinol sérique <20 µg/dL ou 0.70 µmol/L	Effectif	Type de signe	Pourcentage
Caracterização deficiência de vitamina "A" e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde (Oct.-nov. 1996) (MSPS et UNICEF, 1997)	Total	6-60	M/F	299	2,0	1118	Tâches de Bitot	0,0
							Cécité nocturne	1,4

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005*
***Référence**: INE et Macro Int. Inc., 2008*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 35 mois*
***Période de collecte des données**: Juillet-décembre 2005*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.7: Pourcentage d'enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A et en fer biodisponible au cours des 7 jours précédant l'enquête

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Nombre d'enfants	Pourcentage d'enfants ayant consommé	
				des aliments riches en vitamine A[1]	des aliments riches en fer biodisponible
Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)	Total	6-35	1015	56,9	n.d.
	Age				
		6-11	256	49,0	n.d.
		12-23	412	57,8	n.d.
		24-35	347	61,7	n.d.

[1] Liste des aliments pris en compte non disponible
n.d.: non disponible

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC) 2009*
***Référence**: MADRRM et al., 2009*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 59 mois*
***Période de collecte des données**: 2009*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Effectif	Pourcentage d'enfants avec	
					Toute anémie (Hb<11,0 g/dL)	Anémie sévère (Hb<7,0 g/dL)
Inquérito sobre prevalencia da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos (IPAC) 2009 (MADRRM et al., 2009)	Total	6-59	M/F	60646	52,4	1,7
	Sexe					
		6-59	M	30314	54,8	2,3
		6-59	F	30331	50,0	1,1
	Age					
		6-11	M/F	5348	77,3	0,0
		12-23	M/F	14024	70,5	4,3
		24-35	M/F	11743	51,2	2,0
		36-47	M/F	15902	43,5	0,8
		48-59	M/F	13629	35,4	0,3
	Résidence					
	urbaine	6-59	M/F	29718	51,5	1,4
	rurale	6-59	M/F	30927	53,3	1,9
	Région					
	Santo Antao	6-59	M/F	7902	38,0	0,0
	Sao Vicente	6-59	M/F	6315	42,4	0,0
	Sao Nicolau	6-59	M/F	3254	59,1	1,1
	Sal	6-59	M/F	5112	52,1	1,9
	Boa Vista	6-59	M/F	1114	66,0	2,1
	Maio	6-59	M/F	1748	67,6	2,1
	Praia Urbano	6-59	M/F	5670	50,6	0,0
	Santiago Norte	6-59	M/F	15999	61,8	4,2
	Resto Santiago	6-59	M/F	4214	55,8	3,3
	Fogo	6-59	M/F	7679	48,6	0,0
	Brava	6-59	M/F	1635	46,4	1,3

Hb: Hémoglobine.
Note: résultats définitifs fournis par la responsable de la base de données

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005*
***Référence**: INE et Macro Int. Inc., 2008*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 59 mois*
***Période de collecte des données**: 2005*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire (suite)

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Effectif	Pourcentage d'enfants avec	
					Toute anémie (Hb<11,0 g/dL)	Anémie sévère (Hb<7,0 g/dL)
Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)	Total	6-59	M/F	1107	52,1	1,7
	Sexe					
		6-59	M	571	49,6	0,8
		6-59	F	535	54,8	2,5
	Age					
		6-9	M/F	(87)	(63)	(0)
		10-11	M/F	(53)	(65)	(6)
		12-23	M/F	212	66,7	2,2
		24-35	M/F	233	53,4	2,0
		36-47	M/F	264	46,1	0,8
		48-59	M/F	257	38,6	1,3
	Résidence					
	urbaine	6-59	M/F	589	51,3	2,1
	rurale	6-59	M/F	517	53,1	1,1
	Région					
	Santo Antao	6-59	M/F	(98)	(38)	(0)
	Sao Vicente	6-59	M/F	127	40,7	4,5
	Sao Nicolau	6-59	M/F	_	_	_
	Sal	6-59	M/F	_	_	_
	Boa Vista	6-59	M/F	_	_	_
	Maio	6-59	M/F	_	_	_
	Santiago	6-59	M/F	677	56,6	1,6
	Praia Urbano	6-59	M/F	291	54,4	1,4
	Santiago Norte	6-59	M/F	197	65,8	1,4
	Resto Santiago	6-59	M/F	188	50,1	2,2
	Fogo	6-59	M/F	100	49,0	0,0
	Brava	6-59	M/F	_	_	_

Hb: Hémoglobine.
Note: Les données entre parenthèses sont basées sur un effectif faible (de 50 à 100) et sont donc à interpréter avec prudence. Les données basées sur un effectif inférieur à 50 ne sont pas présentées (_).

***Nom de l'enquête**: Caracterização deficiência de vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde*
***Référence**: MSPS et UNICEF, 1997*
***Population d'étude**: Enfants de 6 à 60 mois*
***Période de collecte des données**: 1996*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.8: Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire (suite)

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (mois)	Sexe	Effectif	Pourcentage d'enfants avec	
					Toute anémie (Hb<10,9 g/dL)	Anémie sévère (Hb<7,5 g/dL)
Caracterização deficiência de vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde 1996 (MSPS et UNICEF, 1997)	Total	6-60	M/F	372	70,4	4,0
	Sexe					
		6-60	M	196	67,7	n.d.
		6-60	F	176	73,3	n.d.
	Age					
		6-12	M/F	(53)	(83)	n.d.
		12-23	M/F	100	83,0	n.d.
		24-35	M/F	(90)	(74)	n.d.
		36-47	M/F	(70)	(56)	n.d.
		48-60	M/F	(59)	(49)	n.d.
	Résidence					
	urbaine	6-60	M/F	151	68,2	4,0
	rurale	6-60	M/F	221	72,0	4,1

Hb: Hémoglobine.
n.d.: non disponible

Retour commentaires

Annexe II: Statut nutritionnel des femmes

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demográfico sobre factores de risco das doenças não transmissiveis (IDNT) 2007*
***Référence**: MdS et al., 2009*
***Population d'étude**: Toutes les femmes de 25 à 64 ans*
***Période de collecte des données**: Novembre 2007*
***Représentativité**: nationale*

Tableau A.9: Anthropométrie des femmes adultes

Nom et date de l'enquête (mois/année) (Référence)	Caractéristiques des sujets	Âge (années)	Anthropométrie des femmes adultes					
			Indice de masse corporelle[1] (kg/m²) (IMC)					
			Effectif	Moyenne (kg/m²)	Pourcentage de femmes avec un IMC			
					<18.5 (déficit énergétique chronique)	18.5-24.9 (normal)	25.0-29.9 (surpoids)	≥30.0 (obésité)
Inquérito Demográfico sobre factores de risco das doenças não transmissiveis (IDNT) 2007 (Novembre 2007) (MdS et al., 2009)	Total	25-64	1072	n.d.	3,0	54,4	28,0	14,6
	Age							
		25-34	268	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,1
		35-44	357	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
		45-54	301	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	18,5
		55-64	146	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15,4

[1] Exclusion des femmes enceintes et des femmes ayant accouché dans les 2 mois précédent
n.d.: non disponible

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias (IDRF) 2001-2002*
***Référence**: Dop,* ré-analyse des données IDRF 2001-2002
***Population d'étude**: Toutes les femmes de plus de 18 ans*
***Période de collecte des données**: 2001-2002*
***Représentativité**: nationale*

Tableau A.9: Anthropométrie des femmes adultes (suite)

Nom et date de l'enquête (mois/année) (Référence)	Caractéristiques des sujets	Âge (années)	Anthropométrie des femmes adultes					
			Indice de masse corporelle (kg/m²) (IMC)					
			Effectif	Moyenne (kg/m²)	Pourcentage de femmes avec un IMC			
					<18.5 (déficit énergétique chronique)	18.5-24.9 (normal)	25.0-29.9 (surpoids)	≥30.0 (obésité)
Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familias (IDRF) 2001-2002 (Dop, ré-analyse des données IDRF 2001-2002)	Total	18 et plus	2586	23,6	7,3	61,2	24,4	7,2
	Résidence							
	urbaine	18 et plus	1430	n.d.	7,5	57,1	26,9	8,6
	rurale	18 et plus	1156	n.d.	7,0	66,3	21,3	5,4
	Région							
	S. Antao	18 et plus	216	n.d.	8,8	71,3	16,2	3,7
	S. Vincente	18 et plus	385	n.d.	9,9	60,5	25,5	4,2
	Fogo	18 et plus	198	n.d.	4,5	67,2	25,8	2,5
	Praia	18 et plus	597	n.d.	6,4	55,3	26,8	11,6
	Santiago	18 et plus	846	n.d.	6,5	64,5	22,0	7,0
	Other islands	18 et plus	344	n.d.	8,4	54,4	29,1	8,1

n.d.: non disponible

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Caracterização deficiência de vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde1996*
***Référence**: MSPS et UNICEF, 1997*
***Population d'étude**: Mères allaitantes*
***Période de collecte des données**: Octobre-novembre 1996*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.10: Prévalence de la carence clinique et sub-clinique en vitamine A chez les mères durant leur dernière grossesse et durant l'allaitement

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Âge (années)	Prévalence de cécité nocturne durant la grossesse[1]			Prévalence d'un taux bas de rétinol dans le lait	
			Nombre de mères	Pourcentage non ajusté	Pourcentage ajusté pour la cécité diurne	Nombre de mères allaitantes	Pourcentage avec un taux de rétinol dans le lait ≤1.05 µmol/L
Caracterização deficiência de vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde 1996 (Oct. - nov. 1996) (MSPS et UNICEF, 1997)	Total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	311	47,6

[1] Durant la dernière grossesse des femmes ayant eu une naissance vivante dans les 5 ans précédant l'enquête
n.d.: non disponible

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005*
***Référence**: INE et Macro Int. Inc., 2008*
***Population d'étude**: Toutes les femmes de 15-49 ans*
***Période de collecte des données**: 2005*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.11: Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Age (années)	Effectif	Pourcentage de femmes avec	
				Toute anémie (femmes enceintes Hb<11.0 g/dL; femmes non enceintes Hb<12.0 g/dL)	Anémie sévère (toutes les femmes Hb<7.0 g/dL)
Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)	Total	15-49	2569	28,6	0,4
	Age				
		15-19	673	34,2	0,5
		20-24	460	28,0	0,1
		25-29	332	25,9	0,4
		30-34	285	27,7	0,6
		35-39	314	24,1	0,0
		40-44	272	21,6	0,0
		45-49	233	32,6	1,0
	Statut physiologique				
	enceinte	15-49	146	43,2	0,0
	allaitante	15-49	287	36,0	0,3
	non-enceinte/non allaitante	15-49	2136	26,6	0,4
	Résidence				
	urbaine	15-49	1413	30,8	0,5
	rurale	15-49	1156	26,0	0,3
	Région				
	Santo Antao	15-49	226	19,8	0,0
	Sao Vicente	15-49	360	24,8	0,5
	Sao Nicolau	15-49	(56)	(44)	(1)

	Sal	15-49	106	46,1	0,0
	Boa Vista	15-49	_	_	_
	Maio	15-49	_	_	_
	Santiago	15-49	1489	30,8	0,3
	Praia Urbano	15-49	581	33,7	0,8
	Santiago Norte	15-49	514	38,0	0,0
	Resto Santiago	15-49	394	17,2	0,0
	Fogo	15-49	233	18,4	1,1
	Brava	15-49	_	_	_

Hb: Hémoglobine.

Note: Les données entre parenthèses sont basées sur un effectif faible (de 50 à 100) et sont donc à interpréter avec prudence. Si les effectifs sont inférieurs à 50, les données ne sont pas présentées.

Retour commentaires

***Nom de l'enquête**: Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005*
***Référence**: INE et Macro Int. Inc., 2008*
***Population d'étude**: Mères avec une naissance dans les 5 ans précédant l'enquête*
***Période de collecte des données**: 2005*
***Représentativité**: Nationale*

Tableau A.12: Supplémentation en vitamine A et en fer des femmes en âge de procréer

Nom et date de l'enquête (Référence)	Caractéristiques des sujets	Supplémentation en vitamine A			Supplémentation en fer		
		Âge (années)	Effectif de mères[1]	Pourcentage de mères ayant reçu des suppléments de vit. A dans les 2 mois post-partum	Âge (années)	Effectifs de mères[1]	Pourcentage ayant pris des comprimés de fer ou du sirop durant la grossesse
Inquérito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 2005 (INE et Macro Int. Inc., 2008)	Total	<20-49	2010	33,6	<20-49	2010	62,1
	Résidence						
	urbaine	<20-49	1062	35,0	<20-49	1062	63,7
	rurale	<20-49	948	32,1	<20-49	948	60,2
	Région						
	Santo Antao	<20-49	157	40,6	<20-49	157	56,1
	Sao Vicente	<20-49	210	31,9	<20-49	210	71,2
	Sao Nicolau	<20-49	_	_	<20-49	_	_
	Sal	<20-49	(85)	(62)	<20-49	(85)	(52)
	Boa Vista	<20-49	_	_	<20-49	_	_
	Maio	<20-49	_	_	<20-49	_	_
	Santiago	<20-49	1237	31,0	<20-49	1237	63,9
	Praia Urbano	<20-49	536	31,2	<20-49	536	68,4
	Santiago Norte	<20-49	385	33,3	<20-49	385	63,1
	Resto Santiago	<20-49	315	27,6	<20-49	315	57,1
	Fogo	<20-49	200	32,5	<20-49	200	51,9
	Brava	<20-49	_	_	<20-49	_	_

[1] Femmes qui ont eu une naissance dans les 5 années précédant l'enquête. Pour les femmes ayant eu 2 naissances ou plus durant cette période de 5 ans, les données concernent la naissance la plus récente.
Note: Les données entre parenthèses sont basées sur un effectif faible (de 50 à 100) et sont donc à interpréter avec prudence. Si les effectifs sont inférieurs à 50, les données ne sont pas présentées.

Retour commentaires

Liste des références

AID et FMI. 2008. *Cape Verde – Growth and Poverty Reduction Strategy Paper II (2008-11), Joint Staff Advisory Note*. Association Internationale de Développement et Fonds Monétaire International.
(disponible à http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/CapeVerde_PRSP-JSAN(June9-2008).pdf)

BAfD. 2009. *Republic of Cape Verde – Country Strategy Paper 2009-2012*. Banque Africaine de Développement.
(disponible à http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/cap%20vert.pdf)

BAfD. 2007. *ADB and Cape Verde 30 years of partnership*. Banque Africaine de Développement.
(disponible à http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/18410236-EN-BAD-CAP-VERT.PDF)

BAfD et OCDE 2010. *African Economic Outlook – Cape Verde*. Banque Africaine de Développement et Organisation de Coopération et de Développement Economique.
(disponible à http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/cape-verde/)

BM. 2011. *World development indicators database*. Banque Mondiale. Washington D.C.
(disponible à
http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers&userid=1&queryId=135)
Consulté en 2011.

BM. 2009. *Cap-Vert: fiche pays (dernière mise à jour septembre 2009)*. Banque Mondiale. Washington D.C.
(disponible à
http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/CAPEVERDEEXTN/0,,contentMDK:21418852~menuPK:349633~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:349623,00.html)

CE. 2008. *Document de stratégie pays et programme indicative nationale pour la période 2008-2013*. Communauté Européenne, Cap-Vert.
(disponible à http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/scanned_cv_csp10_fr.pdf)

CEDEAO, RCV et UA (NEPAD/PDDAA). Non daté. *Cap-Vert: Revue des efforts de développement dans le secteur agricole*. Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest, Département de l'Agriculture, l'Environnement et des Ressources en Eau Politique Agricole Régionale (ECOWAP), République du Cap-Vert, et Union Africaine, Programme Détaillé de Développement de l'Agriculture Africaine.
(disponible à
http://www.resakss.org/index.php?pdf=42693&ei=lXL7TZWSMZGbhQfekrTXCw&usg=AFQjCNFKq0AiRf5PrVPay3S_6W_Jh4pOlg)

CILSS. 2004. *Normes de consommation des principaux produits alimentaires dans les pays du CILSS*. Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel.
(disponible à http://www.cic.ne/IMG/pdf/Rapport_Final_Etude_Normes__CILSS.pdf)

CILSS/CSAO. 2008. *Profil sécurité alimentaire Cap Vert*. Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel/Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest.
(disponible à http://www.oecd.org/dataoecd/38/49/41642330.pdf)

CIR. 2009. *Cape Verde's insertion in the global economy – Diagnostic trade integration study.* Cadre Intégré Renforcé pour l'assistance liée au commerce dans les Pays les moins avancés (PMA).
(disponible à
http://enhancedif.org/documents/DTIS%20english%20documents/english/Cape%20Verde_DTIS%20%20final%20version%20Feb%202009.pdf)

CWW. S*ite internet – Cape Verde.* Children Without Worms – Partnership for treating and preventing intestinal worms.
(disponible à http://www.childrenwithoutworms.org/countries/capeverde)
Consulté en 2011.

Dop, M.C. Ré-analyse des données IDRF 2001-2002, communication personnelle.

DPNU. 2011. *World population prospects: the 2008 revision population database*. Division de la Population des Nations Unies, Département des Affaires Economiques et Sociales. New York. USA.
(disponible à http://esa.un.org/unpp/index.asp)
Consulté en 2011.

DPNU. 2011. *World urbanization prospects: the 2007 revision population database*. Division de la Population des Nations Unies, Département des Affaires Economiques et Sociales. New York. USA.
(disponible à http://esa.un.org/unup/index.asp?panel=1)
Consulté en 2011.

DSSA. 2006. *Programa Nacional de Segurança Alimentar 2007-2011 [Programme National de Sécurité Alimentaire 2007-2011].* Direction des Services de la Sécurité Alimentaire, Cap-Vert.

FAO. 2010. *Composition of selected foods from West Africa*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/infoods/Userdatabasetexttablescoverrevised.pdf)

FAO. 2004. *Calculating population energy requirements and food needs. Software application*. Accompanying: FAO Food and Nutrition Technical Report Series No. 1. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome.

FAO. *Profils nutritionnels par pays.* Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/profiles_fr.stm)

FAO, Aquastat. 2005. *Cap-Vert.* Système d'information de la FAO sur l'eau et l'agriculture. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/nr/water/aquastat/countries_regions/cape_verde/indexfra.stm)

FAO, Division de la Statistique. 2011. *Principaux produits agricoles et alimentaires et producteurs*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/es/ess/top/country.html?lang=fr)
Consulté en 2011.

FAO, Division de la Statistique. 2008. *Cap Vert – Suivi du progrès vers des cibles du Sommet Mondial de l'Alimentation (SMA) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) visant à la réduction de la faim*. Division de la Statistique, Service des statistiques globales – Indicateurs de sécurité alimentaire. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à
http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/monitoring_progress_by_country_2003-2005/CapeVerde_f.pdf)

FAO, **FAOSTAT**. 2011. *Base de données statistiques*. Division de la Statistique. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://faostat.fao.org/site/291/default.aspx)
Consulté en 2011.

FAO/Représentation du Cap-Vert. *2009 Annual report (Feb. 2009-Jan. 2010).* Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Représentation du Cap-Vert.

FAO/SMIAR. 2011. *GIEWS Country briefs – Cape Verde (date de référence février 2011 et mai 2011)*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture/Système Mondial d'Information et d'Alerte Rapide sur l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/giews/countrybrief/country.jsp?code=CPV)

FAO/SMIAR. 2007. *Mixed food security outlook in West Africa*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture/Système Mondial d'Information et d'Alerte Rapide sur l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/giews/english/shortnews/wafrica071109.htm)

FAO/SMIAR. 2005. *Rapport spécial Cap-Vert – Mission FAO d'évaluation des récoltes et des disponibilités alimentaires (janvier 2005)*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture/Système Mondial d'Information et d'Alerte Rapide sur l'alimentation et l'agriculture. Rome.
(disponible à http://www.fao.org/docrep/007/j3972f/j3972f00.htm)

FAO et INE. 2008. *IDRF Cape Verde 2001-2002: selected results of the nutrition analysis*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Division de la nutrition et de la protection des consommateurs, Rome et Institut National de la Statistiques Cap-Vert.

FFI. 2011. *Cape-Verde – summary, January 2011*. Flour Fortification Initiative.
(disponible à http://www.sph.emory.edu/wheatflour/Africa/Cape%20Verde%20Profile%202011.pdf)

Harrisson, M.E., Hilliard, R.I., Lavine, E. 2007. Case 2: You look like you've seen a goat. *Paediatr Child Health*. 2007 May; 12(5): 389–391.
(disponible à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528716/pdf/pch12389a.pdf)

IBFAN. 2010. *The state of breastfeeding in 33 countries 2010 – Tracking infant and young child feeding policies and programmes worldwide*. International Baby Food Action Asia, World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile.
(disponible à http://www.bfmed.org/Media/Files/Documents/pdf/WBTi%20The-state-of-breastfeeding-in-33-countries-2010.pdf)

ICCIDD. 2007. *IDD Newsletter, Volume 26, Number 4, November 2007*. Conseil international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode.
(disponible à http://www.lats.org/idd/IDD-NL-nov07.pdf)

INE. 2011. *Resultados definitivos do RGPH (Recenseamento Geral da População e Habitação) 2010 [Résultats définitifs du recensement de la population et de l'habitat 2010]*. Instituto Nacional de Estatistica, Praia.
(disponible à http://www.ine.cv/actualise/destaques/files/CD/Start.pdf)

INE. 2008. *Workshop de disseminaçao dos resultados da pobreza em Cabo Verde [Atelier de diffusion des résultats de la pauvreté au Cap-Vert]*. Instituto Nacional de Estatistica, Praia.
(disponible à
http://www.ine.cv/actualise/destaques/files/APRESENTA%c3%87AO%20DADOS%20POBREZA%20-%20NIVEL%20NACIONAL%20final.pdf)

INE. 2007. *Questionario unificado de indicatores basicos de bem-estar (QUIBB) 2006 [Questionnaire unifié des indicateurs basiques de bien-être 2006*]. Instituto Nacional de Estatistica, Praia.
(disponible à http://www.ine.cv/actualise/publicacao/files/QUIBB%202006%20-%20METODOLOGIA%20E%20RESULTADOS.pdf)

INE. 2006. *Apresentaçao dos resultados definitivos do Segundo Inquerito Demografico e de Saude Reprodutiva [Présentation des résultats définitifs de la seconde enquête démographique et de santé reproductive].* Instituto Nacional de Estatistica, Praia.
(disponible à http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=99)

INE. 2000. *Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde 1998 [Enquête Démographique et de Santé reproductive, Cap-Vert 1998]*. Instituto Nacional de Estatística, Praia.

INE et Macro International Inc. 2008. *Inquerito Demografico e de Saude Reprodutiva (IDSR-II) 2005 [Enquête Démographique et de Santé reproductive, 2005]*. Instituto Nacional de Estatistica, Ministério da Saude, Praia and Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA.
(disponible à http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR203/FR203.pdf)

INE, MdS et UNICEF. 2011. *Inquerito sobre os disturbios devidos a carencia em iodo em Cabo Verde - IDDCI 2010 [Enquête sur les troubles dus à la carence en iode – IDDCI 2010]*. Instituto Nacional de Estatistica, Ministério da Saude, et UNICEF.

IRIN. 2009. *Cape Verde: Richer but still anaemic*. Réseaux d'information régionaux intégrés.
(disponible à http://www.izincg.org/publications/files/IZiNCGtechdocFNB2004.pdf/view)

Lopriore, C. Dop, M.-C., Solal-Céligny, A., Lagnado, G. 2006. Excluding infants under 6 months of age from surveys: impact on prevalence of pre-school undernutrition. *Public Health Nutrition*: 10(1), 79-87.
(disponible à
http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&pdftype=1&fid=584520&jid=PHN&volumeId=10&issueId=01&aid=584512)

MAA et FAO. 2006. *Programa Nacional de Segurança Alimentar 2007-20*11. Ministerio do Ambiente e Agricultura et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.

MADRRM, INE, MdS, ICASE. 2009. *IPAC 2009: Inquerito sobre prevalência da anemia e factores associados em crianças menores de 10 anos [IPAC: 2009: Enquête sur la prévalence de l'anémie et les facteurs associés chez les enfants de moins de 10 ans].* Ministério do Ambiente, do Desenvolvimento Rural e dos Recursos Marinhos, Instituto Nacional de Estatistica, Ministério da Saúde, Instituto Caboverdiano de Acción Social Escolar.

MdS. 2010a. *Plano de Acçao 2010 - Actividades. Programa Nacional de Nutriçao [Plan d'Action 2010 – Activités. Programme National de Nutrition]* Ministério da Saúde, Républica de Cabo Verde.

MdS. 2010b. *Programa Nacional de Nutrição.* Ministério da Saúde, Républica de Cabo Verde
(disponible à http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=103)

MdS. 2008. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011. Reforçar para uma melhor saúde [Plan National de Développement Sanitaire. Renforcer pour une meilleure santé]. Volume II.* Ministério da Saúde, Républica de Cabo Verde.

MdS et BCFPNU. 2008. *Rapport de suivi et d'évaluation de la consommation de sel iodé au Cap Vert*. Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Programme National de Nutrition et Bureau Commun des Fonds et Programmes des Nations Unies.
(disponible à http://www.pfnutrition.org/IMG/pdf/Rapport_suivi_sel_iode_-Cap_Vert_doc_complet_FR__1_.pdf

MdS et OMS. 2005. *Enquête sur la prévalence des parasitoses intestinales dans les écoles et les jardins d'enfants au Cap Vert (Novembre 2004 – avril 2005).* Ministère de la Santé, République du Cap-Vert et Organisation Mondiale de la Santé.
(disponible à http://www.afro.who.int/fr/cap-vert/cap-vert-publications.html?start=20)

MdS et UNICEF. 1996*. A saude des crianças menores de cinco anos em Cabo Verde [La santé des enfants de moins de cinq ans au Cap-Vert]*. Ministério da Saúde, Cabo-Verde et Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

MdS, INE, OMS. 2009. *Inquérito Demográfico sobre factores de risco das doenças não transmissiveis (IDNT) 2007 [Enquête Démographique sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2007]*. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística et Organisation Mondiale de la Santé.

MEA. 2007. *National Adaptation Programme of Action on Climate Change*. Ministère de l'Environnement et de l'Agriculture, Institut National de Météorologie et de Géophysique. République du Cap-Vert, Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques.
(disponible à http://www.adaptationlearning.net/sites/default/files/cpv01.pdf)

MEAP et FAO. 2004. *Agriculture et pêche: Stratégie de développement à l'horizon 2015 & Plan d'Action 2005-2008.* Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de la Pêche, Praia, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
(disponible à http://www.sia.cv/documentos/desenvolvimento_agricola.pdf)

MFAP. 2008. *Poverty Reduction and Growth Strategy Paper – II*. Ministère des Finances et de l'Administration Publique, Direction Générale du Plan. République du Cap-Vert
(disponible à
http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/CapeVerde_PRSPII(July2008).pdf)

MFP. 2004. *Growth and poverty reduction strategy paper (GPRSP).* Ministère des Finances et du Plan, République du Cap-Vert.
(disponible à
http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Cape%20Verde/PRSP/Cape%20Verde%20PRSP.pdf)

MSPS et UNICEF. 1997. *Caracterização deficiência de vitamina "A" e da anemia em crianças pré-escolares de Cabo Verde [Caractéristiques de la carence en vitamine A et de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire au Cap-Vert]*. Ministério da Saúde e Promoção Social Cabo-Verde et Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
(partiellement disponible à
http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=61&&Itemid=79)
http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=15&dir=DESC&order=date&Itemid=79&limit=5&limitstart=5

MTFIS. 2000. *National report on the follow-up to the World Summit for Children*. Ministère du Travail, de la Formation et de l'Intégration Sociale, République du Cap-Vert.
(disponible à
http://www.unicef.org/specialsession/how_country/edr_cape_verde_en.PDF)

Nations Unies. 2005. *Draft common country programme for Cape Verde (2006-2010).* Nations Unies, Conseil d'administration du Programme des Nations Unies pour le Développement et du Fonds des Nations Unies pour la Population.

Nations Unies. 2003. *Consideration of reports submitted by states parties under article 9 of the Convention – Addendum Cape Verde*. Nations Unies, Convention Internationale sur l'élimination de toute forme de discrimination raciale.
(disponible à
http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/663ec1023e3763bdc1256d63003d68e2/$FILE/G0342112.pdf)

Nations Unies Cap-Vert. Non daté, a. *On the road to the MDGs*. Nations Unies Cap-Vert.
(disponible à http://www.un.cv/en/files/MDG-ontheroad.pdf)

Nations Unies Cap-Vert. Non daté, b. *United Nations – Cape Verde – Delivering as one UN Web site*. Nations Unies Cap-Vert.
(disponible à http://www.un.cv/en/)

Ntambwe-Kibambe. 1997. *Enquête nationale sur la carence en iode et la consommation du sel au Cap Vert - rapport final.* Ministère de la Santé et Promotion Sociale, République du Cap-Vert.

OMS. 2011. *Base de données sur l'anémie.* Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux (VMNIS). Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/fr/index.html)
Consulté en 2011.

OMS. 2011. *Base de données sur la carence en vitamine A*. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux (VMNIS). Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://www.who.int/vmnis/database/vitamina/fr/index.html)
Consulté en 2011.

OMS. 2011. *Base de données sur les troubles dus à une carence en iode*. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux (VMNIS). Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://www.who.int/vmnis/database/iodine/fr/index.html)
Consulté en 2011.

OMS. 2010. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS10_Full.pdf)

OMS. Non daté. *Health and Development – Cape Verde*. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://www.who.int/countries/cpv/healthdev/en/index.html)

OMS, GHO. 2011. Global Health Observatory Data Repository. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://apps.who.int/ghodata/)
Consulté en 2011.

OMS, WHOSIS. 2011. *Système d'information statistique de l'OMS*. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible à http://www.who.int/whosis/fr/index.html)
Consulté en 2011.

OMS/FAO. 2003. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques*. Rapport d'une consultation conjointe d'experts OMS/FAO. OMS, Série de Rapports techniques 916. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Suisse.
(disponible en anglais à http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf)

OMS/UNICEF. 2010. *Cape Verde: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage, 1997 – 2009. (data as of 2 July 2010).* Organisation Mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
(disponible à http://www.who.int/immunization_monitoring/data/cpv.pdf)

PAM. 2010a. *Repas scolaires au Cap Vert - Un succès national.* Programme Alimentaire Mondial, Rome.
(disponible à http://appablog.wordpress.com/2010/09/07/programme-alimentaire-mondial-des-nations-unies-pam-repas-scolaires-au-cap-vert-un-succes-national/)

PAM. 2010b. *Regional Bureau for West Africa*. Programme Alimentaire Mondial, Rome.
(disponible à http://one.wfp.org/appeals/projected_needs/documents/2010/OMD.pdf)

PAM. 2005. *Projet de descriptif de programme commun de pays pour le Cap-Vert (2006-2010)* Programmes de pays, Point 7 de l'ordre du jour, Deuxième session ordinaire du Conseil d'Administration, Rome 7-11 novembre 2005. Programme Alimentaire Mondial. Rome.
(disponible à http://one.wfp.org/eb/docs/2005/wfp077053~1.pdf)

PAM. Non daté. *Projet d'assistance aux cantines des écoles primaires et des jardins d'enfants – Cap-Vert 10409.*0. Programme Alimentaire Mondial, Rome.
(disponible à http://one.wfp.org/operations/current_operations/project_docs/104090.pdf)

PAM, FAIS. 2011. *Food Aid Information System*. Programme Alimentaire Mondial. Rome.
(disponible à http://www.wfp.org/fais/)
Consulté en 2011.

PEA. 2011. *Cap-Vert (fiche pays).* Perspectives Economiques en Afrique.
(disponible à http://www.africaneconomicoutlook.org/fr/countries/west-africa/cape-verde/, mise à jour juin 2011)

PNUD. 2010. *Rapport mondial sur le développement humain 2010.* Programme des Nations Unies pour le développement. New York. USA.
(disponible à http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/fr/)

RCV et Nations Unies Cap-Vert. 2009. *The One Programme in Cape Verde 2008/2011 (Annex 2).* République du Cap-Vert et Nations Unies Cap-Vert .
(disponible à http://www.undg.org/docs/10241/2-ONE-PROGRAMME-in-Cape-Verde---English-version.June09.pdf)

Rodrigues, J.M. 2010. *Transição epidemiológica em Cabo Verde e seus determinantes [La transition épidémiologique au Cap-Vert et ses déterminants]*. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.
(disponible à http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010rodrigues-jm.pdf)

RSW. 2004. *Africa South of the Sahara 2004*. Regional Surveys of the World.

Silva, J. H. C. 2009. *Importância de horticultura para a segurança alimentar em Cabo Verde – Estudo de Caso na Ilha do Fogo [Importance de l'horticulture pour la sécurité alimentaire au Cap-Vert – Etude de cas de l'île de Fogo].* Institut Supérieur d'Agronomie, Université Technique de Lisbonne, Rapport pour l'obtention du grade de Maître en Ingénierie Agronomique.
(disponible à
http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/617/1/IMPORT%C3%82NCIA%20DA%20HORTICULTURA%20PARA%20A%20SEGURAN%C3%87A%20ALIMENTAR%20EM%20CABO%20VERDE.pdf)

Silva, O., Nascimento, G., Almada, E. 2005. *Impacts des politiques liées au commerce dans la gestion des ressources halieutiques en Afrique de l'Ouest: le cas du Cap-Vert.* Rapport préparé pour le Programme Pêche, Commerce et Environnement en Afrique de l'Ouest (PCEAO) sous la direction de Papa Gora Ndiaye et Papa Samba Diouf. INDP, ENDA, WWF.
(disponible à http://www.repao.org/pceao/Etudes%20Pays/CAPVERT.pdf)

UE/CEDEAO. 2002. *Diagnostic stratégique de filières agro-industrielles - Rapport Cap-Vert (version provisoire)*. Union Européenne/Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest.
(disponible à http://www.hubrural.org/pdf/agroind-capvert.pdf)

UNESCO. 2010. *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2010*. Institut de Statistique de l'UNESCO. Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. Montréal. Canada.
(disponible à http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001903/190350f.pdf)

UNESCO. 2009. *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2009*. Institut de Statistique de l'UNESCO. Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. Montréal. Canada.
(disponible à http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001850/185076f.pdf)

UNICEF. 2011. *La situation des enfants dans le monde 2011.* Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (disponible à http://www.unicef.org/french/sowc2011/index.php)

UNICEF. 2009. *Maternal, newborn and child survival – Cape Verde*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
(disponible à
http://www.devinfo.org/profiles/ACSD/AFRICA/DI%20Profile%20-%20Cape%20Verde%20-%2020081212.pdf)

UNICEF. 2007. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa – 25 years implementing the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
(disponible à http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Pub_Breastfeeding.pdf)

UNICEF. Non daté. *Analytic report of the national progress – "plus 5" revision of the Special Session of the United Nations General Assembly on Children 2002*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
(disponible à http://www.unicef.org/worldfitforchildren/files/Cape_Verde_WFFC5_Report.pdf)

UNICEF, Statistics by area. 2011. *Maternal Mortality ratio 1990-2008 (UN Inter-agency estimates).* Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
(disponible à http://www.childinfo.org/maternal_mortality_ratio.php)
Consulté en 2011.

UNICEF Cap-Vert. 2008. *Centre d'urgence pour enfants et SOS Criança*. The World Congress III Against Sexual Exploitation of Children and Adolescents, Rio de Janeiro, 25-28 novembre 2008. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Cap-Vert.
(disponible à http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_WCIII_good_practice_Capeverde_fr.pdf)

UNSTAT. 2011. *Base de données sur les indicateurs du millénaire*. Division des Statistiques des Nations Unies. New York. USA.
(disponible à http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx)
Consulté en 2011.

USDA. 2011. *USDA National Nutrient Database for Standard Reference - Nutrient Data Laboratory Home Page*. Standard release 22. United States Department of Agriculture, Agricultural Research Service. Beltsville. USA.
(disponible à http://www.nal.usda.gov/fnic/foodcomp/search/)
Consulté en 2011

Yang, H. et de Onis, M. 2008. Algorithms for converting estimates of child malnutrition based on the NCHS reference into estimates based on the WHO Child Growth Standards. *BMC Pediatrics* 2008, 8:19.
(disponible sur http://www.who.int/childgrowth/publications/algorithms.pdf)

job number: bc624f