Objectifs du Millénaire pour le Développement

RAPPORT 2004

CAP-VERT

OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT AU CAP VERT

RAPPORT 2004

UNE EVALUATION DES EFFORTS ACCOMPLIS

Table des matières

Avant Propos		
Sigles et abréviations		**i**
Liste des tableaux OMD		**iii**
Liste des graphiques		**iv**
Liste des encadrés		**iv**
Résumé exécutif		**v**
Introduction		**1**
Chapitre I	**Réduire l'Extrême Pauvreté et l'Insécurité Alimentaire**	**4**
Chapitre II	**Assurer une Education Primaire pour T ous**	**13**
Chapitre III	**Promouvoir l'Égalité des Sexes et l'Autonomisation des Femmes**	**17**
Chapitre IV	**Réduire la Mortalité des Enfants de moins de cinq ans**	**23**
Chapitre V	**Améliorer la santé Maternelle**	**27**
Chapitre VI	**Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme e t d'autres Maladies**	**30**
Chapitre VII :	**Assurer un environnement Durable : Biodiversité, Approvisionnement en Eau et Habitat pour les Pauvres**	**35**
Chapitre VIII	**Mettre en Place un Partenariat Mondial pour le Développement**	**44**
Chapitre IX	**Suivi et Système d'Information sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement**	**49**
Conclusion		**51**
Tableau Synoptique des perspectives des OMD au Cap Vert		**53**
Annexe	**Indicateurs de base du Cap Vert**	**55**

Avant-propos

Le chef du Gouvernement du Cap Vert, Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, a lancé, le 29 juillet 2003, la campagne nationale sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dont la réalisation est une préoccupation majeure et permanente au Cap Vert. Cette campagne a impliqué, à partir de cette année 2003, les médias publics et privés, les Organisations non gouvernementales (ONG) et la société civile (OSC), le Gouvernement et les Agences du Système des Nations Unies. Elle est appelée à se poursuivre pour assurer une appropriation nationale des objectifs qui sont :

- de réduire l'extrême pauvreté et la faim,
- d'assurer l'éducation primaire pour tous,
- de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,
- de réduire la mortalité infantile,
- d'améliorer la santé maternelle,
- de combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies,
- d'assurer un environnement durable,
- de mettre en place un partenariat mondial pour le développement,

Le Cap Vert, à l'instar des autres pays du monde, s'est engagé, en septembre 2000 lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies, à créer les conditions nécessaires à leur réalisation. C'est pourquoi lors du lancement de la campagne sur les OMD en juillet 2003, Son Excellence Monsieur le Premier Ministre s'est engagé à mettre tout en œuvre pour la production du premier rapport du Cap Vert dans le but d'évaluer les progrès réalisés et de faire le point sur les efforts qui restent à faire pour atteindre ces objectifs dans les délais prévus. Il est ainsi possible de sensibiliser le public et de susciter un débat sur les différents OMD et les problèmes liés à leur réalisation, de définir les mesures qui s'imposent pour se rapprocher des cibles fixées et de forger un partenariat efficace pour l'atteinte des OMD au Cap Vert dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté.

Le processus d'élaboration du premier rapport sur les progrès réalisés par le Cap Vert dans l'atteinte des OMD a été participatif avec une implication importante des ONG, des Organisations de la Société Civile, du secteur public, du secteur privé et des Agences du Système des Nations Unies. Le rapport qui fait l'objet de la présente publication est le fruit de ce processus participatif ; il traduit la réaffirmation de l'engagement du Cap Vert et de ses partenaires au développement dans l'atteinte des OMD.

Il est tout à fait possible pour le Cap Vert d'atteindre les OMD à l'horizon 2015 compte tenu, d'une part, des avancées non négligeables enregistrées sur le front du développement humain et, d'autre part, de la volonté des pouvoirs publics exprimée dans le Plan National de Développement (2002-2005) et dans la stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté pour la période 2004-2007. Les résultats déjà atteints sont encourageants mais l'apport de la communauté internationale reste déterminant dans la mise en œuvre des politiques nationales de développement.

Pour le Gouvernement

Dr. João Pinto Serra
Ministre des Finances et du Plan

Pour le Système des Nations Unies

M. Joseph Byll-Cataria
Coordonnateur Résident du
Système des Nations Unies

Sigles et Abréviations

ACP/UE	:	Accord Afrique C araïbe Pacifique/Union Européenne
ADP	:	Aide Publique au Développement
AGOA	:	African Growth Opportunity Act
APE	:	Accords de Partenariat Economique
ARFA	:	Agence de Régulation des Produits Pharmaceutiques
ARV	:	Anti Retro Viraux
BAD	:	Banque af ricaine de Développement
BCG	:	Bacille Calmette et Guérin
BM	:	Banque Mondiale
CARICOM	:	Communauté Economique des Caraïbes
CCS-Sida	:	Comité de Coordination de lutte contre le Sida
CCV	:	Construction du Cap Vert
CEDEAO	:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'ouest
CSRP	:	Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté
CEMAC	:	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CVT	:	Cap Vert Télécom
DOT	:	Traitement sur Observation Directe
EMPROFAC	:	Entreprise Nationale de Produits Pharmaceutiques
ENPA-DB	:	Stratégie et Plan d'Action sur la Biodiversité
FAIMO	:	Fronts de Haute Intensité de Main d'œuvre
GTZ	:	La coopération allemande
ICF	:	Institut de la Condition Féminine
IDA	:	Agence Internationale pour le Développem ent
IDRF	:	Enquêtes sur les Dépenses et les Recettes des Familles
IDRS	:	Enquête Démographique et de Santé Reproductive
IEC	:	Information Education et Communication
IFH	:	Institut Immobilière, Foncière et Habitat
IEPP	:	Institut de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
IMC	:	Indice de Masse Corporelle
INDP	:	Institut National des Pêches
INGRH	:	Institut National des Ressources Hydriques
INE	:	Institut National de Statistique
INFIRMA	:	Industries Pharmaceutiques
INIDA	:	Institut Nati onal pour l'Environnement
IRA	:	Infection Respiratoire Aiguë
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
ISDR	:	Enquête Démographique de Santé Reproductive
NIC	:	Nouvelle Initiative Canadienne
OMC	:	Organisation Mondiale du Commerce
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
PAM	:	Programme Alimentaire Mondial
PANA	:	Plan d'Action National pour l'Envi ronnement
PAN-LCD	:	Programme d'Action National de Lutte Contre la Désertification
PAV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMA	:	Pays Moins Avancés

PMT	:	Plan Moyen Terme
PND	:	Plan National de Développement
PNLS	:	Programme National de Lutte Contre le Sida
PNLP	:	Programme National de Lutte contre la Pauvreté
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRE	:	Programme de Reforme Economique
PROMEF	:	Projet de Consolidation et de Modernisation de l'Educ ation et Formation (PROMEF)
PROMEX	:	Centre de Promotion de l'Investissement et des Exportations
SEN	:	Système Statistique National
SIG	:	Système d'Information Géographique
SR	:	Santé Reproductive
TMI	:	Taux de Mortalité Infantile
TMM5	:	Taux de Mortalité des Moins de 5 ans
VIH/Sida	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

Liste des Tableaux OMD

			Pages
Tableau 1	:	Pauvreté des ménages selon la situation du chef de ménage	5
Tableau 2	:	Degré de concentration des revenus	6
Tableau 3	:	Evolution des taux d'alphabétisation	15
Tableau 4	:	Les défis pour une éducation primaire pour tous	16
Tableau 5	:	Taux de scolarisation par genre et Ratios Filles/Garçons dans l'enseignement	17
Tableau 6	:	Inscriptions dans les établissements de l'Enseignement Moyen et Supérieur pour l'Année scolaire 2000/2001	18
Tableau 7	:	Taux d'analphabétisme et effectifs d'analphabètes dans la population résidente âgée de 15 ou plus	18
Tableau 8	:	Participation des femmes selon les catégories professionnelles	19
Tableau 9	:	Participation des femmes selon le type d'emploi	19
Tableau 10	:	Participation des femmes dans les organes de décision – année 2003	19
Tableau 11	:	Mouvement des procédures cr iminelles (Entrées de procédures)	20
Tableau 12	:	Taux de mortalité par cause de décès de 1996 à 2000 (pour mille)	24
Tableau 13	:	Evolution du taux de couverture vaccinale contre la rougeole et des enfants complètement vaccinés	24
Tableau 14	:	Evolution de l'incidence des maladies prévues au programme élargi de vaccination (PAV) (pour mille)	24
Tableau 15	:	Comparaison des couvertures vaccinales selon les enquêtes de 1999 et 2002	24
Tableau 16	:	Evolution de l'utilisation des services pour les gros sesses précoces	27
Tableau 17	:	Evolution des nouveaux cas de SIDA	30
Tableau 18	:	Taux de prévalence et total des femmes en grossesse testées dans les centres prénataux	30
Tableau 19	:	Evolution de l'incidence de la tuberculose et des décès causés pa r cette maladie	33
Tableau 20	:	Zones forestières et émission de dioxyde de carbone	35
Tableau 21	:	Evolution des surfaces forestières	36
Tableau 22	:	Taux d'accès à l'eau potable	38
Tableau 23	:	Taux d'accès à l'eau potable par municipalité en 2000	39
Tableau 24	:	Proposition de programme ayant une vision durable	41
Tableau 25	:	Nombre de maisons construites dans le cadre de l'habitat social entre 1990 -2002	43
Tableau 26	:	Evolution de la dette extérieure	47
Tableau 27	:	Evolution des indic ateurs téléphoniques	48

Liste des graphiques OMD

			Pages
Graphique 1	:	Pauvreté urbaine et rurale en 2002	4
Graphique 2	:	Distribution des pauvres par île	5
Graphique 3	:	Taux de pauvreté et d'extrême pauvreté par île	6
Graphique 4	:	Evolution du taux de pauvreté absolue	7
Graphique 5	:	Répartition de la population adulte de plus de 17 ans en fonction de l'IMC	8
Graphique 6	:	Situation de retard de croissance par île	9
Graphique 7	:	Situation de l'émaciation par île	9
Graphique 8	:	Tendances de la malnutrition	10
Graphique 9	:	Evolution du taux de scolarisation	13
Graphique 10	:	Analyse de cohorte 1996	14
Graphique 11	:	Evolution tendancielle du taux d'élèves finissant le cycle : groupes 1990 -2001	14
Graphique 12	:	Taux d'activité par sexe	18
Graphique 13	:	Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5)	23
Graphique 14	:	Evolution du taux de mortalité infantile (TM1)	23
Graphique 15	:	Evolution du taux de mortalité maternelle	27
Graphique 16	:	Evolution des ca s de paludisme	32
Graphique 17	:	Evolution de l'aide publique au développement (APD) en pourcentage du PIB	46

Liste des encadrés OMD

			Pages
Encadré 1	:	Les femmes dans la législation	20
Encadré 2	:	La question du genre dans les Documents politiques stratégiques importants	21

RESUME EXECUTIF

INTRODUCTION

Archipel situé entre l'Atlantique Nord et l'Atlantique Sud, le Cap Vert est à quelques 500 km à l'ouest de Dakar au Sénégal. Le pays, d'une superficie de 4033 km^2 , est constitué de dix îles dont neuf habitées. La moitié de la population vit à Santiago, la plus importante de ces îles et site de la capitale Praia. La population est estimée à 458.030 habitants (2002) tandis que le nombre des émigrés capverdiens vivant à l'étranger dépasserait la population résidente. La pénurie de terres et les sécheresses fréquentes ont forcé plusieurs capverdiens à émigrer vers les Etats-Unis, l'Europe, l'Angola, le Sénégal et la Guinée-Bissau. Le Cap Vert a accédé à l'indépendance en 1975.

LE CONTEXTE ECONOMIQUE ET SOCIAL

Le Cap Vert se distingue au sein de l'Afrique au sud du Sahara par ses performances de croissance et de développement humain. L'économie capverdienne est en effet l'une des rares en Afrique subsaharienne à avoir connu une forte croissance au cours de la décennie 1990 avec un taux moyen en termes réels de 6,1% par an. Cette croissance est restée proche de 5% entre 2001 et 2003. Avec un taux de croissance démographique de l'ordre de 2,2% par an, le Produit intérieur brut (PIB) s'est donc accru en termes réels de 3,7% pendant la décennie 1990 et de 2,9% entre 2001 et 2003. Le PIB réel par habitant est passé de 902 dollars US en 1990 à 1420 US dollars en 2002.

L'indicateur de développement humain[1] (IDH) qui exprime les progrès en matière d'espérance de vie, de revenu et d'éducation est passé de 0,587 en 1990 à 0,631 en 1995 et 0,670 en 2002 (PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, RNDH, 2004). Mais surtout le Cap Vert est l'un des pays le mieux placé en Afrique subsaharienne en termes d'IDH (Cf. Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 2003 et 2004). Dans le même temps, l'indicateur de pauvreté humaine (IPH) exprimant les privations en matière de longévité, d'alphabétisation, et de conditions de vie décentes sur le plan économique en général a baissé de 28,8% en 1990 à 24,8% en 1995, 19,1% en 2000 et 17,7% en 2002 (PNUD, RNDH, 2004).

En dépit de ces avancées en matière de développement humain, le Cap Vert reste un pays vulnérable tant par la faiblesse et l'instabilité de sa pluviométrie que par sa dépendance vis-à-vis de l'Aide publique au développement (APD) et des importations de combustibles et de produits alimentaires. Les ressources naturelles sont rares. Les précipitations annuelles ne dépassent pas 227 mm ; les écoulements superficiels s'évaporent ou rejoignent la mer pour l'essentiel et 13% seulement des eaux de pluie s'infiltrent dans le sol pour alimenter les nappes phréatiques. L'aide publique au développement qui était de 13,5% du PIB en 2001 a représenté 24,1% et 23,3% du PIB respectivement en 1998 et en 1999 et bien plus durant la décennie 1990. A cette forte dépendance de l'APD s'ajoutent les transferts provenant de l'émigration qui ont représenté environ 10% du PIB ces dernières années. L'APD et les transferts des émigrés permettent au Cap Vert de suppléer l'absence d'épargne domestique et donc de favoriser la réalisation des investissements. L'épargne domestique en pourcentage du PIB déjà négative en 1992 avec –3,5% est tombée à –14,4% en 2001 et –15% en 2002. Dans le même temps, les investissements domestiques en pourcentage du PIB étaient de 34,5% en 1992, 19% en 2001 et 21,6% en 2002. En 2001 et 2002 l'Etat capverdien a financé ses investissements respectivement à hauteur de 55,8% et 54,8% grâce aux dons en capital contre des financements propres respectifs de 15,4% et 8,1% (FMI, 2003).

La gestion des finances publiques est relativement rigoureuse, enregistrant un surplus primaire en pourcentage du PIB de 0,5% en 2001 et 3,9% en 2002 (FMI, 2003). Les salaires ont représenté 44,3% et 41,2% des ressources gouvernementales propres respectivement en 2001 et 2002. Mais le poids des transferts et des subventions a atteint au cours de ces deux années respectivement 38,6% et 27,6% des recettes gouvernementales propres. Le solde budgétaire incluant les dons a été respectivement de –4,6% et de –1,8% en 2001 et 2002. Hors dons, le solde budgétaire en pourcentage du PIB était pour ces deux années considérées respectivement de –10,4% et de –10,2% (FMI, 2003).

[1] Le Rapport Mondial du PNUD (2004) donne des estimations de l'IDH et de l'IPH supérieures à celles ici calculées par l'INE.

L'économie capverdienne reste dominée par les services (commerce, transport et services publics) avec une contribution au PIB d'environ 71,6% en 2002 contre 17,2% pour l'industrie et 11.2% pour le secteur agricole et de la pêche.

La croissance des investissements nationaux se heurte à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer la faiblesse du marché intérieur, l'absence d'économies d'échelle, le manque d'épargne locale, et un système financier embryonnaire, peu tourné vers le crédit à la production industrielle.

Le Cap Vert souffre aussi de sa faible capacité exportatrice qui s'est pourtant améliorée en permettant de couvrir les importations de 15,7% en 2001 et 14,8% en 2002 contre 2,2% en 1992.

Le Cap Vert connaît une forte dépendance alimentaire d'autant plus que la production agricole locale ne peut couvrir que 20% des besoins alimentaires de base de la population. Le potentiel de développement agricole est limité par des conditions climatiques arides et semi-arides et par la faible superficie des terres cultivables (environ 42 000 ha, soit moins de 10% de la surface totale). En plus des aléas climatiques et des sols globalement peu productifs, l'eau constitue l'élément critique de la production agricole pluviale, et la variabilité extrême de ce facteur engendre des productions pluviales très aléatoires et imprévisibles.

Mais le Cap Vert, en dehors de sa vulnérabilité, connaît aussi, de par son insularité, une forte discontinuité territoriale qui renchérit les coûts des facteurs, gêne le développement du marché interne et limite la réalisation des économies d'échelle et externes. L'insularité du pays entrave la transmission des effets de la croissance des îles prospères vers celles qui le sont moins (particulièrement les îles rurales).

Le Cap Vert peut être considéré comme l'un des pays les moins endettés en Afrique subsaharienne avec un encours de la dette extérieure de 331 millions de dollars en 2001 représentant 61% du PIB et un service de la dette en pourcentage des exportations de 13% au cours de la même année. La dette extérieure, quoique peu lourde par rapport à ce qu'elle est dans les autres pays africains, pourrait se révéler peu soutenable en cas de ralentissement de l'activité économique et de recours excessif aux ressources non concessionnelles.

UNE GOUVERNANCE DEMOCRATIQUE ET ECONOMIQUE EN PHASE AVEC LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

La réalisation des objectifs du millénaire pour le développement exige une politique équilibrée alliant stabilité macro-économique, bonne gouvernance et participation des populations pour un meilleur accès aux services sociaux de base. Dans le cadre du pacte du millénaire pour le développement scellé entre les dirigeants du monde lors de la Conférence internationale sur le financement du développement tenue à Monterrey au Mexique en mars 2002, les pays riches et les pays pauvres ont pris l'engagement d'instaurer un nouveau partenariat consistant à :

- Appliquer des politiques rationnelles,
- Instaurer une bonne gouvernance à tous les niveaux et à assurer la primauté du droit ;
- Attirer les flux internationaux de capitaux ;
- Promouvoir le commerce international en tant que moteur du développement ;
- Intensifier la coopération financière et technique internationale pour le développement, le financement viable de la dette et l'allégement de la dette extérieure

Le Cap Vert s'est forgé en matière de gouvernance, avec la force de l'histoire et la clairvoyance de ces dirigeants, une vision concertée et consensuelle de la transformation du pays vers une société dynamique fondée sur le développement des ressources humaines en mesure de bénéficier des opportunités qu'offre la globalisation. Le Cap Vert est devenu une société démocratique de référence caractérisée par des alternances politiques sans heurts en 1991 avec la victoire électorale du MPD face au PAICV au pouvoir entre 1975 et 1991 et la reprise du pouvoir par le PAICV en 2001 après de nouvelles élections démocratiques et pluralistes.

Dans le domaine de la planification stratégique et de la gestion de l'économie, le Cap Vert, après une phase de programmation dictée par les aléas climatiques durant les premières années de son indépendance entre 1976 et 1978, a adopté successivement cinq plans à moyen terme. Cette expérience de planification centralisée n'a pas gêné le passage vers une économie de marché et décentralisée. La planification stratégique s'est

poursuivie par l'adoption des Grandes options du plan (GOP) et du Plan national de développement (PND) 2002-2005 qui fait également l'objet de plans sectoriels tels que le Programme national de lutte contre la pauvreté. Les Grandes options du plan et le Plan national de développement (2002-2005), en mettant l'accent sur la promotion de la bonne gouvernance, des capacités entrepreneuriales, de la compétitivité et de la croissance, le développement du capital humain, la promotion d'une politique globale et solidaire de réduction de la pauvreté et le développement des infrastructures économiques et sociales, créent un contexte favorable à l'achèvement des OMD au Cap Vert. Mais, comme le montrera l'examen de chacun des OMD des efforts complémentaires seront utiles pour conforter les résultats déjà atteints lorsque la tendance est bonne ou pour changer de type de politiques et accélérer le rythme d'atteinte de l'OMD.

ORGANISATION DU RAPPORT

Ce rapport traitera de chacun des huit OMD suivants :

1. *Réduire l'extrême pauvreté et l'insécurité alimentaire ;*
2. *Assurer l'éducation primaire pour tous ;*
3. *Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;*
4. *Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;*
5. *Améliorer la santé maternelle ;*
6. *Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ;*
7. *Assurer un environnement durable ;*
8. *Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.*

Chacun des objectifs du millénaire pour le développement comporte des cibles et des indicateurs spécifiques (18 cibles et 48 indicateurs pour l'ensemble des OMD). Chaque objectif sera traité dans un chapitre distinct. Ce mode d'exposition permet d'exposer la situation relative à chaque OMD et évite une présentation transversale qui tendrait à privilégier certains objectifs au détriment des autres. Sur les sept premiers OMD, le rapport procédera à une analyse de la situation sur la période 1990-2002 et montrera la tendance de l'évolution de l'objectif considéré sur la base des indicateurs définis. L'environnement dans lequel se réalise l'OMD considéré sera ensuite examiné pour voir si la volonté politique existe et si des programmes et des politiques ont été définis pour y arriver. De même, seront évoqués les facteurs qui gênent la réalisation de l'OMD considéré. La mise en évidence des défis constitue aussi un aspect important abordé pour chacun des OMD. L'importance du retard à combler pour la réalisation de l'OMD sera soulignée. Les priorités de l'aide publique au développement pour les sept OMD seront ensuite spécifiées. L'OMD *« Mettre en place un partenariat mondial pour le développement »*, fera l'objet d'un traitement particulier basé sur les différentes cibles considérées. Le présent rapport fera aussi l'état des lieux du processus de suivi et du système d'information statistique particulièrement dans les domaines couverts par les OMD. La conclusion du rapport résumera les principaux défis que le Cap Vert doit relever pour l'achèvement effectif des OMD en 2015 ou dans des délais raisonnables.

CHAPITRE I : REDUIRE L'EXTREME PAUVRETÉ ET L'INSECURITE ALIMENTAIRE

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCE

Les données relatives au phénomène de pauvreté au Cap-Vert proviennent des Enquêtes sur les Dépenses et les Recettes des ménages (EDRF) de 1988/89 et 2001/2002. Les seuils de pauvreté utilisés au Cap Vert reposent sur une notion de pauvreté relative. Le seuil de pauvreté le plus élevé de l'EDRF 2001/2002 correspond à 60% du niveau médian des dépenses annuelles par habitant. Le seuil de pauvreté extrême situe le niveau des dépenses annuelles à 40% du niveau médian. En termes monétaires, le seuil de pauvreté était de 43.250 escudos en 2002 (392 euros) et celui d'extrême pauvreté de 28.833 escudos (261,5 euros).

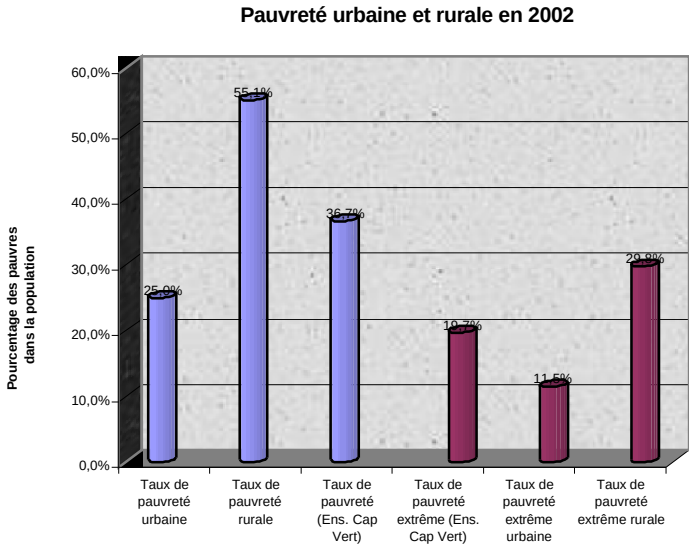
Cible 1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de personnes qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté

1. Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté

Le taux de pauvreté relative[2] est définie par l'INE selon une ligne de pauvreté estimée à 60% de la médiane des dépenses annuelles par habitant. Il a a augmenté au Cap Vert de 30% en 1988/89 à 36,7% en 2001/02. Quant au taux d'extrême pauvreté[3], il est estimé à 14% et 19,7% durant les mêmes années. Cependant en termes de pauvreté absolue, la tendance serait plutôt à la réduction de la pauvreté. La pauvreté demeure plus marquée dans les zones rurales qu'urbaines (Cf. *Graphique 1*). Les pauvres au Cap Vert étaient de sexe féminin à 51, 6% en 2002. Les femmes très pauvres représentaient 51,3% de la population très pauvre du pays. Mais ces estimations sont à rapprocher au poids de la population féminine dans le pays.

En effet les capverdiennes représentent 52% de la population totale, ce qui semble indiqué qu'il n'y aurait pas une prévalence à la pauvreté plus marquée pour les femmes. Toutefois, 53% des ménages dirigés par des femmes étaient exposés à la pauvreté en 2002.

Graphique 1



Source : INE, (EDFR, 2002)

Les ménages dont le chef se trouve au chômage sont plus exposés à la pauvreté que d'autres. Pour le moins, 46% des ménages dont le chef est au chômage sont pauvres et 60% de ces derniers sont très pauvres. Le tableau 1 indique que l'incidence de la pauvreté est plus faible chez les ménages dont le chef travaille ou est retraité.

[2] Le seuil de pauvreté relatif représente le minimum considéré comme vital exprimé en fonction du revenu national. Toute personne vivant en dessous de ce minimum, dans le cas présent 60% des dépenses annuelles par habitant, est considérée pauvre ou très pauvre selon les cas.

[3] Le seuil de pauvreté extrême correspond à 40% du niveau médian des dépenses annuelles.

Tableau 1 : Pauvreté des ménages selon la situation du chef de ménage

Activité économique du chef de ménage	Ensemble des Pauvres	Très pauvres	Poids des très pauvres
Avec emploi	26,1	13,4	51,7
Au chômage	43,9	21,3	48,4
Etudiant	6,6	6,6	100,0
Domestique	29,1	13,0	44,7
Retraite	25,7	11,2	43,8
Invalidité	38,2	22,5	58,9
Autres	29,4	12,5	42,3
Total	28,0	14,0	50,1
Chef actif	27,7	14,2	51,3
Taux de chômage des chefs	14,1	15,4	
Chefs inactifs	28,9	13,5	46,8

Source : INE – ERF 2002

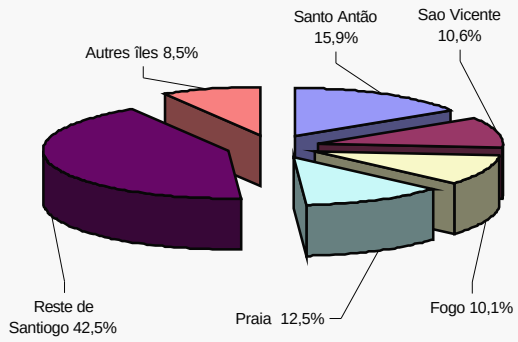
Cependant, l'emploi du chef de ménage n'est pas toujours suffisant pour préserver les membres du ménage de la pauvreté. Ainsi pour le quart des ménages pauvres dont le chef travaille, la moitié de ces derniers (52%) sont très pauvres. De la même façon, un peu plus du quart des ménages dont le chef est à la retraite sont également pauvres et près de la moitié de ces derniers sont très pauvres (Tableau 1). L'absence d'instruction expose aussi à la pauvreté. En effet, des 32.000 chefs de ménage qui ne savent ni lire ni écrire, près de 42% sont pauvres (23% sont très pauvres). A peine 22% des ménages non pauvres sont dirigées par des chefs de ménage sans aucun niveau d'instruction.

La prévalence de la pauvreté est d'autant plus élevée que les personnes appartiennent à des ménages dont le chef vit en milieu rural, est sans emploi, analphabète ou est une femme.

La répartition spatiale de la pauvreté

S'agissant de la distribution territoriale des pauvres, le *graphique 2* montre que 55% des pauvres vivent dans l'île de Santiago dont 12.5% à Praia. São Antão, São Vicente et Fogo concentrent respectivement 15,9%, 10,6% et 10,1% des pauvres contre 8,5% pour les autres îles (Sal, Boavista, Mao, São Nicolau et Brava). Cette distribution de la pauvreté par île ne suit pas exactement la répartition spatiale de la population dans le pays. En effet, l'île de Santiago concentre 54,3% de la population, mais Praia la capitale se révèle nettement moins pauvre comparativement à son poids démographique (22,6%). Fogo, le reste de Santiago et São Antão avec des poids démographiques respectifs de 8,8%, 31,7% et 10,8% ont un apport dans la pauvreté totale plus élevé que leur poids démographique. São Vicente et les autres îles, avec des poids démographiques respectifs de 15,2% et 10,9%, ont, comme Praia une contribution à la pauvreté totale plus faible que leur poids démographique.

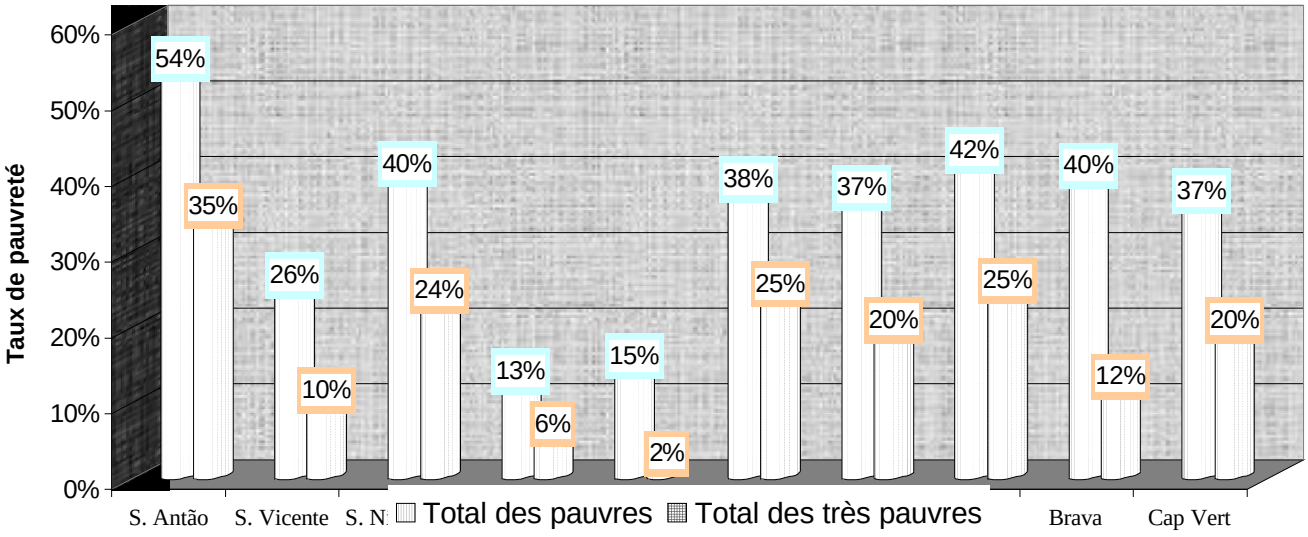
Graphique 2
Distribution des pauvres par île



Source: INE (EDRF 2002), 2003

La répartition pa île de la pauvreté montre que Santo Antão possède la plus importante proportion de pauvres (54%), suivie par les îles de Fogo (42%), Brava (40%) et São Nicolau (40%) (Cf. *Graphique 3*). A l'opposé, les îles de Boavista (15%), Sal (13%) et São Vicente (26%) se situent sous la moyenne nationale. L'extrême pauvreté est aussi plus forte dans l'île de Santo Antão (35%) puis suivent les îles de Fogo (25%), Maio (25%) et São Nicolau (24%). Les îles les moins affectées sont celles de Boavista (2%), Sal (6%), São Vicente (10%) et Brava (12%). La différence est forte entre les extrêmes, Santo Antão et Sal/Boavista, dans un cas, une île essentiellement agricole avec une population à prédominance rurale, et de l'autre des îles où domine l'activité touristique.

Graphique 3
Taux de pauvreté et d'extrême pauvreté par île



Source: INE (EDRF 2002), 2003

2. Part du cinquième les plus pauvres dans la consommation nationale : L'aggravation des inégalités

Les 20% de la population la plus pauvre représentent à peine 3% de la consommation nationale. Par contre, les 10% de la population la plus favorisée, absorbent 50% de la consommation nationale, et les 20% les plus favorisés, concentrent 65% de la consommation nationale (cf. T*ableau 2*).

Tableau 2: Degré de concentration des revenus

Pourcentage des ménages des plus pauvres à l'ensemble des ménages	Degré de concentration des revenus
20	3
40	10
50	12,5
60	19
80	35
90	48,5
100	100

Source : INE, (EDRF 2002), 2003

L'Indice de Gini[4] qui exprime le degré des inégalités dans la distribution des revenus a augmenté de 0,43 en 1989 à 0,59 en 2002.

L'île de Santo Antão, présente le niveau le plus élevé de concentration des revenus, avec 5% de la population responsable de 50% de la consommation, suivie par São Vicente et Fogo. Les îles de Boavista et São Nicolau montrent des niveaux de concentration relativement modérés. Les plus grandes aggravations de l'inégalité depuis 1989 sont vérifiées pour les îles de São Vicente (+55%), suivies de Fogo (+46%) et Santiago (+40%).

3. Ecart de pauvreté

L'écart de pauvreté représente la distance séparant la moyenne des dépenses des pauvres comme un pourcentage du seuil de pauvreté. Il represente aussi le montant théorique des ressources à transférer aux pauvres pour les sortir de leur situation. La valeur de cet indice est de 10% du seuil de pauvreté[5]. Cela signifie que le pauvre devra avoir un revenu additionnel équivalent à 10% du seuil de pauvreté pour ne plus être considéré comme pauvre.

4. Tendances de la pauvreté et de l'extrême pauvreté

La dynamique de la pauvreté au Cap Vert a fait l'objet d'une étude spécifique face au paradoxe

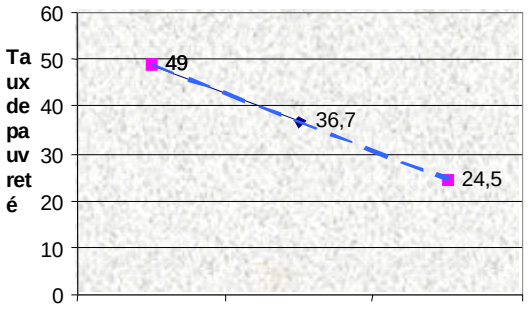
4 L'indice de Gini permet d'apprécier le degré de concentration des inégalités de revenus (ou de consommations) au sein d'une population. Il est compris entre 0 et 1. Il tend vers 1 pour des distributions très inégalitaires et vers 0 pour celles qui le sont moins**.**

5 Selon le DECRP (page 36)

que laissait apparaître la comparaison des niveaux de pauvreté provenant des enquêtes sur les dépenses de consommation des ménages de 1988-1989 et de 2001-2002. En considérant en effet les les taux de pauvreté relative estimés dans les deux enquêtes évoquées, il y aurait augmentation de la pauvreté au seuil de 60% du niveau médian des dépenses de consommation par habitant et de la pauvreté extrême.

Afin de mettre en evidence l'evolution de la pauvreté absolue, le taux de pauvrté relatif de 1988/89 a été recalculé sur la base du seuil de pauvrete de l'enquête de 2002 équivalant à 60% du niveau médian des dépenses de consommation par habitant. Le taux de pauvreté absolue obtenu pour l'année 1988/89 est alors de 49%[6]. Il aurait alors baissé de 49% en 1989 à 36,7% en 2001/02. Comme le montre le *graphique 4*, la tendance serait à la réduction de la pauvreté absolue au Cap Vert.

Graphique 4
Evolution du Taux de pauvreté absolue



Source: INE, Banque Mondiale, 2004

Cible 2: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015 la proportion de personnes victimes de l'insécurité alimentaire

1. L'insécurité alimentaire

Il y a sécurité alimentaire lorsque chacun dispose à tout moment d'un accès physique et économique suffisant à des aliments sains et nutritifs, pour satisfaire ses besoins et ses préférences alimentaires aux fins d'une vie active et saine.

[6] Cette estimation provient de l'évaluation de la pauvreté faite en 2004 pour la Banque Mondiale et l'INE (par Diego F. Angel-Urdinola, Note 1 : « Assessing Poverty Trends in Cape Verde- Relative and Absolute Poverty Measurement » June 30th, 2004). Voir aussi Growth and Poverty Reduction Strategy Paper (GPRSP – DCSRP).

L'insécurité alimentaire est une des caractéristiques de la vulnérabilité du Cap Vert ; elle s'appréhende par l'analyse des conditions d'offre, de demande des produits alimentaires et du fonctionnement du marché desdits produits.

Au Cap vert, le secteur agriculture, foret et pêche, très embryonnaire, (6,1% du PIB en 1998 et 7,8 en 2001) souffre de contraintes naturelles dérivées de l'aridité du climat, de la limitation des sols arables et de ressources hydriques. Le territoire, discontinue est constitué pour 90% de sols non cultivables. Les précipitations annuelles sont irrégulières et se situent entre 230 et 250mm/an.

La production agricole, en constante diminution, ne couvre pas les besoins alimentaires de plus en plus croissants de la population; le maïs, principale production nationale, ne représente que 10 à 15% des besoins en céréales (dans les années de bonne pluie elle peut se situer aux environs de 20%). Face au déficit agricole, l'Etat recourt aux importations de céréales qui sont financées en 2000 à 70% par l'aide extérieure. Pour la période 1995-98, la production nationale et les importations de céréales sur ressources propres ont représenté 45,4% des besoins nationaux; l'aide alimentaire occupe alors un rôle de levier pour l'équilibre alimentaire, mais aussi pour l'équilibre de la balance de paiement.

La capacité d'importation est faible ; les réserves en devises restent largement inférieures à 3 mois d'importations: 1,4 mois en 2001 et 2 mois l'année suivante contre 0,3 mois en 1998. En 2000, comme au cours des dernières années, les importations de produits alimentaires ont représenté près du tiers des importations de biens et services, soit 7 fois le coût des importations de produits pétroliers. Les céréales ont constitué 5,3% des importations totales.

Depuis 1994, l'aide alimentaire, fournie principalement par les donateurs bilatéraux s'est amenuisée. En 2001, les USA ont fournit 37% de l'aide alimentaire et 40% pour les pays membres de l'Union Européenne. La plupart des pays adoptent la modalité de l'aide budgétaire avec un choix libre de produit alimentaire. Seuls les USA, le Japon et le Luxembourg (50% de l'aide) fournissent une aide en produit. L'aide budgétaire permet ainsi de couvrir le déficit de la balance des paiements et les besoins de financement du budget sous forme de fonds de contrepartie.
Le secteur du commerce et de la distribution des produits alimentaires est libéralisé en 1998, sauf

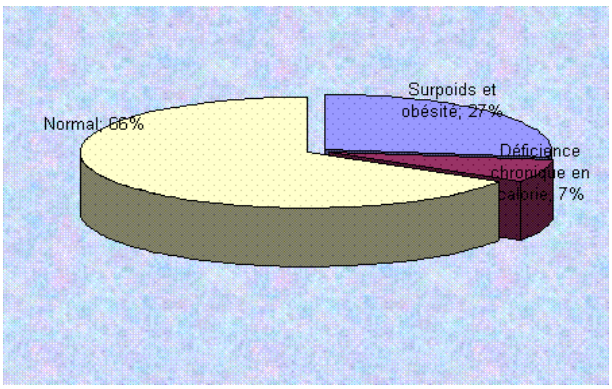
pour le blé (importation et fabrication de la farine). Le régime de prix maximum ou prix plafond est toujours en vigueur pour quelques produits (maïs, blé, riz et sucre).

Cependant, la pauvreté monétaire s'est accrue, grevant le pouvoir d'achat des populations. Le chômage qui touche 17,3% de la population cible devient également un des déterminants majeurs de la pauvreté et un facteur aggravant de l'insécurité alimentaire.

2. La carence chronique d'énergie chez les adultes

Les indices spécifiques de malnutrition des adultes n'étant pas encore disponibles, l'évaluation de la situation actuelle et des tendances est faite sur la base de l'Indice de Masse Corporel. Pour ce qui est de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans, sont utilisés les indices d'insuffisance pondérale, et de retard de croissance et émaciation. L'Indice de Masse Corporel (IMC) mesure la relation du poids à la taille (hauteur) pour les adultes de plus de 17 ans et peut être considéré comme un indice du niveau de consommation alimentaire, bien qu'il soit plus utilisé pour évaluer l'évolution de l'obésité. Selon l'INE, une valeur de l'IMC inférieure à 18.5 est considérée comme un indicateur de carence chronique en énergie. Une valeur de l'IMC entre 25 et 30, indique une situation de surpoids, et à partir de 30, l'obésité. Le *graphique 5*, montre la situation de la carence chronique en énergie et du surpoids et de l'obésité en 2002.

Graphique 5 : Répartition de la population adulte de plus de 17 ans en fonction de l'IMC



Source : INE, EDRF 2002, 2003

Deux tiers de la population adulte présentent un IMC normal. Près de 22% ont un surpoids et 5% sont obèses. La carence chronique en énergie affecte 7% de la population adulte, desquels 5% ont une carence de 1er degré. La carence chronique d'énergie est plus accentuée chez les femmes (8%) que chez les hommes (5%). Il en est de même pour l'excès de poids/obésité qui atteint les femmes dans une proportion de (32%) contre 23% chez les hommes. En conséquence, le pourcentage de femmes ayant un IMC normal (61%) est bien inférieur à celui des hommes (72%).

Les différences entre la campagne et la ville sont faibles. Près de 6% de la population urbaine souffre de carence chronique en énergie contre 7% dans les milieux ruraux. Mais l'excès de poids/obésité affecte plus la population urbaine (32%) que rurale (21%), ce qui traduit un pourcentage plus élevé (72%) de l'IMC normal dans la population rurale que dans la population urbaine (62%). L'évolution de l'excès de poids/obésité, dans les milieux urbains, résulte du style de vie plus sédentaire des populations urbaines, des habitudes alimentaires et de la faible exigence physique des activités professionnelles des milieux urbains. Le fait que près d'un tiers de la population présente des signes de surpoids ou d'obésité doit sonner l'alarme face à ce problème de santé publique.

3. La malnutrition infantile

Les informations les plus récentes proviennent de l'étude épidémiologique par le Ministère de la Santé et l'OMS en 1994. L'indice d'Insuffisance Pondérale, compare le poids par rapport à l'âge des enfants. Les données montrent une évolution positive. La malnutrition globale qui atteignait 14% des enfants de moins de 5 ans en 1994 (1990: 16%), a baissé à 6% en 2002, dont 5% de malnutrition modérée et 1% de malnutrition globale sévère. La malnutrition globale atteint en proportion égale les enfants des deux sexes, mais sa prévalence dans les milieux ruraux (8%) est le double de celle des milieux urbains (4%). Les îles les plus affectées par la malnutrition globale sont Boavista (10%), Maio (9%) et Santiago (7%). Sal et São Vicente sont les moins affectées.

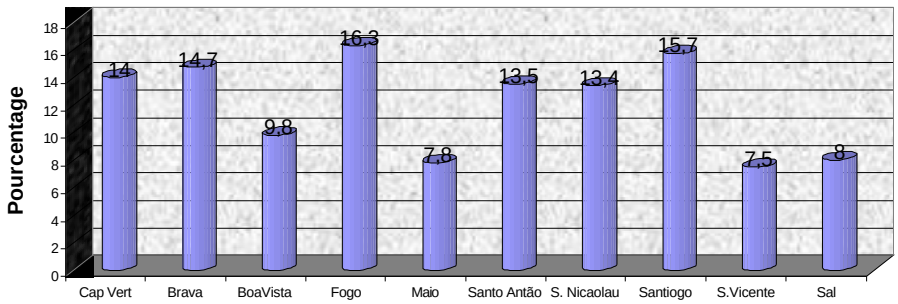
L'OMS considère qu'un indice inférieur à 20% indique une faible prévalence du retard de croissance (taille par rapport à l'âge). Les données de l'EDRF 2002, révèlent que 15% des enfants de moins de 5 ans présentent des retards de croissance, ce qui traduit un niveau de prévalence relativement bas. Le retard dans la croissance est plus commun chez les enfants jusqu'à six mois

d'âge (16%) et chez ceux d'un âge compris entre 12 et 24 mois (21%).

Le retard de la croissance affecte une plus forte proportion d'enfants du sexe masculin (16%) que du sexe féminin (14%), mais sa prévalence est plus visible dans les campagnes (18%) que dans les milieux urbains (12%). Santa Antão, Fogo et Santiago, les trois îles principalement agricoles et où se concentrent les plus grandes poches de pauvreté, sont aussi celles qui enregistrent la plus forte situation de malnutrition des enfants. Les îles de Sao Vicente, Sal et Maio sont les moins atteintes (cf. *Graphique 6*).

L'émaciation (amaigrissement extrême) est la relation entre le poids et la hauteur/taille de l'enfant. Le niveau d'alerte, selon l'OMS, est de 5% ; en-dessous la prélavalence est considérée faible. L'EDRF de 2002 identifie une prévalence de 7% des enfants de moins de 5 ans, pour 4% modérée (1994 : 1%) et 3% d'émaciation sévère (1994 : 5%), sans différences significatives entre les sexes, mais avec une plus forte intensité dans les milieux ruraux (8%) que dans les centres urbains (6%). L'émaciation révèle un processus récent de perte de poids aiguë, normalement associé à de graves crises alimentaires ou à l'exposition à des maladies virales comme les diarrhées et autres maladies qui entraînent une perte rapide de poids. La tendance vers l'aggravation de l'émaciation est claire, vu l'indice qui est passé de 4% en 1990 à 6% en 2002.

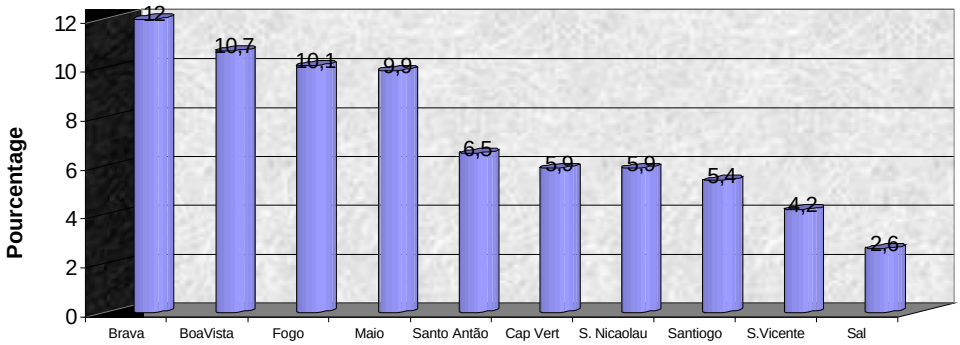
Graphique 6
Situation de retard de croissance par île



Source: INE (EDRF 2002),2003

Les îles où cette forme de malnutrition se fait sentir avec la plus forte intensité sont celles de Boavista (10,7%) , Brava (12%) et Fogo (10%) (cf. *Graphique 7*).

Graphique 7
Situation de l'émaciation par île



Source: INE (ERDF 2002), 2003

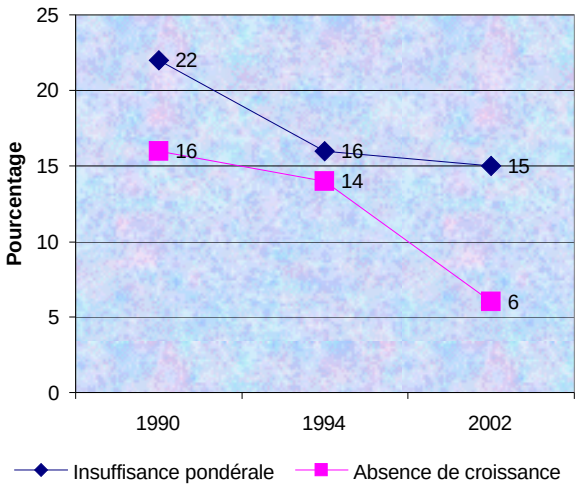
4. **Tendance de la malnutrition**

Le niveau de prévalence de l'insuffisance pondérale en 2002 était de 6% pour les enfants de moins de cinq ans, soit moins de la moitié du

niveau observé en 1990 (16%), ce qui signifie que cet objectif est déjà atteint. Pour le retard de la croissance, l'évolution a été positive et la probabilité d'atteindre la cible est élevée. A l'inverse, l'émaciation a évolué négativement, s'écartant de l'objectif fixé.

Le retard dans la croissance a connu un déclin de son taux médian annuel de près de 3% par an, entre 1990 et 2002 (cf. *Graphique 8*). Si la même tendance est maintenue, la cible sera atteinte en 2010. Pour ce qui est de l'insuffisance pondérale, l'objectif a été atteint en 2002. Mais le grand défi consiste à inverser la tendance de l'émaciation, qui a augmenté à un taux moyen de 4% par an entre 1990 et 2002.

Graphique 8
Tendances de la malnutrition



Source: OMS, 1996 et INE, 2003

Cependant, il ne s'agit nullement d'une cible impossible à atteindre. Des actions bien orientées sur les îles les plus affectées, notamment en termes d'assistance alimentaire, plus particulièrement en période de sécheresse ou de crise alimentaire plus aiguë pourront permettre d'inverser rapidement la tendance actuelle. Un suivi adéquat des enfants du groupe d'âge de 6 à 24 mois, surtout ceux résidant dans les poches de pauvreté, pourra contribuer à faire baisser cette forme de malnutrition.

La malnutrition est l'une des facettes de la problématique de la sécurité alimentaire. Les difficultés d'accès à une alimentation adéquate en quantité, qualité et variété, sont dues dans la plupart des cas à la pauvreté des ménages dépourvus de revenus suffisants.

L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE : LES POLITIQUES PUBLIQUES POUR LA REDUCTION DE LA PAUVRETE ET DE L'INSECURITE ALIMENTAIRE

Le document de croissance et de stratégie de réduction de la pauvreté (DCSRP) qui vient d'être finalisé constituera le cadre logique des interventions dans le domaine sur la période 2004-2007.

Pour réduire effectivement la pauvreté, les politiques publiques doivent être conçues en fonction de deux vecteurs principaux : l'augmentation de l'emploi et donc la réduction du taux du chômage, aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones rurales, et la réduction des inégalités entre ménages.

Les fruits de la croissance économique doivent aussi être redistribués dans l'ensemble des îles prospères vers celles qui le sont moins. La généralisation de l'accès à l'énergie électrique et aux télécommunications, surtout dans les milieux ruraux, est essentielle pour promouvoir des activités à caractère semi-industriel ou artisanal, et engendrer des revenus, sur l'ensemble du territoire. Les îles essentiellement agricoles doivent être intégrées dans la chaîne de l'offre du tourisme, de manière à augmenter la valeur ajoutée de cette activité au niveau national, et en même temps engendrer des revenus additionnels dans les zones rurales. Pour cela l'amélioration de la *productivité agricole* se révèle essentielle, non seulement pour augmenter la disponibilité et la variété de la production agropiscicole à un coût qui facilite son accès par les plus pauvres, comme également pour permettre de répondre convenablement à la demande du secteur touristique. Cet objectif peut être réalisé en investissant à grande échelle dans la formation professionnelle et plus particulièrement dans les milieux ruraux. Les politiques de crédit et d'assistance technique bien orientée par l'introduction de nouvelles technologies doivent compléter ce dispositif. Les effets bénéfiques de la récente introduction du système d'irrigation de goutte à goutte dans l'agriculture capverdienne illustrent les avantages de l'investissement dans les technologies agricoles.

Les *politiques de transport* doivent être revues pour faciliter la liaison entre les îles et dépasser la barrière naturelle du fractionnement du marché intérieur. Cela permettrait de favoriser la transmission des effets de la croissance sur l'ensemble du territoire national, évitant ainsi des

mouvements migratoires internes excessifs et non organisés en direction des pôles les plus dynamiques.

Les *politiques actives pour l'emploi* doivent être poursuivies, avec des incitations financières aux entreprises qui créent des postes de travail dans les zones rurales ou les départements les plus pauvres, la formation professionnelle dirigée vers des activités "modernes", notamment dans le secteur des services, qui facilitent la fixation des habitants dans leurs zones de résidence.

La *récupération des sols* improductifs suite à l'érosion peut faciliter l'accès des pauvres ruraux à la terre, question politiquement délicate mais importante pour la problématique de la sécurité alimentaire.

L'*investissement public en infrastructures agricoles*, particulièrement dans l'exploitation et la distribution de ressources hydriques, doit être renforcé et orienté pour bénéficier aux communautés les plus démunies en termes alimentaires.

Le maintien des *réserves stratégiques de céréales*, dans le cadre d'un système global de gestion de crises, est une option politique qui peut assurer la disponibilité produits alimentaires de base.

L'importance des *envois des émigrants* pour la sécurité alimentaire des ménages (les ménages qui reçoivent des transferts de l'extérieur n'ont pas de problèmes d'insécurité alimentaire) doit stimuler les autorités à définir ou poursuivre les politiques d'émigration. Ces politiques doivent inclure la formation professionnelle des prétendants à l'émigration et la négociation de flux d'émigration temporaire ou définitive avec les pays destinataires.

L'Etat doit maintenir l'actuel *réseau de protection sociale*. Mais son cadre et son accès peuvent être revus dans le sens d'assurer à tous un revenu monétaire minimum compatible aux nécessités de la sécurité alimentaire.

Le degré de dépendance d'un nombre encore important des ménages aux revenus des *travaux à haute intensité de main d'oeuvre (FAIMO)* suggèrent la nécessité de maintenir une certaine forme de travaux publics au moins pour les poches de pauvreté où l'insécurite alimentaire est la plus importante.

LES PRINCIPAUX DEFIS

Le défi le plus important pour la concrétisation de l'objectif de reduction de la pauvreté extrême et la faim réside dans la *capacité du pays à assurer une croissance forte et accélérée de l'économie et d'en assurer une repartition équitable*, avec des effets d'entrainemant dans toutes les îles et un impact effectif sur la réduction du taux de chômage des communautés les plus pauvres, avec une meilleure distribution des revenus.

Sans délaisser la pauvreté rurale et semi-rurale, la rapidité avec laquelle la pauvreté urbaine s'accroît impose une stratégie spécifique pour les zones périurbaines. Il sera imoprtant de renforcer les capacités institutionnelles à assurer l'*intégration des pauvres dans l'économie nationale*.

Divers instruments ont été conçus pour lutter contre la pauvreté, et divers institutions agissent dans ce domaine, mais pas toujours de manière coordonnée et intégrée. Un des défis à vaincre consiste à assurer l'intégration et la coordination des institutions, indispensables pour l'efficacité des actions de la lutte contre la pauvreté et le bon usage des ressources limitées.

Les *femmes chef de ménage* sont les principales victimes de la pauvreté. La tendance relativement positive révélée par l'enquete (EDRF) de 2002, place le défi de la poursuite et de l'intensification des interventions en faveur de cette catégorie.

LES PRINCIPALES PRIORITES DE L'AIDE PUBLIQUE AU DEVELOPPEMENT

Le DCSRP doit être le cadre à travers lequel les ressources doivent être mobilisées tant pour réduire la pauvreté que pour alléger l'insécurité alimentaire.

Dans ce sens, il est important de soutenir le secteur agropiscicole, notamment dans l'exploitation et la distribution de l'eau pour l'agriculture, comme support au développement d'activités économiques dans les zones rurales.

Le développement des capacités des institutions nationales, publiques et privées constitue aussi une priorité. Ce développement des capacités doit concourir à l'élimination de l'analphabétisme chez les adultes, en particulier chez les femmes et dans les milieux ruraux, et au renforcement de la formation professionnelle dirigée aux populations les plus pauvres. On doit ainsi offrir aux

populations rurales les moyens pour une activité productive, la formation professionnelle et l'emploi pour une meilleure autonomie des ménages ruraux.

L'APD doit continuer à financer l'aide alimentaire, élément essentiel de la sécurité alimentaire des populations.

CHAPITRE II : ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.

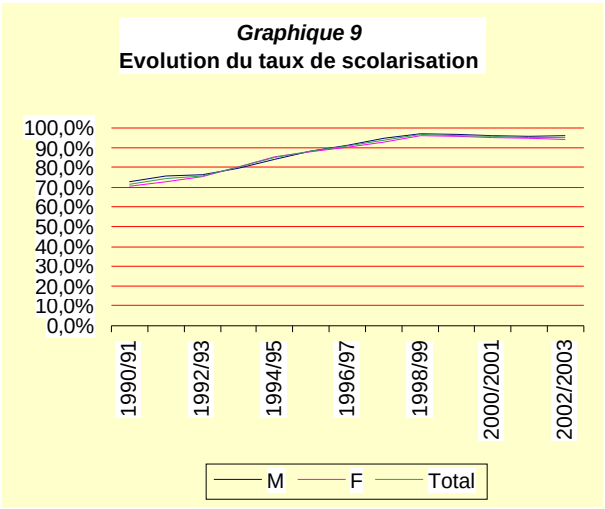
ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCE

Le gouvernement capverdien s'est engagé à consolider la généralisation de l'enseignement primaire autant pour les garçons que les filles.

1. Evolution du taux net de scolarisation primaire

Le sous système de l'enseignement primaire au Cap Vert qui comprend 6 années de scolarité a vu ses effectifs augmenter entre 1990/01 et 1998/99 de 69.821 à 92.033 élèves. L'évolution du taux net de scolarisation a progressé de 73% en 1990 à 96% en 2000 (*Graphique 9* Au début des années 1990, il prévalait encore une certaine asymétrie dans l'accès à l'éducation entre les différentes municipalités du pays. A partir de la seconde moitié des années 90, on constate une tendance à l'homogénéisation des taux de scolarisation due à la forte extension du réseau d'écoles.

Graphique 9
Evolution du taux de scolarisation



Source : Ministère de l'éducation nationale

En ce qui concerne la répartition par genre, on note que l'accès des filles au système scolaire est pratiquement similaire à celui des garçons. Une telle situation découle de l'engagement du Gouvernement à satisfaire une demande sociale croissante pour l'enseignement primaire et une forte pression familiale pour garantir une opportunité égale d'accès à l'enseignement pour les garçons comme pour les filles.

Malgré la tendance à la diminution des effectifs de l'enseignement primaire ces dernières années, on note que le taux net de scolarisation reste stable aux alentours de 96%. Cette réduction des effectifs découle de la baisse progressive du taux de fécondité et de l'amélioration de l'efficacité interne qui devrait être accompagnée par une augmentation du taux net de scolarisation. Une telle situation ne se vérifie pas, en partie à cause du double âge d'entrée dans l'enseignement primaire (6 et 7 ans) et à cause de la recrudescence du taux de redoublement dans les dernières années scolaires.

Par ailleurs, les données du recensement de 2000 montrent l'existence d'une corrélation positive entre le taux de scolarisation des enfants et le niveau de vie des ménages. Ainsi, les ménages ayant un niveau de vie faible ont tendance à moins scolariser leurs enfants et vice et versa[7].

2. Evolution de la proportion d'élèves qui entrent en première année et finissent leur 6ème année d'enseignement primaire

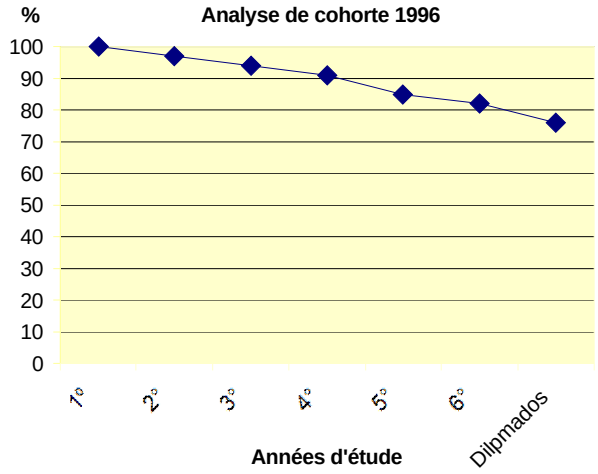
L'analyse de cohorte constitue un des principaux mécanismes pour évaluer l'évolution des élèves qui finissent un cycle prédéterminé d'études. L'évolution de la cohorte de 1990 a montré qu'à peine 52% des élèves qui entrent en première année d'études finissent leur 6ème année de scolarité et 64% accèdent à la 5ème année d'études. En d'autres termes, cela signifie qu'à peine 5 enfants sur 10 qui entrent dans le système terminent l'enseignement de base.

Etant donné les taux élevés de redoublement, la durée moyenne de la scolarité primaire était de 7,25 années, et à peine 14% des enfants terminaient leur enseignement primaire dans le temps prévu. Quant au genre, on constate que la proportion de garçons finissant la 6ème année était légèrement supérieure à celle des filles, 53% contre 50%. Cette situation s'explique en partie par une présence majoritaire de garçons dans l'enseignement primaire.

[7] Cf. Cap Vert, 2002, INE Education, recensement 2000.

En prenant pour référence la cohorte de 1996[8], on vérifie que la proportion des enfants qui finissaient la 6ème année est de 76% (*Graphique 10)*. Une proportion significative (85%) des effectifs accède à la 5ème année d'études. Il s'agit d'un changement significatif résultant des transformations issues du processus de réforme de l'enseignement, notamment dans les domaines de la formation des professeurs, de l'accès aux manuels scolaires, du système d'évaluation, qui ont des effets positifs sur la dynamique de progression des enfants durant les différentes phases de l'enseignement primaire.

Graphique 10
Analyse de cohorte 1996



Source : Ministère de l'éducation nationale

La réduction du taux de redoublement a pour conséquence une diminution de la durée moyenne d'années d'études pour finir le cycle primaire (6,58 années). La proportion des enfants qui terminent le cycle complet de l'enseignement primaire en 6 ans est de 44%, soit trois fois plus qu'en 1990. Quant au taux par sexe d'élèves finissant le cycle, on remarque que les filles obtiennent de meilleurs résultats que les garçons, 78% contre 75%.

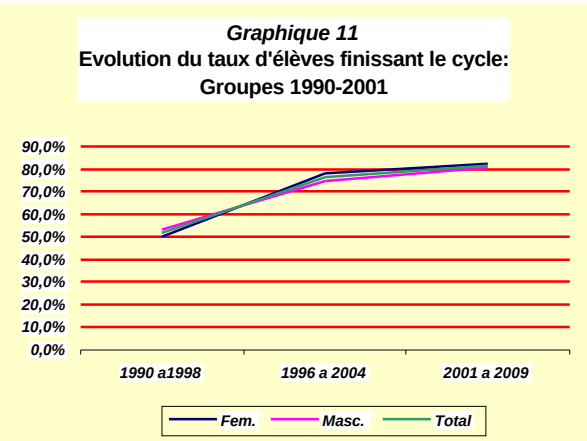
Si l'on considère la cohorte initiée en 2001, on note une tendance à la hausse de la proportion d'élèves finissant le cycle, on prévoit un taux d'élèves finissant le cycle de l'ordre de 82% contre 76% pour la cohorte de 1996. En ce qui concerne l'entrée en 5ème année, le taux serait de 85%.

Malgré la tendance à l'augmentation du nombre moyen d'années d'études pour finir le cycle (6,58 contre 6,77 années), dû à l'augmentation du taux de redoublement, on remarque que la proportion d'élèves finissant le cycle tend à augmenter de 6%. Ce phénomène est dû à l'évolution positive du taux d'abandon dans les dernières années.

Par sexe, on note une fois de plus que les résultats des filles tendent à être supérieurs à ceux des garçons, 82% contre 81%. On note que 9 filles sur 10 entrent en 5ème année contre 8 garçons sur 10.

Finalement, il faut mettre en valeur le fait que tout au long de la dernière décennie, on assiste à l'amélioration significative de l'efficacité interne de l'enseignement primaire, conformément à ce que l'on peut constater sur le graphique 11.

Graphique 11
Evolution du taux d'élèves finissant le cycle: Groupes 1990-2001



Source : Ministère de l'éducation nationale

De plus, la tendance à la diminution ou la stabilisation des effectifs dans les prochaines 15 années peut constituer un facteur de décompression pour l'enseignement primaire, créant les conditions pour une réallocation des ressources en vue de réussir à atteindre le but fixé.

Au Cap Vert, il n'existe pas d'études systématiques de long terme sur la qualité de l'apprentissage scolaire. Cependant, des recherches ponctuelles révèlent quelques éléments sur l'état actuel de l'apprentissage scolaire.

Ainsi, l'évaluation comparée menée par l'Institut pédagogique en 1997/98 met en évidence que 61% des enfants en 4ème année de scolarité ont des

[8] L'année 1996 est l'année de référence pour la généralisation totale de l'enseignement de base pour mesurer les effets de l'introduction du nouveau système d'évaluation.

difficultés pour produire un texte de façon autonome et créative. En ce qui concerne le développement du raisonnement logico-mathématique, 58% des enfants en 6ème année montrent des difficultés pour résoudre des problèmes de calculs d'aires, ce qui requiert un certain degré d'abstraction[9]. Cette tendance est corroborée par des études récentes menées par l'équipe de recherche qualitative du PROMEF qui met en évidence que 56% des enfants de 6ème année présentent des difficultés pour rédiger des textes et 54% montrent des difficultés dans les domaines de la division et de la résolution des problèmes[10].

En définitive, malgré l'amélioration significative des ressources allouées pour l'éducation qui s'est traduite par une augmentation du nombre de professeurs ayant une formation pédagogique de 50% à 71% et par la réduction du ratio élèves/professeurs, l'amélioration de la qualité de l'apprentissage reste un défi majeur du système de l'enseignement de base.

3. Evolution du taux d'alphabétisation

Selon les données du recensement de 2000, le taux d'alphabétisation a connu une augmentation importante dans les dix dernières années, passant de 63% en 1990 à 75% en 2000. L'effort a été considérable, mais il reste beaucoup à faire, considérant les disparités de genre et les disparités entre milieu rural et urbain. L'analphabétisme reste très élevé chez les femmes, il atteint près de 33% contre 17% pour les hommes. En moyenne, 44% des femmes en milieu rural sont analphabètes. L'analphabétisme en milieu rural atteint 35%, soit quasiment le double de son taux en milieu urbain (18%).

En ce qui concerne le taux d'alphabétisation des 15-24 ans, on note une évolution positive de 88% en 1990 à 95% en 2000 (*Cf Tableau 3*). L'augmentation du taux d'alphabétisation est différente selon le genre. En effet, le taux d'alphabétisation féminin est passé de 86% en 1990 à 96% en 2000 alors que celui des hommes a progressé moins vite durant les mêmes années de (respectivement 90% à 95%) compte tenu de son niveau initial élevé.

[9] Cf. Ministère de l'Education (1998), Evaluation du rendement scolaire en première année pendant la première année de généralisation de la réforme du cursus de l'enseignement primaire.

[10] Cf. MED-PROMEF. Résultats Préliminaires de l'Equipe de recherche Qualitative, p.34

Tableau 3: Evolution des taux d'alphabétisation

Années	1990	2000
National	63	75
Femmes 15-24 ans	86,4	95,5
Hommes (15-24 ans	90,0	95,0
National (15-24 ans)	88,2	95,0

Source: INE: Recensement 2000

Les données du recensement de 2000 sur l'alphabétisation révèlent un aspect nouveau. Pour la première fois, dans la tranche des 15-24 ans, l'analphabétisme est surtout masculin. Mais cela ne change pas le fait que globalement et pour les autres tranches d'âge, les femmes sont plus affectées par l'analphabétisme que les hommes.

Le taux d'analphabétisme des 15 ans et plus est passé de 25,2% en 2000 à 23% en 2002. En 2000, 32,8% des femmes de plus de 15 ans étaient analphabètes contre 16,5% pour les hommes du même âge.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Depuis les années 80, le Cap Vert a promu un ensemble d'actions visant à généraliser l'accès à l'éducation pour tous les capverdiens. La poursuite des politiques adoptées par les gouvernements successifs depuis l'indépendance a constitué un facteur important de cette réussite. On peut noter parmi les documents de politiques les Grandes Options du Plan, le Plan National de Développement, le Plan d'Education pour tous. L'universalisation de l'accès et de la qualité de l'enseignement visée reposent sur : i) L'expansion du réseau d'écoles ; ii) La formation des professeurs ; iii) Les ressources pédagogiques ; iv) L'appui social scolaire ; v) La gestion scolaire.

Récemment, avec l'élaboration des Plans d'Education Pour Tous et du Plan Stratégique de l'éducation 2001-2014), le Gouvernement a défini un ensemble d'actions dont les axes d'intervention sont :

- Consolidation et développement des différents niveaux éducatifs ;
- Amélioration de la qualité de l'enseignement ;
- Transformation de l'éducation comme facteur de progression sociale ;
- Garantir la gestion et la durabilité du système.

Bien que le gouvernement reconnaisse l'importance des différents niveaux d'enseignement, les interventions sont orientées essentiellement vers l'enseignement de base, l'éducation des adultes et la formation professionnelle.

DEFIS POUR LA REUSSITE DE L'EDUCATION DE BASE UNIVERSELLE

Compte tenu des points critiques dans le fonctionnement du sous-système de l'enseignement primaire, les grands défis pour la concrétisation de l'éducation universelle s'attachent à :

- Changer la nature de l'enseignement et des connaissances qui sont dispensés à l'école (en mettant plus l'accent sur les apprentissages de base a savoir la lecture, l'écriture et les mathématiques) ;
- Renforcer la qualification des professeurs, surtout dans les municipalités qui présentent le plus grand nombre de professeurs sans formation pédagogique ;
- Améliorer la disponibilité en ressources pédagogiques, en dotant les bibliothèques scolaires du matériel didactique et pédagogique adapté ;
- Réduire le taux de redoublement, surtout dans les deux premières tranches et surtout dans les municipalités où les taux sont supérieurs à 20% ;
- Renforcer le suivi pédagogique au niveau des municipalités ;
- Consolider les appuis socio-éducatifs pour les enfants défavorisés ;
- Promouvoir la participation des parents dans la gestion des écoles ;
- Assouplir l'articulation des programmes d'alphabétisation avec ceux de la formation professionnelle afin d'offrir aux alphabétisés une perspective d'insertion professionnelle ;
- Développer l'enseignement alternatif destiné aux enfants qui abandonnent le système de l'enseignement pour éviter l'analphabétisme en retour.

Tableau 4 : Les défis pour une éducation primaire pour tous

Indicateurs	Année de base	Situation initiale	But final 2015
1. Taux net de scolarisation	2002	95%	100%
1.1. Taux net de scolarisation des garçons		95%	100%
1.2. Taux net de scolarisation des filles		96%	100%
2. Pourcentage d'élèves finissant le cycle de l'EBI	2001	82%	90%
2.1 Pourcentage de filles finissant le cycle de l'EBI		82%	90%
2.2. Pourcentage de garçons finissant le cycle de l'EBI		81%	89%
2.3. Pourcentage d'enfants qui accèdent à la 5ème année d'étude		85%	95%
2.4. Durée moyenne d'étude des élèves finissant le cycle		6,77	6,87
3. taux d'alphabétisation des 15-24 ans	2000	95%	98%
3.1 taux d'alphabétisation des femmes de 15-24 ans		96%	99%
3.2. taux d'alphabétisation des hommes de 15-24 ans		95%	97%

Source : INE et Ministère de l'Education, 2003

LES PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Face à ces défis, les priorités pour l'aide au développement sont les suivantes :

- Augmentation des fonds pour la mise en place des Plans d'Education pour Tous et des Plans Stratégiques ;
- Développer l'enseignement alternatif destiné aux enfants qui abandonnent le système de l'enseignement ;
- Le renforcement des capacités du personnel technique des différents secteurs du Ministère de l'Education impliqué dans la mise en place des divers programmes ;
- Le renforcement des institutions de formation ayant pour vocation la qualification des enseignants pour viser l'intensification des programmes de formation des professeurs ;
- L'appui au renforcement des programmes d'alphabétisation et d'éducation des adultes.

CHAPITRE III : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Cible 4: Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard.

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCE

Les femmes ont un poids considérable dans la société capverdienne par le rôle de chef ménage qu'elles exercent pour un grand nombre d'entre elles. La proportion des ménages dirigés par une femme a même augmenté passant de 38,3% en 1990 à 40,1% en 2000. En 2002, ce taux a été porté à 41%. La responsabilité croissante qu'elles portent dans la société impose l'éradication de toutes les discriminations dont elles font l'objet par leur accès au savoir.

1. Taux d'éducation selon le genre

L'égalité entre les deux sexes dans l'enseignement de base est assurée. On note une légère suprématie des filles dans l'enseignement secondaire qui a néanmoins connu une réduction ces dernières années (*Tableau 5*).

La réalisation de l'objectif d'universalisation de l'Éducation de base a permis de mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès à l'enseignement secondaire et technique. Un problème à résoudre en termes d'opportunités d'accès est celui des jeunes mères adolescentes (12-19 ans), dont 29,7% ne fréquentent pas l'école. Dans ce groupe d'âge, 9,8% sont des jeunes mères, dont à peine 13,6% fréquentent l'école.

Tableau 5: Taux de scolarisation par genre et Ratios Filles/Garçons dans l'enseignement

Indicateurs	1990	2000	2001	2002
Ratio Filles/Garçons				
• Enseignement de Base	0,96	0,96	0,96	0,97
• Enseignement Secondaire	1,04	1,02	1,02	1,02
• Enseignement Moyen et Supérieur	-	1,26	1,04	-
Taux net de scolarisation par sexe				
• Enseignement de base – Sexe Féminin / Masculin	70,4 et 72,6	95,0 et 96,0	94,7 et 95,6	94,3 et 95,9
• Enseignement Secondaire – Sexe Féminin / Masculin	18,3 et 20,3	56,3 et 52,9	56,0 et 51,9	-
Pourcentage de Diplômés par Sexe				
•Enseignement de Base – Sexe Féminin / Masculin	-	-	80,0 et 74,0	-
•Enseignement Secondaire – Sexe Féminin / Masculin	-	-	48,1 et 39,4	-
Ratio femmes/hommes analphabètes dans la tranche d'âge des 15-24 ans		0,91	-	-
• Taux de femmes analphabètes 15-24 ans	13,6	4,5		

Source: Annuaires Statistiques du Ministère de l'Éducation et de la Valorisation des Ressources Humaines et Recensement de 1990 et 2000 de l'INE

S'agissant de l'enseignement moyen et supérieur durant l'année scolaire 2000/2001, les femmes prédominaient par rapport aux hommes avec des ratios filles/garçons de 1,26 en 2000 et 1,04 en 2001(voir *Tableaux 5 et 6*).

L'égalité d'accès à l'enseignement n'implique pas l'existence d'égalité dans les relations de genre dans l'espace éducatif. Il est ainsi nécessaire d'empreindre de cohérence les valeurs à développer chez les élèves et les pratiques de l'environnement scolaire, pour que l'école capverdienne agisse comme un élément catalyseur de changement des règles traditionnelles établies qui définissent les rôles attribués aux femmes et aux hommes.

Tableau 6: Inscriptions dans les établissements de l'Enseignement Moyen et Supérieur pour l'Année scolaire 2000/2001

Institution	Total d'inscriptions	Sexe Féminin	Sexe Masculin	Ratio femmes/hommes
Institut Pédagogique	518	292	226	1,29
Institut Supérieur d'Ingénierie et de Sciences de la Mer	98	42	56	0, 75
Institut National de Recherche et de Développement Agraire	22	11	11	1.00
Institut Supérieur de Sciences Économiques et de l'Entreprise	184	113	71	1.59
Institut Supérieur d'Éducation	349	214	135	1,59
Total Général	1171	672	499	1,35
Boursiers à l'étranger	2202	1116	1086	1.03

Source : Cabinet d'Études et Planification /Ministère de l'Éducation et de la Valorisation des Ressources Humaines. Annuaire Statistique. Année Scolaire 2000/2001

Tableau 7: Taux d'analphabétisme et effectifs d'analphabètes dans la population résidente âgée de 15 ou plus

	Hommes	Femmes	Les deux sexes	
	Taux	Taux	Taux	Nombre
Cap-Vert	16,5	32,8	25,2	62.696
Urbaine	11,1	24,5	18,1	25.547
Rural	23,9	43,4	34,5	37.149
15-24	5,0	4,5	4,8	4.057
15-49	9,8	19,6	14,9	29.502

Source : INE , Recensement de la population. Éducation 2000

1. Alphabétisation selon le genre

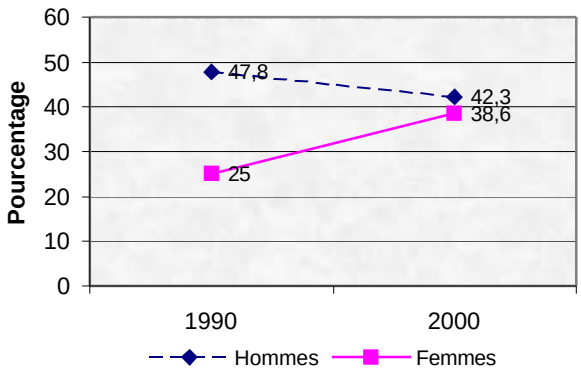
Le taux d'analphabétisme a diminué de douze points passant de 37,2% en 1990 à 25,4% en 2000. Les réductions du taux d'analphabétisme les plus importantes durant cette période se sont produites dans le groupe d'âges des 35 à 49 ans (-17,5%). De l'ensemble des analphabètes recensés en 2000, 69,4% étaient des femmes soit 2,3 femmes analphabètes pour un analphabète homme avec 2,16 et 2,46 femmes contre un analphabète respectivement en zone rurale et en zone urbaine.

Les analphabètes femmes sont donc plus importants tant au niveau national que régional. Cependant, la proportion des analphabètes hommes âgés de 15 à 24 ans est plus forte (1,10 hommes (52%) pour 1 femme (48%).) Lorsque s'ajoutent les analphabètes de plus 24 ans, les femmes reprennent le dessus à hauteur de 62% (cf. *Tableau 7*). Deux observations peuvent, dès lors, être faites :(i) d'abord l'analphabétisme touche plus le monde féminin et ceci quel que soit le milieu considéré (rural ou urbain) ; (ii) Ensuite, l'analphabétisme des jeunes femmes (15-24 ans) est moins élevé que celui des jeunes hommes de la même tranche.

2. Situation de l'Emploi selon le genre

La proportion des femmes actives a fortement progressé entre 1990 à 2000 passant de 25% à 38,6% (*Graphique 12*).

Graphique 12
Taux d'activité par sexe



Source: INE, Recensements de1990 et 2000

En 2000, 47,8% des femmes qui exerçaient des activités génératrices de revenus se trouvaient dans les branches requérant le moins de qualification professionnelle : 24,0% dans le commerce en gros et au détail et 23,8 % dans les activités agricoles (y compris le travail dans les FAIMO, dans la sylviculture et les activités d'élevage). Les femmes exercent leurs activités pour un grand nombre d'entre elles sans qualification professionnelle comme agricultrices

et prestataires de services (cf. *Tableau 8*). A peine 1% sont des cadres supérieurs : ce qui limite l'influence des femmes sur les politiques de développement.

Tableau 8: Participation des femmes selon les catégories professionnelles

Catégories professionnelles	% dans l'effectif Total national	% des Femmes
Cadres supérieurs	1,0	30
Spécialistes	4,4	56
Techniciens professionnels et intermédiaires	4,4	49
Personnel Administratif	3,0	61
Prestation de services et vendeurs	13,1	70
Agriculteurs et travailleurs qualifiés de l'agriculture	21,2	51
Ouvriers, artisans et similaires	16,8	15
Opérateurs de machines et travailleurs de montage	5,2	13
Travailleurs non qualifiés	26,8	65
Forces armées	0,2	0
Sans données	4,1	51

Source : INE, Recensement 2000.

S'agissant de la répartition des employés par type d'employeur, on note une forte présence des femmes dans l'administration publique et dans les entreprises individuelles (*Tableau 9*).

Tableau 9: Participation des femmes selon le type d'emploi

Type d'emploi	Effectif	% des Femmes
Administration Publique	25878	48,3
Secteur des entreprises privées	23412	30,5
Secteur des entreprises de l'état	5812	31,0
A leur propre compte	41555	45,7
Patron / employeur	3579	29,6
Travailleur familial sans rémunération	14613	65,8
Autre situation	18537	52,0
S/données	8429	49,9
Total	141815	45,8

Source: INE, Recensement 2000.

Les statistiques de chômage révélaient en 2000 que pour 100 hommes sans emploi, 211 femmes étaient sans emploi. Ces chiffres soulignent les disparités énormes liées au genre.

3. L'exercice du pouvoir

La représentativité des femmes dans le pouvoir exécutif a oscillé entre 6% en 1991 et 29% en 1998. Elle a atteint 36% en 2001 puis 24% en 2002. La participation des femmes dans le pouvoir local a évolué de 8% à 16% entre 1995 et 2000. Quant au pouvoir législatif, il faut signaler, que durant la période comprise entre 1985 et 1990, en plus des 4 femmes (6,6%) qui avaient un siège effectif au parlement, 7 autres femmes l'ont intégré comme suppléante des titulaires hommes empêchés temporairement. Le pourcentage des femmes députés a été porté de 3,8% en 1991 à 11,1% en 1995. Ce taux est resté le même depuis 2001, date des dernières élections législatives.

En 2003, on estimait à 16.3% les postes de décision occupés par des femmes ; de façon spécifique, au niveau des pouvoirs législatif, décentralisé et judiciaire, les proportions étaient respectivement de 11,1%, 13,8% et 18,1%. La faible représentativité des femmes dans les instances décisionnelles est un handicap majeur pour leur promotion (*Tableau 10*). On peut noter que trois ministères importants ont été tenus par des femmes (les Affaires Étrangères, la Justice et l'Administration Interne et l'Agriculture) dans le même gouvernement en 2003.

Tableau 10: Participation des femmes dans les organes de décision – Année 2003

Membres dans les Organes de décision		Effectifs	% des Femmes
Législatif	Membres du Parlement	***72***	***11,1***
Gouvernement	Ministres	13	23,1
	Secrétaires d'état	3	33,3
	Sous-total	***16***	***25,0***
Municipalités	Maires	17	0
	Assemblées Municipales (*)	277	13,7
	Conseil Municipal	113	16,0
	Sous-total	***407***	***13,8***
Justice	Haute Cour de Justice	5	20,0
	Juges	39	33,0
	Procureurs	30	15,4
	Délégués du procureur	9	11,9
	Sous-total	***83***	***18,1***
Administration	Directeurs Généraux ou équivalents	49	35,0
	Présidents d'Instituts Publics	19	32,0
	Ambassadeurs	11	9,1
	Sous-total	***79***	***30,4***
Total		**657**	**16,3**

(*) Sur l'ensemble des 17 Assemblées Municipales, deux sont présidées par des femmes.
Source : Données recueillies par l'ICF (fin 2003)

Une des mesures du Plan National pour l'Égalité et l'Équité de Genre, pour encourager la participation des femmes dans le processus électoral et les activités politiques est l'institutionnalisation de quotas, au minimum 35%

dans les postes éligibles. La création du Réseau de Femmes Parlementaires, peut constituer un facteur déterminant pour une évolution positive de cette problématique, particulièrement s'il continue à unir les efforts et à développer des mécanismes de pression pour que le nombre de femmes augmente, tant au niveau des partis politiques qu'au niveau des postes exécutifs.

ENCADRE 1: Les femmes dans la législation

Dans la Constitution de la République (1991): Les hommes et les femmes sont égaux devant la loi, mais reconnaissant la situation de la discrimination de la femme, la Constitution confie à l'État le devoir de veiller à l'élimination des conditions qui identifient cette discrimination et d'assurer la protection de ses droits.
Le Code Pénal (2003) prévoient des peines qui sont aggravées en cas d'abus sexuel et de mauvais traitements conjugaux.
Le Code de la Famille (1997) confère aux deux conjoints l'égalité de droits et de devoirs dans la famille et intègre la séparation juridique des personnes et des biens. Il consacre l'égalité légale des enfants nés dans ou en dehors du mariage et l'autorité parentale est exercée conjointement par les géniteurs.
Le Code du Travail, dans son énoncé général, prohibe la discrimination de l'accès au travail fondée sur le sexe et l'attribution de salaires différents pour des travaux identiques.
Le Code Electoral (1999) stipule que les listes proposées aux élections doivent contenir une représentation équilibrée entre les deux sexes, attribuant une subvention électorale de l'état, aux partis, coalitions ou groupes de citoyens, dont les listes font élire au niveau national et municipal au moins 25% de candidats du sexe féminin.

4. La problématique de la violence à l'encontre de la femme

L'indice de dénonciation des crimes de violence par les femmes est très bas, bien qu'en augmentation ces dernières années grâce à l'influence des médias et des ONG. Les femmes sont plus conscientes de leurs droits, ce qui révèle une volonté sociale de rompre avec le silence. Les données statistiques produites par les institutions publiques travaillant directement avec la problématique de la violence domestique ne sont pas traitées par sexe. Elles se limitent à comptabiliser les procédures judiciaires classées par catégorie de crime, et/ou à comptabiliser les actes criminels également classés par catégorie de crime (cf. *Tableau 11*). Ainsi, il n'est pas possible de les utiliser pour produire des indicateurs permettant de mesurer l'ampleur de cette problématique. Le seul indicateur qui ait pu être élaboré pour l'année 2000 est *le taux de poursuite pour violence sexuelle : 0,2%, niveau faible ne reflétant pas probablement l'ampleur de la violence sexuelles.*

La collecte de données statistiques fiables et par conséquent l'élaboration d'un minimum d'indicateurs, facilitera les processus de sensibilisation des autorités, la formulation de politiques et le suivi de cette situation. En outre, pour viabiliser cette action, il est nécessaire de développer des processus de concertation institutionnelle, permettant le dialogue permanent entre les entités qui produisent des données et les institutions qui les utilisent. Un autre aspect à considérer est la nécessité de mettre en pratique de nouvelles formes d'action, pour répondre aux personnes qui requièrent ou sollicitent tout type d'attention ou dénoncent des agressions.

Tableau 11: Mouvement des procédures criminelles (Entrées de procédures)

Année	Blessures corporelles volontaires (*)	Homicide volontaire (*)	Crimes sexuels (**)	Crimes contre l'honneur
1992	2071	51	304	431
1993	1158	42	271	401
1994	1128	60	255	542
1995	1078	90	236	558
1996	821	52	521	729
1997	2507	82	277	615
1998	1449	63	312	590
1999	1207	60	342	445
2000	1340	50	241	518
2001	1620	62	280	559
2002	1907	56	386	643

(*) Il s'agit des domaines où peuvent être trouvés des actes de violence à l'égard des femmes.
(**)Tous les cas sont des crimes sexuels contre des femmes
Source: Rapports Annuels du Bureau du Procureur Général de la République

Parmi les facteurs explicatifs de la violence à l'encontre des femmes au Cap-Vert on note l'ébriété et la jalousie. Dans le cas de la violence des femmes à l'égard des hommes, elle a pour origine la réponse à des agressions successives ou des situations comme la pratique de la polygamie ou l'abandon du foyer par le compagnon. Au-delà des causes immédiates mentionnées plus haut, des

raisons d'ordre historico-culturel sont invoquées comme le droit de frapper qui est accepté socialement comme un moyen pédagogique. La violence à l'égard des femmes est exercée dans toutes les couches socio–économiques, groupes d'âge ou niveaux d'éducation.

ENCADRE 2 : La question du genre dans les Documents politiques stratégiques importants

Les documents les plus importants pour la mise en œuvre d'une politique effective de promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes sont:

1 **Les Grandes Options du Plan**: ce document intègre la dimension genre comme la réalisation des droits humains et préconise la valorisation de la femme, en tant qu'agent de développement durable;

2 **Le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté,** préconise la réduction de la pauvreté dans la couche féminine, avec une attention spéciale pour les familles monoparentales.

3 **La Politique Nationale de la Population**, se trouve en cours de révision et stipule l'intégration de l'approche genre;

4 **Le Programme du Gouvernement 2001-2006** contient une rubrique spécifique à la femme, préconisant le développement des conditions pour le plein exercice de la citoyenneté des femmes et la promotion de programmes spécifiques intégrés et multisectoriels qui réduisent les inégalités existantes.

5 **Le Plan National pour l'Égalité et l'Équité de Genre 2001-2006** se trouve en phase d'adéquation technique;

6 **Le Plan National de Développement 2002-2005** comporte un programme «Population et Développement» contenant un sous-programme pour la promotion de l'égalité et de l'équité de genre;

7 **Le Plan Stratégique de l'Éducation 2001-2010** comprend parmi ses priorités, l'augmentation de la scolarité obligatoire de 6 à 8 ans et l'alphabétisation des femmes, l'installation de l'université capverdienne et l'augmentation des indicateurs de qualité, notamment s'agissant de l'effectivité, l'efficacité et l'importance des apprentissages;

LES DEFIS A RELEVER

Les principales contraintes identifiées qu'il faut dépasser pour atteindre l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, sont les suivantes:

- La faible proportion des femmes dans les postes de direction, surtout au niveau des délégations d'éducation et de gestion des établissements scolaires;
- L'inégalité d'accès à la formation, et aux secteurs traditionnellement «dominés» par les hommes;
- Les taux élevés d'analphabétisme des femmes âgées de plus de 24 ans;
- La faible mise en œuvre des politiques publiques tendant à privilégier l'insertion effective des femmes dans le marché du travail ;
- Les difficultés dans l'utilisation de la catégorie genre pour la planification, tant au niveau du gouvernement, qu'au niveau des différents secteurs, situation qui se reflète directement dans la production des plans et des programmes;
- Les difficultés dans la production des données permettant de mesurer/évaluer l'importance du travail domestique, considéré comme synonyme d'inactivité ou de dépendance économique;
- La faible appropriation par la classe politique de la problématique du genre;
- L'absence d'instruments de collecte, de traitement et de diffusion de données permettant de connaître la problématique de la violence à l'égard des femmes, dans toutes ses manifestations;
- la lenteur dans le traitement des cas de violence contre les femmes et l'inexistence des structures d'accueil et d'appui aux victimes de violence.

LES PRIORITES POUR L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Conformément aux résultats de l'analyse de la situation du Cap-Vert en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, les principaux axes d'action identifiés sont:

- Mise en œuvre du Plan Stratégique d'Éducation, avec une attention particulière, sur l'allongement de la scolarité obligatoire de 6 à 8 ans, la révision des programmes et des manuels, la formation des professeurs en matière de genre et la promotion de la participation des parents et des chargés d'éducation et des communautés dans la gestion des écoles.

- S'agissant de l'alphabétisation, ce sous-système devra être appuyé pour atteindre le but préconisé jusqu'en 2015 de réduire le taux d'analphabétisme à 12%, avec un accent particulier sur l'alphabétisation des femmes et le développement d'activités d'animation communautaire.
- Mise en œuvre du Plan Stratégique de l'Institut de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et d'un appui institutionnel pour l'introduction de la perspective du développement des politiques favorisant l'insertion des femmes dans le marché du travail.
- Renforcement de la capacité de l'Institut de la Condition Féminine afin de pouvoir développer ses activités, appuyer les différentes institutions dans l'introduction de la perspective de genre dans les processus de production d'informations, d'analyse des données et de planification, ainsi que pour suivre de façon effective l'évolution du processus et des indicateurs.
- Appui au Ministère de la **Justice** pour l'introduction de la variable genre dans la production de statistiques sur la violence à l'égard des femmes, qui permettent d'élaborer des indicateurs fiables sur cette problématique. Le secteur de la justice doit également être appuyé pour introduire des modifications dans le code pénal afin d'accélérer les procédures judiciaires et permettre d'aggraver les peines pour la pratique d'actes de violence à l'égard des femmes et la mise en œuvre d'un système de soutien aux victimes.
- Appui aux organisations non gouvernementales pour permettre le développement des programmes de formation, des travaux de sensibilisation et d'animation des communautés et des populations en matière de genre, et pour augmenter le volume et améliorer les conditions d'accès au crédit des femmes, ainsi que pour le suivi du développement de la formation pour la création de petites entreprises.
- Appui au Réseau des Femmes Parlementaires pour continuer son travail d'unir les efforts des femmes parlementaires, indépendamment de leur appartenance politique, pour l'exercice de la pression afin que le nombre de femmes, tant au niveau des partis qu'au niveau des postes législatifs et exécutifs augmente.

CHAPITRE IV : REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

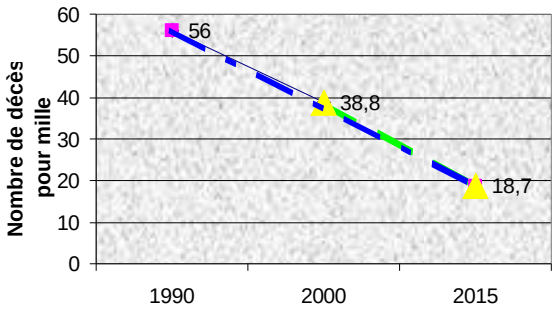
Cible 5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCE

La probabilité de décéder avant les premier et cinquième anniversaires a diminué durant la décennie 90, respectivement de 23 % et 30%, mettant en évidence les progrès accomplis. Malgré cette réduction, les taux de mortalité sont élevés et présentent des irrégularités d'une année à l'autre.

Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité est passé de 56‰ entre 1988-1993 (EDS/98) à 39‰ en 2000 avec un pic de 67‰ en 1995 et de 64‰ en 1997, années marquées respectivement par une épidémie de choléra et de rougeole (cf. *Graphique 13*).

Graphique 13
Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5)



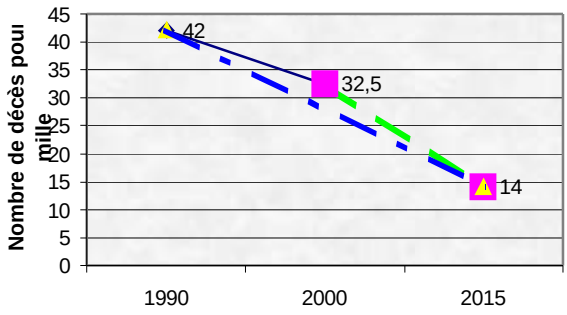
Source: EDS/98, Recensement 2000. INE

Selon les résultats du recensement, le taux de mortalité infantile est estimé à 32,5‰ en 2000 alors qu'il était de 42‰ durant la période 1988-1993 (EDS/98) (cf. *Graphique 14*)

Les décès des enfants surviennent à plus de 80% avant le premier anniversaire, dont une part importante de mortalité néonatale. Selon l'EDS/98, cette part était supérieure à 40%, dont une proportion de 30% de décès survient durant les 7 premiers jours de vie. La mortalité périnatale a connu également une réduction. En effet la plus faible valeur enregistrée pendant la période 1992-1995 a été de 43,6‰, tandis que de 1996 à 2000, elle a décru de façon continue jusqu'à atteindre 33,1‰ en 2000.

Il faut noter que si la plupart des études ont montré que presque partout en Afrique, la mortalité est plus forte en milieu rural que dans les villes, au Cap Vert, la structure de la mortalité des enfants s'écarte de ce schéma. Durant les dix années précédant l'EDS/98, le risque de mortalité infantile est supérieur en zone urbaine ($_1q_0$ = 38,5‰) qu'en milieu rural ($_1q_0$ = 35,5‰). En revanche, on observe pour la mortalité juvénile, une dynamique inverse avec un quotient de mortalité de 10,5‰ en milieu urbain alors qu'il est de 15,5‰ en milieu rural.

Graphique 14
Evolution du taux de mortalité infantile (TMI)



Source: EDS/98, Recensement 2000. INE

Pour réduire la mortalité des enfants de 2/3 entre 1992 et 2015, le taux de mortalité infantile devra atteindre 14‰ et celui de mortalité infanto-juvenile 18,7‰. Ce défi pourra être atteint à condition de renforcer les interventions actuelles.

Chez les enfants de moins de cinq ans, les affections périnatales, les infections/parasitoses, et les infections respiratoires constituent les principales causes de mortalité. Le taux de mortalité due aux infections et parasitoses, en particulier aux maladies diarrhéiques, a baissé pendant la période 1992-1995 de 22,1‰ à 11,8‰. Il a continué de chuter jusqu'à 7,5‰ en 1998-1999 et à 4,6‰ en 2000 (voir *Tableau 12*), de telle sorte que les affections périnatales se

révèlent ces dernères années comme la première cause de décès.

Tableau 12: Taux de mortalité par cause de décès de 1996 à 2000 (pour mille)

	1996	1997	1998	1999	2000
Affections périnatales	10.7	8.8	10.2	9.0	8.6
Infections et parasitoses	8.7	14.0	7.4	7.5	4.6
Affections respiratoires	3.8	5.0	2.9	4.0	2.4
Maladies métaboliques endocriniennes et nutritionnelles	1.4	2.7	2.8	2.0	1.5
Anomalies congénitales	1.6	1.2	0.9	1.6	1.6
Maladies cardio-vasculaires	0.8	0.5	0.1	0.2	0.1
Maladies du système nerveux central	0.6	1.2	0.8	0.6	1.1
Traumatismes et accidents	0.8	0.9	0.2	0.6	0.8
Maladies de l'appareil digestif	0.2	0.3	0.1	...	....
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0.2	...	0.3	...	0.1
Maladies de l'appareil génito-urinaires	...	0.1	...	0.2	0.1

Source: GEP/MSES, 2003

La proportion des enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole, en accord avec les données de routine de 1991 à 2002, est presque toujours inférieur au seuil de 90% et le taux des enfants de moins de 1 an complètement vaccinés varie entre 68,6% et 79,2% (cf. *Tableau 13*).

Tableau 13 : Evolution du taux de couverture vaccinale contre la Rougeole et des enfants complètement vaccinés (%)

Années	Rougeole	Enfants complètement vaccinés
1991	81,1	76,8
1992	79,1	73,2
1993	77,1	69,5
1994	83,3	78,1
1995	89,5	82,4
1996	84,4	77,7
1997	95,6	81,3
1998	80,7	75,6
1999	75,5	69,3
2000	72,8	69,1
2001	76,8	73,3
2002	71,7	66,9

Source : **Données de routine – Ministère de la Santé**
Population de moins de 1 an – INE

Les affections respiratoires continuent à être la troisième cause de mortalité, malgré une amélioration récente des taux. Avec les maladies diarrhéiques, elles constituent les principales causes de morbidité parmi les enfants de moins de 5 ans, représentant en 2000, une incidence de 2375 (pour les IRA) et de 3793 (pour les maladies diarrhéiques) pour 10 000.

Divers facteurs sont identifiés comme déterminants de cette situation, notamment les limitations de l'accès à l'eau potable et de la couverture en assainissement de base, les conditions d'habitation précaires et la situation nutritionnelle.

La baisse de la couverture vaccinale durant la décennie 90, a certainement concouru à la survenance des épidémies de rougeole (1997/98) et de poliomyélite (2000). Cependant, Il faut remarquer que globalement, durant cette période, l'incidence des maladies-cibles du Programme élargi de vaccination a été basse ou nulle, (voir *Tableau 14*).

Tableau 14 : Evolution de l'incidence des maladies prévues au programme élargi vaccination (PAV)
(Pour mille)

	1993	1996	1997	1998	1999	2000
Rougeole	3,7	0,0	216,5	7,1	0,1	0,3
Diphtérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos néonatal	5,0	0,0	0,7	0,7	0,7	0,7
Toux convulsive	1,2	0,0	0,0	6,8	5,8	0,0
Poliomyélite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Tuberculose < 5 ans	2,2	0,0	0,0	0,3	1,7	0,7

Source: Ministère de la Santé

Néanmoins, les enquêtes de couverture vaccinale réalisées en 1999 et 2002 indiquent respectivement un taux de couverture vaccinale contre la rougeole de 79,8% et 87,2% et un taux d'enfants complètement vaccinés de 76,9% et 86,3% (voir *Tableau 15)*.

Tableau 15 : Comparaison des couvertures vaccinales (%) selon les enquêtes de 1999 et 2002

	Rougeole	Enfants complètement vaccinés	C.C.VAC.
1999	79,8	76,9	59,1
2002	87,2	86,3	74,9

Source : Ministère de la Santé

Au Cap Vert, on n'enregistre pas de différences accentuées entre les zones urbaines et rurales en matière de vaccination. L'enquête démographique et de santé réalisée en 1998 a révélé qu'en milieu urbain, 87% des enfants avaient reçu l'ensemble

des vaccins indiqués pour leur âge contre 81% en milieu rural et qu'à peine 15% des grossesses en milieu rural et 14% en milieu urbain, n'avaient reçu aucune dose de vaccin antitétanique. Cependant, la différence augmente en défaveur du milieu rural pour ce qui est des activités qui dépendent à peine de la demande exprimée. Ainsi, en milieu rural, à peine 33% des accouchements sont assistés et que 39% des enfants font l'objet de leur premier contrôle dans les trois premiers mois de vie contre, respectivement 76 % et 72% en milieu urbain.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Le Programme du Gouvernement 2001-2005 préconise quelques mesures visant la réforme du secteur de la santé qui pourront favoriser la réalisation des objectifs définis dans le PND 2002-2005, comme la réduction de la mortalité infantile (jusqu'à 20‰), de la mortalité périnatale (de 20%) et de la mortalité des moins de 5 ans (jusqu'à 28‰).

Parmi les mesures politiques déjà prises on note : la promotion de l'équité dans l'accès aux soins de santé, l'amélioration du fonctionnement du système et la garantie de la qualité dans les prestations de soins de santé à tous les niveaux, l'articulation rationnelle entre les différentes composantes du système de santé et les très nombreux secteurs ayant des implications dans le développement de la santé, l'amélioration de la gestion des ressources de santé, en renforçant exclusivement la décentralisation et la régionalisation des services.

On note parmi les préoccupations permanentes du gouvernement figurant déjà dans le PNLP et reprises dans le DCSRP : l'amélioration de l'accès des pauvres aux services de santé et de l'état nutritionnel des enfants, l'augmentation de la couverture de l'approvisionnement en eau potable de la population et de l'assainissement de base ainsi que des conditions d'habitation des populations les plus pauvres.

Le Cap Vert a approuvé en 2003 une politique nationale d'assainissement visant l'amélioration des conditions d'assainissement et environnementales.

L'allaitement maternel, déterminant de l'état nutritionnel de l'enfant, a une forte influence sur la probabilité de survie infantile. Au Cap Vert, il est encourageant de constater que la majorité des enfants (98%) de 0 à 3 mois et 90% des 4 à 6 mois sont allaités, avec ou sans compléments. Il faut souligner que même le groupe de 7 à 9 mois présente un fort pourcentage d'enfants nourris de la même façon (88%). Néanmoins, les résultats de l'EDS de 1998 indiquaient que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois était d'à peine 11%. En 2002 ce taux est tombé à 6%.

Les conditions pour le renforcement du programme de vaccination sont créées, dès lors que le pays a réalisé une révision externe du PEV, a introduit la vaccination contre l'hépatite B et a poursuivi l'Initiative d'Indépendance Vaccinale.

LES DEFIS

Les principaux défis à mettre en avant sont les suivants:

- Améliorer la connaissance du problème des affections périnatales, car elles constituent l'une des premières causes de mortalité infantile, et adopter de façon urgente de nouvelles stratégies d'attention durant la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement, ainsi que renforcer la qualification des professionnels de la santé et uniformiser les normes et la conduite des services.
- Garantir la durabilité du Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour maintenir les niveaux élevés de couverture vaccinale, en conformité avec les objectifs du Sommet de l'Enfant.
- Augmenter l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois grâce à un ample mouvement de mobilisation sociale, d'intensification des actions au niveau des structures de santé, dans le cadre de l'initiative Hôpital Ami des enfants.
- Réduire l'incidence des maladies infectieuses et parasitaires par l'universalisation de l'accès à l'eau potable et garantir l'accès de toute la population à de meilleures conditions sanitaires en particulier dans les zones rurales et périurbaines.
- Promouvoir la mobilisation sociale et la participation communautaire, pour renforcer la sensibilisation et l'éducation de la population en matière de santé.
- Adopter, au niveau national, une stratégie d'attention intégrée aux maladies de l'enfance pour garantir, de façon

intégrée, l'uniformisation de la prévention et l'assistance aux maladies les plus fréquentes au niveau des services et le renforcement des soins au niveau des familles et des communautés.

- Garantir la continuité du Programme de Lutte contre la Pauvreté, par l'amélioration de la situation économique des ménages, des conditions de vie des populations et du niveau d'éducation et de formation professionnelle des adolescents.

LES PRIORITES POUR L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Le Cap Vert continuera à avoir besoin de l'aide des partenaires au développement, notamment dans les domaines suivants :

- Mise en œuvre du programme de Réduction de la Pauvreté, avec un accent particulier pour les ménages ayant à charge des enfants en bas âge, pour l'amélioration de l'état nutritionnel et la promotion de la santé des enfants de moins de 5 ans.
- Amélioration des conditions de distribution d'eau et d'assainissement, surtout en milieu rural et périurbain, avec une priorité aux ménages les plus défavorisés et aux établissements pré-scolaires.
- Assistance visant une approche intégrée de l'attention aux maladies de l'enfance et pour l'amélioration des soins essentiels de santé prénatale, à l'accouchement mais aussi aux nouveaux nés.
- Renforcement du Programme Elargie de Vaccination (PEV), notamment pour ce qui touche à la continuité de la vaccination contre l'hépatite B et l'introduction de nouveaux vaccins.

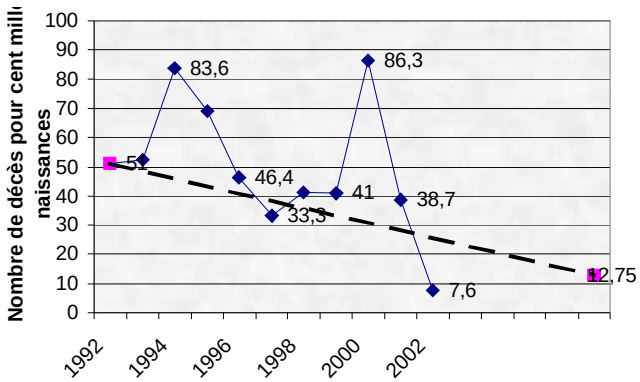
CHAPITRE V : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

ANALYSE DE LA SITUATION ET DES TENDANCES

Au Cap Vert, la mortalité maternelle se situe à un niveau bas en comparaison au reste de l'Afrique subsaharienne. Elle a connu une diminution jusqu'à 1999, en 2000 il s'est produit une augmentation inquiétante fort heureusement vite réduite (cf. *Graphique 15*). Cette augmentation a été de 5 à 11 décès en termes absolus. Ce qui souligne la volatilité des évolutions dans la mesure où elle concerne des petits nombres.

Graphique 15
Evolution du taux de mortalité maternelle



Source: Ministère de la Santé

Si l'on considère le taux de mortalité maternelle de 2002, on peut considérer que l'objectif de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle est déjà atteint. Cependant ces ratios portent sur des petits nombres à tel point que quelques cas de décès risquent de compromettre les résultats réalisés.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 1998 (EDS), la couverture prénatale est pratiquement universelle au Cap Vert. Sur le total des mères des enfants nés vivants dans les 5 années antérieures à l'enquête, environ 97% ont eu accès à cette composante importante de santé durant la grossesse (voir *Tableau 16*). La couverture des grossesses pour la première consultation a diminué selon les données administratives .

Tableau 16 : Evolution de l'utilisation des services pour les grossesses précoces

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Couverture de la 1ère consultation prénatale (%)	92,7	82,7	79,2	80,9	79,2	76,6	72,3
Fréquence de contrôle des grossesses	3,4	3,2	3,2	3,1	3,7	3,8	3,0
Accouchements assistés (%)	44,7	54,0	...	49,3	54,0	...	...
Taux de grossesses précoces (%)	...	...	...	...	12,5	13,6	12,5

Source : Ministère de la Santé

La moyenne des consultations par grossesse était autour de 3,4 durant la décennie 90, selon les données des services. Elle a enregistré une augmentation à la fin de la décennie et une diminution en 2000. L'EDS fait néanmoins référence à une moyenne de consultations prénatales de 4,2 au niveau national, soit 4,8 en milieu urbain et 3,8 en milieu rural. La même enquête, informe, que pour l'ensemble du pays, moins de la moitié des grossesses (45%) ont fait l'objet de surveillance prénatale dans le premier trimestre de gestation et environ 32% dans le second trimestre. On note des différences selon le milieu de résidence. La proportion de femmes ayant fait une première consultation prénatale après le premier trimest re de gestation est plus élevée en milieu rural (52%) qu'en milieu urbain (40%).

Cette situation suggère qu'il existe une certaine limitation, surtout en milieu rural dans l'accessibilité aux soins obstétriques essentiels, que ce soit en terme culturel o u physique. Il est urgent de renverser cette situation et le pays propose d'adopter des indicateurs (moyenne de consultations pendant la grossesse et de pourcentage de femmes enceintes qui consultent pendant le premier trimestre de grossesse) pour un suivi correct et systématique.

Au Cap Vert, les professionnels de santé assistent environ 53% des accouchements tandis que les sages-femmes légales interviennent dans environ 35% des cas. En milieu urbain, on observe une plus grande surveillance des accouchements par des professionnels de santé, en comparaison avec le milieu rural (82% et 36 % respectivement).

Malgré les progrès dus à l'augmentation de la prévalence contraceptive, le niveau de fécondité précoce reste élevé. Selon l'EDS (1998), le taux spécifique de fécondité chez les jeunes de 15 à 19 ans est estimé à 84‰ en milieu urbain et 116‰ en milieu rural. Avec une population à prédominance jeune, le pays présente un taux de 12,5‰ de nouveaux nés vivants provenant de jeunes de moins de 20 ans, dont la moitié des grossesses seraient non désirées.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Le programme du Gouvernement pour 2001 -2005, assume la réorganisation et la revitalisation des programmes de Santé Publique, de façon à les rendre plus efficaces et le PND met une priorité sur le programme de santé de la reproduction. Le Cap Vert a progressivement assumé et adopté le concept de Santé de la Reproduction (SR). Des efforts pour intégrer les différentes composantes de SR dans le système national de santé ont été faits, cependant, ils ont besoin d'être mieux structurés et renforcés. Un Programme National de Santé de la Reproduction a été élaboré, ainsi que les normes et les procédures des services.

Les ONG participent également à l'offre de services cliniques, à l'information et au conseil. Les partenaires au développement du Cap Vert sont venus contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services. Les niveaux relativement bas de mortalité maternelle peuvent être expliqués par les facteurs suivants :

- l'accès d'une forte proportion de la population aux soins primaires de santé (80%) ;
- le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié a augmenté ainsi que le nombre de Sages-femmes formées ;
- le pourcentage de la population ayant accès aux médicaments essentiels et aux vaccins (80-94% en 1999) ;
- l'inclusion dans les programmes d'IEC des actions des ONG dans le domaine de la santé reproductive.

Parmi les contraintes identifiées, on remarque l'insuffisance de la coordination, la mobilité du personnel, le manque de personnel spécialisé et les difficultés financières qui perturbent sérieusement la réalisation des activités programmées.

LES DEFIS

Un pourcentage important de décès maternels survient dans les hôpitaux, car, malgré les progrès enregistrés, les faiblesses persistent encore dans la prestation des soins obstétriques de base et d'urgence, même au niveau régional. Les soins obstétriques complets ne font l'objet d'une prestation que dans les hôpitaux centraux. De ce fait, il devient nécessaire de prendre des mesures dans le sens de l'amélioration de la situation au niveau des Délégations de santé, notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités des ressources humaines, l'équipement et l'organisation des services.

Le système de référence pointe sur la nécessité de renforcer l'organisation de façon à permettre une évacuation à temps des patients, ainsi qu'un suivi prénatal continu et une assistance de qualité durant l'accouchement.

La promotion d'une décentralisation effective des activités au niveau des délégations de santé, des municipalités et des ONG locales, constitue un défi majeur.

L'accès des jeunes et adolescents aux services de SR doit être amélioré. Une plus grande implication des hommes dans le partage des responsabilités et dans la prise de décision en matière de SR se trouve également être d'une importance primordiale.

Une meilleure connaissance des causes de décès maternels se présente comme une priorité. De ce fait, il devient nécessaire de créer un groupe technique pour l'analyse systématique de chaque cas, de façon à recueillir des éléments de référence pour appuyer les éventuelles interventions qui viendraient à se montrer pertinentes.

La faible demande de services pour un suivi prénatal précoce suggère qu'il est nécessaire d'améliorer les connaissances sur la perception des ménages en général et des femmes en particulier.

LES PRIORITES POUR L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Parmi les priorités pour l'aide au développement pour les pays, il semble pertinent de mettre en avant les points suivants :

- Amélioration de l'accès physique aux services de base et leur qualité, notamment par l'équipement des structures de santé, et le renforcement de la formation du personnel dans le domaine de l'obstétrique.
- Renforcement des capacités du système de gestion de l'information sanitaire pour l'amélioration de la planification, du suivi et de l'évaluation des services de santé reproductive.
- Mise en place d'une stratégie IEC/SR adéquate aux nécessités réelles des populations et en harmonie avec les priorités nationales.
- Renforcement des capacités des communautés et des ONG dans la promotion d'une plus grande demande de services de santé de la reproduction, y compris de la planification familiale pour les jeunes.
- Amélioration de l'accès culturel et psychologique, grâce à un service d'éducation à la santé, en s'appuyant sur la connaissance la plus pertinente possible des nécessités réelles des populations en général, et en particulier des femmes en âge de procréer.
- Poursuite de l'appui à la promotion du statut des femmes dans la société et de l'égalité des sexes, avec l'amélioration de l'accès des femmes aux ressources et une meilleure implication des hommes dans le partage des responsabilités et dans la prise des décisions.

CHAPITRE VI : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible 7: D'Ici 2015, Enrayer la Propagation du VIH/SIDA et Inverser la Tendance Actuelle

ANALYSE DE LA SITUATION ET DES TENDANCES

Le premier cas de Sida a été déclaré au Cap Vert en 1986 et l'incidence des cas notifiés augmente continuellement. Elle est passée de 0,6 pour dix mille habitants en 1996 à 1,8 pour dix mille en 2000. Les données de 2002 révèlent un total de 74 nouveaux cas de VIH. Le tableau 17 montre l'évolution des nouveaux cas de Sida. Pour la maladie, le taux d'incidence a été de 2,2 pour dix mille et le taux de prévalence de 6,6 pour dix mille.

Le taux de mortalité a été de 1,1 pour dix mille en 2003. La couche d'âge des 15-49 ans est la plus affectée, présentant un taux spécifique de prévalence de 6,8 pour dix mille, ce qui est deux fois supérieure au taux observé pour les personnes de 50 ans et plus. La transmission du virus se fait généralement par voie sexuelle, soit 90% de tous les cas notifiés. La transmission verticale représente 7,3% et les séropositifs par utilisation de drogues représentent 1,9% du total des cas diagnostiqués. Quant au sexe, les hommes ont été les plus atteints par le VIH/Sida : en 2000 le ratio Homme/Femme était de 1,13 (399/353).

Tableau 17 : Evolution des nouveaux cas de SIDA

Années	**1987**	**1988**	**1989**	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Nouveaux Cas notifiés	10	15	19	19	15	15	18	16	24	36	39	43	61	74	85	98

Source : PNLS, 2003

Le type de virus qui prédomine d'année en année est le VIH1, bien qu'il existe de plus en plus de cas notifiés de VIH2. En 2002, l'on a constaté que 64,9% des cas notifiés étaient des VIH1, 29,1% des VIH2 et 6% de VIH 1 + 2.

La surveillance du VIH/Sida auprès des femmes enceintes indique en outre, malgré les lacunes observées dans les données enregistrées entre 1998 et 2000, une tendance globale vers une augmentation du taux de prévalence de 0,5% en 1989 à 1,1% en 2002 (*Tableau 18*). Compte tenu d'une marge d'erreur de 5%, le Plan stratégique national de lutte contre le SIDA (PNLS) estime que le taux brut courant de prévalence dans la population capverdienne des 15 à 49 ans se situe aux environs de 1,1% et 1,7%. Pour la couche d'âge des 15 à 24 ans, le taux de prévalence était de 0,6% en 2002, aucune autre donnée sur l'évolution étant disponible avant cette date.

Tableau 18 : Taux de prévalence et total des femmes en grossesse testées dans les centres prénataux

	Nombre de femmes testées	Total HIV Postifs	% Prévalence
1989	1536	7	0.5
1990	1650	8	0.5
1991	0	0	0
1992	800	4	0.5
1993	1290	12	0.9
1994	1774	18	1.0
1995	1827	4	0.2
1996	1403	15	1.1
1997	0	0	0
1998	0	0	0
1999	0	0	0
2000	0	0	0
2001	1046	9	0.9
2002	1324	15	1.1

Source: PLNS, 2003.

Depuis la notification du premier cas de Sida dans le pays, des mesures ont été prises pour garantir la sûreté des transfusions de sang contre le VIH, entre autres. Ainsi, toutes les unités de sang sont systématiquement testées par VIH. Une analyse des données disponibles de 200 0 à 2002 démontre une diminution de la séroprévalence du VIH auprès des donneurs de sang. Aucun nouveau cas d'infection du VIH après transfusion de sang et dérivés n'a été enregistré.

La prévalence contraceptive est en augmentation, de 38,5% en 1999 à 4 5% en 2001, et on constate, en particulier pour l'utilisation du préservatif masculin, la même tendance de 6,6% en 1999 à 7,4% en 2001.

Le nombre d'enfants orphelins du Sida n'est pas disponible, mais une étude est prévue sur cette question.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

En 1989, un plan à moyen terme avait été adopté pour les années 1990 -1992 (PMT I) et en 1993 a été élaboré le PMT II pour la période 1994 -1998. En 2001 a été créé un cadre institutionnel unique et multisectoriel, comme organe de coordination de la lutte contre le VIH/Sida. Cet organe est le Comité de coordination de la lutte contre le SIDA – (CCS-SIDA) placé sous la direction du Premier ministre. Le PNLS 2002 -2006 a été approuvé et le pays a bénéficié depuis cette année de l'appui de la Banq ue mondiale pour le développement du projet multisectoriel VIH/Sida.

Même s'il n'existe pas de lois spécifiques qui traitent de la problématique du VIH /Sida, en particulier, pour ce qui a trait à la confidentialité et à la non discrimination, la législa tion en vigueur, et notamment la Loi de base de la Santé, sert de référence pour garantir les soins intégrés médicaux et psychosociaux aux personnes qui vivent avec le VIH/Sida.

Le CCS, qui intègre une large représentation des intervenants -clés de tous les secteurs, devra coordonner la mise en œuvre de la politique globale du Gouvernement en matière de lutte contre le Sida et accompagner, dans le pays, tous les programmes et projets de développement dans ce domaine. Le PNLS et le Plan d'action ont été val idés dans un atelier.

La sûreté des transfusions sanguines représente une importante action de prévention et de la transmission du VIH. Il existe dans le pays 3 banques de sang (couvrant un peu plus de 80% de la population) et il est prévu de créer trois banques de sang supplémentaires, comme dépôts de sang traité. Les centres de dépistage anonyme et volontaire du VIH fonctionnent dans les trois plus importantes communes du pays. Ils offrent des services de conseils individuels et gratuits. Ces services seront renforcés de psychologues supplémentaires et élargis aux trois autres communes.

LES DEFIS

Bien que les conclusions de l'enquête démo - graphique et de santé reproductive, réalisée en 1998, démontrent que la population est relativement bien informée des formes de transmission et de prévention du Sida, le comportement de la population en la matière ne semble pas correspondre au niveau de connaissance qu'elle a sur la maladie. Selon le IDRS de 1998, la proportion d'hommes et de femmes (15 -49 ans) qui af firment avoir utilisé le préservatif lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire non régulier, était de 28,5%. Pour cette même couche d'âge et pour les deux sexes, la proportion de personnes ayant eu ces 12 derniers mois des relations sexue lles avec des partenaires non réguliers était de 44%. La moyenne d'âge de la première relation sexuelle est 15 ans. Il est difficile de faire un diagnostic de l'infection du VIH auprès des moins de 1 an, dû au manque de techniques de diagnostic précoce et la notification des décès des enfants. La surveillance épidémiologique du VIH /Sida à travers les postes sentinelles n'a pas été réalisée régulièrement.

Le Cap Vert est confronté à un important défi de vaincre certains facteurs de vulnérabilité et de risques, tels que :

- Les niveaux bas de revenu et d'éducation d'une importante partie de la population (principalement les jeunes et les femmes) ;
- Le conflit de valeurs qui affectent les comportements, se traduit par l'augmentation de la consommation des drogues et des boissons alcooliques ;
- L'absence d'une réglementation de la prostitution ;

- La précocité des relations sexuelles des adolescents (à l'âge de 15 ans) et à des pratiques sexuelles à haut risque (plusieurs partenaires et pratiques sexuelles sans protection, hétéro, bi et/ou homosexuelles) ;
- La faible perception du risque d'infection VIH/Sida et la persistance de notions erronées sur l'IST ;
- Le manque de connaissance de la dimension réelle de l'impact du VIH /Sida à tous les niveaux ; ce qui signifie que la perception de l'impact de l'épidémie se concentre, essentiellement, sur la personne infectée et sa famille.
- Les ressources techniques et financières limitées du pays pour supporter l'introduction de la thérapie antirétrovirale pour la population en général jusqu'à fin 2004, malgré la décision politique en ce sens.

LES PRIORITES POUR L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Le PNLS qui vise l'amélioration des conditions de diagnostic clinique, l'équipement des laboratoires, la disponibilité des médicaments essentiels pour le traitement des IST et des infections opportunistes, la mise en œuvre des services d'orientation et de sensibilisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, bénéficie de l'appui des partenaires au développement du Cap Vert. Il est souhaitable que cet appui se poursuive au-delà de la durée du Plan actuel et que soit renforcée l'action visant à introduire les ARV dans le pays. Il est également important de maintenir et améliorer l'intervention du Groupe Thématique ONUSIDA en vue d'une meilleure coordination entre les partenaires intervenant au niveau du pays.

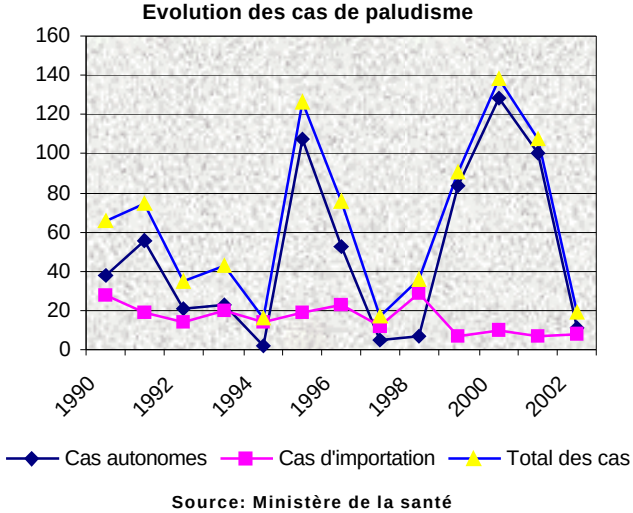
Cible 8 : A) D'ici 2015, Contrôler le Paludisme et autres Maladies ayant un haut taux de Prévalence et Inverser la Tendance Actuelle

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCES

Au Cap Vert, le paludisme est surtout une maladie de faible endémicité, instable et liée à la forte vulnérabilité du pays (essentiellement dans l'île de Santiago). Il est dû à la présence du moustique vecteur (anophèle) à la circulation fréquente des personnes vers des zones d'endémie palustre du continent africain et à l'absence d'immunité de la population. Ainsi, lors d'une bonne pluviométrie, le risque de maladies endémiques augmente, ce qui explique l'apparition du paludisme ces dernières années. Le paludisme autochtone, après un pic en 1995 et une incidence en 1996 avec 1,4 cas pour dix mille habitants, a enregistré en 1997 une baisse de 0,1 cas pour dix mille habitants et ensuite une augmentation atteignant le taux de 3,0 pour dix mille habitants en 2000 (*Graphique 16*). Les cas se sont concentrés principalement dans l'île de Santiago. Le taux de mortalité s'est élevé à 0,8% et le taux de mortalité en 2002 était de 0,004 pour mille habitants.

Graphique 16

Evolution des cas de paludisme



Source: Ministère de la santé

L'on considère que la totalité de la population des zones à risque a accès à un traitement efficace.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

L'approche multisectorielle privilégiée dans le cadre de la prévention et de la lutte contre d'éventuels pics d'épidémie a porté ses fruits ; il convient donc de poursuivre dans cette voie pour le bien des populations. Le Ministère de la santé a cherché à dynamiser au sein de la direction générale de la santé un programme de contrôle du paludisme encadré dans l'initiative « Faire reculer le paludisme en Afrique ». L'accès aux structures de santé et aux médicaments anti-paludéens est aisé au Cap Vert.

LES DEFIS

- La capacité à détecter les facteurs à risque capables de déclencher une épidémie est faible. Le dépistage actif a besoin d'être amélioré.
- Les perspectives se situent au niveau du contrôle de la maladie, à travers la détection et le traitement précoces des cas, du renforcement de la surveillance épidémiologique, surtout orientée vers des cas importants et de contrôle de la densité vectorielle.
- Le faible degré d'assainissement dans quelques zones du pays a conduit à la formation de nappes d'eaux stagnantes qui constituent des zones susceptibles de favoriser la prolifération des moustiques.
- L'on constate une faible sensibilisation de la population par rapport au paludisme.

LES PRIORITES POUR L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

- Appuyer la planification de l'Initiative *« Faire reculer le paludisme en Afrique »* et trouver les ressources financières et techniques en vue de la mise en œuvre de la stratégie.
- Appuyer le renforcement des capacités nationales de planification et de gestion et allouer les montants pour les soins de santé primaires.

Cible 8 : B) Combattre la Tuberculose et d'ici 2015 Inverser la Tendance Actuelle

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCES

La tuberculose est l'un des fléaux de santé publique au Cap Vert. En tant que maladie endémique, son évolution s'est développée en parallèle avec l'évolution de l'épidémie au niveau mondial et en conformité avec les caractéristiques du pays compte tenu des conditions socio-économiques et de développement en général, y inclus le développement des ressources humaines et la capacité des infrastructures sanitaires. En analysant les statistiques, on constate, conformément aux prévisions de l'OMS, que le risque d'infection de la tuberculose est de 1,5%, ce qui présuppose que par rapport à la population du pays estimée à 450.483 habitants en 2002 (projection sur la base du recensement de 2000), l'incidence annuelle de la tuberculose serait de 676 malades. Ainsi, pour l'année 2000, l'incidence se situerait à 275 cas, ce qui donnerait un taux de détection de 40,6% (31% en 2000) (*Tableau 19*). Selon les notifications, l'incidence durant les années 90 démontre une tendance vers la baisse, avec un effet contraire à partir de 2000. En 2001, les cas de bacilloscopie positive représentent 53% des cas de tuberculose pulmonaire et 48,1% pour toutes les formes. Les formes extra pulmonaires représentent 9,3% du total des cas de ces dix dernières années. En général, la mortalité par tuberculose a diminué lentement ces dernières dix années dans toutes les communes.

Tableau 19: Evolution de l'incidence de la Tuberculose et des décès causés par cette maladie

Année	Nombre de cas	Population	Incidence pour 100 mille habitants	Taux de mortalité pour 100.000 due à la tuberculose
1994	200	376,000	53,2	9,0
1995	233	386,185	60,3	10,8
1996	190	396,172	48,0	6,6
1997	196	406,514	48,2	4,9
1998	208	417,514	49,8	6,2
1999	172	428,227	40,16	3,1
2000	222	434,625	51	3,2
2001	291	442,459	65,77	4,3
2002	275	450,483	61,77	2,7

Source: Plan stratégique de lutte contre la tuberculose et diverses sources.

Selon les enquêtes réalisées en 1999 et 2002, la couverture vaccinale en BCG était, respectivement, de 92,3 et 99,1%.

La faiblesse des conditions socio-économiques du pays, notamment le degré élevé de pauvreté, en particulier en milieu rural et dans les zones périphériques urbaines ainsi que la coexistence de l'épidémie du VIH/SIDA, qui diminue la résistance de l'organisme des personnes infectées, causant l'apparition de formes plus aiguës de tuberculose, conditionnent la réalisation des objectifs du millénaire.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Parmi les facteurs favorables au succès du Programme de lutte contre la tuberculose on note la volonté politique du gouvernement et l'appui des partenaires extérieurs à travers le Plan stratégique de lutte contre la tuberculose (2002 -2006). Il existe aussi une infrastructure décentralisée capable de permettre la conduite des activités de lutte anti - tuberculeuse. En outre, le pays dispose d'un réseau de laboratoires équipés pour la microscopie de la tuberculose en dépit des problèmes techniques ou d'approvisionnement en réactifs.

LES DEFIS

Afin d'atteindre les objectifs du millénaire plusieurs défis sont à relever :

- Le manque de conditions dans quelques municipalités pour un travail commu - nautaire avec les malades et leurs familles et une intervention insuffisante dans le domaine de l'IEC ;
- L'adhésion insuffisante des structures des délégations sanitaires au DOT ;
- Le manque de ressources financières disponibles pour l'acquisition de médi - caments, équipements et réactifs ;
- L'inexistence d'un financement institution - nalisé et soutenable du programme ;
- La lutte contre la maladie insuffisamment structurée au niveau national, dû à la mise à disposition limitée de cadres nationaux formés dans ce domaine et faible capacité de planification.

LES PRIORITES POUR L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

La capacité de dépistage précoce des cas de tuberculose pulmonaire par microscopie positive ainsi que par un traitement efficace. La mise en oeuvre du Plan stratégique national devra faire l'objet d'un partenariat élargi autour du Programme. La stratégie du Gouvernement pour la lutte contre la pauvreté nécessitera l'appui de la communauté internationale pour la promotion d'un environnement durable et de meilleures conditions de vie favorables à la lutte contre la tuberculose.

Les partenaires du développement peuvent contribuer à la réalisation des objectifs de lutte contre la tuberculose à travers l'appui technique et financier au programme, par :

- La mise à disposition de l'assistance technique spécialisée pour l'appui à la gestion du programme ;
- La fourniture de ressources financières pour l'exécution des activités programmées ;
- La fourniture de documentation technique et des ressources technologiques spécialisées, en particulier dans le domaine de l'IEC, de formation et de programme pour la gestion informatique des médicaments ;
- L'appui à la formation dans les domaines spécifiques du contrôle de la tuberculose – planification, épidémiologie, laboratoire et gestion des cas cliniques.

CHAPITRE VII : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE : BIODIVERSITE, APPROVISIONNEMENT EN EAU ET HABITAT POUR LES PAUVRES

La croissance démographiq ue de la population ainsi que la pression qu'elle exerce sur la biodiversité, l'eau, l'assainissement et l'habitat révèle la nécessité d'œuvrer pour un environnement durable. Le Gouvernement à travers sa politique globale de changement entend favoriser un développement intégré, basé sur l'équité sociale et la garantie du bien-être de chaque citoyen dans un environnement sain et préservé.

Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et les programmes nationaux et inverse r la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCE

Biodiversité

La biodiversité capverdienne est à la base des principales activités économiques : agriculture, élevage, exploration forestière, pê che et tourisme (de masse et spécialisé). L'agriculture est réalisée sur près de 9% de la superficie du pays. Approximativement 45% des aires irriguées sont utilisées pour la canne à sucre, destinée à la production de rhum, 35% à la banane et à l'horticult ure et 20% à la patate douce et au manioc. La quantité de plantes médicinales de l'archipel est actuellement de 308 espèces dont 162 (53%) sauvages, 122 (39%) cultivées et 24 (8%) considérées actuellement comme endémiques.

L'aire forestière est d'envir on 83.000 ha. On estime qu'en 1995, 80% de la surface arborée se situait dans les zones arides et semi -arides, et 20% dans les zones humides et très humides d'altitude. Les forêts sont des sources de captation des gaz à effets de serre (cf. *Tableau 20*).

En ce qui concerne l'élevage, selon le dernier recensement, l'effectif total s'élève à 646.210, dont 21.224 bovins, 107.436 caprins, 8.702 ovins, 68.085 porcs, 422.911 oiseaux, 13.679 chevaux et 4.173 lapins.

La surface couverte de terres à potentiel four rager et de pâturage a été estimée à environ 60.850 ha. La Zone Economique Exclusive du Cap Vert (700.000 km2) est le refuge d'espèces de grande importance économique comme la langouste de profondeur, demersais et d'autres crustacés. On a estimé - le potentiel de pêche entre 32.000 et 37.000 tonnes/an (INDP, 1999). La capture moyenne de la flotte nationale dans les dernières douze années, est estimée à 8.505 tonnes avec une tendance à l'augmentation autour de 9.834 tonnes dans les cinq dernières années (IND P, 2001). La pêche artisanale se concentre sur la côte ; elle fournit une consommation par tête de 17 kg de protéines animales, donne un emploi direct à au moins 5000 personnes et contribue indirectement au bien -être d'environ 18.860 individus.

Tableau 20 : Zones forestières et émission de dioxyde de carbone

Cible 9 Indicateurs	1990	2002
Proportion des zones forestières	8,7%	21,7%
Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité	A cette date, il n'existait pas de périmètres forestiers	Définition d'une politique de création de différentes aires protégées.
PIB par unité d'énergie consommée	0,2	0,3
Emission de dioxyde de carbone (par tête)	330,9 ktonnes CO2 (1995)	La tendance est à l'augmentation

Source : Ministère de l'environnement, de l'agriculture et pêche

Cinq espèces de tortues marines vivent dans les habitats marins des côtes du Cap Vert. Au moins 17 espèces de cétacés, de baleines et de dauphins qui utilisent les plate-formes insulaires comme zone de reproduction ou comme couloir de migration ont été répertoriées. On rencontre dans cette région, d'importants pics sous-marins qui sont des centres de concentration d'un taux élevé de biodiversité sous-marine de grande importance non seulement au niveau local mais aussi régional et mondial.

Evolution de la Couverture Végétale

Les premiers dispositifs légaux pour des actions de reboisement ont été mis en œuvre à partir de 1912. Ils ont pris place, principalement, dans les limites topographiques des zones à reboiser et dans les limites des champs de pâturage. Les actions de reforestation ont débuté principalement par les régions élevées : Serra Malagueta (1929), Pico de Antónia (1935) et Rui Vaz (1941) à Santiago, Monte Velha (1941) à Fogo, Monte Gordo (1941) à São Nicolau et Plan alto Leste (1942) dans l'île de Santo Antão. Le tableau 21 donne l'évolution des surfaces forestières.

Tableau 21 : L'évolution des surfaces forestières

Période	Surface forestière (ha)
1929 à 1974	2,997
1976 à 1978	1575
1986 à 1990	30,601
1991 à1997	45,13
1997 à 2000	3,000

Source : Ministère de l'environnement, de l'agriculture et pêche (document et annexe)

Les estimations de 1995 indiquent que 80% des aires boisées se situent dans les zones arides et semi-arides et 20% dans les zones humides et très humides en altitude. Les périmètres forestiers d'altitude sont considérés comme une protection naturelle du fait du rôle qu'ils jouent dans la régulation du régime hydrique (égouttement superficiel et infiltrations des eaux de pluie) des bassins hydrographiques. Les périmètres littoraux sont également sujets à protection avec l'objectif d'empêcher l'invasion des aires principalement dans les îles de Boa Vista et São Vicente.

Les principales espèces utilisées dans les zones arides sont : *Prosopis juliflroa, parkinsonea aculeata, Jatropha curcas, Atriplex ssp, Acacia victoriae, etc*. Dans les zones d'altitude, ce sont *l'Eucalyptus camaldulensi, Grevillea robusta, Pinus et Cupressus ssp* qui sont plantés.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Les politiques gouvernementales, de l'indépendance à 1990, étaient tournées essentiellement vers le milieu rural dans une logique de lutte contre la désertification. Après 1990, la volonté et l'engagement politique pour une promotion d'un développement environnemental soutenable a fait jour, il a eu comme conséquence la ratification de différentes conventions internationales, notamment, sur la biodiversité, les changements climatiques et la désertification et la signature des différents protocoles internationaux et leur mise en œuvre sur le territoire national. Le programme actuel du Gouvernement a défini comme un de ses principaux objectifs *« la conservation et le développement des écosystèmes des îles »*.

Programmes réalisés

- Le Programme d'action national de lutte contre la désertification (PAN-LCD), financé par les Nations Unies et principal instrument d'application de la Convention de lutte contre la désertification. Ce programme vise essentiellement la gestion des ressources naturelles, l'amélioration de la qualité de vie des populations et la gestion de l'information environnementale.
- La stratégie et le Plan d'action sur la diversité biologique (ENPA-DB) est un instrument de coordination, de suivi et d'évaluation des actions de conservation et d'utilisation soutenable de la biodiversité (Gouvernement/PNUD/GEF) ;
- La stratégie nationale et le Plan d'action sur les changements climatiques, instrument pour faire face aux impacts des changements climatiques et minimiser l'émission des gaz à effet de serre dans l'atmosphère. Outre cette stratégie, la première communication nationale sur les changements climatiques a été élaborée et présentée au CoP ;

- Le projet Cap Vert Natura 2000, qui vise la planification et l'organisation des ressources naturelles du pays ;
- La gestion des zones côtières, l'objectif est de définir une politique d'utilisation des côtes et de définir les zones pour l'utilisation de diverses activités notamment l'extraction d'inertes et l'expansion portuaire.

Programme en cours

- Mise en œuvre de la stratégie nationale et du Plan d'action sur la biodiversité, qui consiste en l'élaboration de plans de gestion des aires protégées, déjà définies au Cap Vert ;
- Préservation et exploration des ressources naturelles dans l'île de Fogo. Il s'agit d'un projet de la coopération allemande (GTZ) au Cap Vert. Le parc (aire protégée) occupe une superficie de 75 km^2 dans les zones hautes du Volcan de Fogo (Bordeira et Chã das caldeiras, à partir de 1800 m) ;
- Monitoring des populations d'espèces végétales en voie d'extinction ;
- Reproduction de bananes in vitro et conservation ex-situ de matériel génétique végétal pour l'agriculture et l'alimentation dans une banque de germoplasme.
- Valorisation des sols salés en utilisant le SIG;
- Monitoring des populations d'espèces animales menacées d'extinction (oiseaux et reptiles) ;
- Accompagnement et prospection des différentes espèces marines, vulgarisation sur des thèmes liés à la problématique de la biodiversité, participation à des projets régionaux dans le contexte de la DCSRP et publications de documents techniques.

Documents élaborés/IEC

Dans ce contexte, différents documents ont été élaborés, notamment la carte agro-écologique des îles du Cap Vert, la Flore du Cap Vert avec la publication de 88 familles contenant au total 238 variétés - 1998-2002, Première Liste Rouge de la faune et de la flore du Cap Vert, Plantes endémiques et arbres indigènes du Cap Vert, INIDA 1995, Oiseaux du Cap Vert – 1993, Glossaire des noms vernaculaires des plantes du Cap Vert - îles de Santo Antão et de Santiago 1992/94, Systémique des plantes du Cap Vert - 1998, Livre Blanc, Création d'un système d'information sur l'environnement. Dans le but d'éduquer et de sensibiliser la population à la préservation de la flore des îles, un jardin botanique a été créé, un programme de formation et d'information sur l'environnement a été réalisé – PFIE, en plus de la création d'un programme radiophonique et de télévision « Há Mar, Há Terra ».

LES DEFIS A RELEVER

La volonté politique du pays de préserver son patrimoine naturel est indiscutable. Cette volonté s'est exprimée autant dans la législation que par des moyens institutionnels. Néanmoins, la fragilité des institutions, le manque de moyens financiers et l'incidence élevée de la pauvreté ont constitué des entraves sérieuses à la protection des écosystèmes, surtout à des époques où la sécurité alimentaire, le combat contre les épidémies et l'approvisionnement en eau des populations constituaient des priorités urgentes. Cependant la protection des écosystèmes et la valorisation du patrimoine naturel ne peut pas constituer une tâche exclusive des institutions publiques, mais exige l'engagement et la collaboration de la société dans son ensemble.

Pour le programme d'action de conservation et de gestion durable de la biodiversité, pendant la période 2004-2014, les objectifs envisagés sont: la conservation et l'usage durable des composants biologiques (les espèces) présentes dans nos régions ; la garantie de la viabilité biologique (génétique) des espèces qui constituent la biodiversité sur la base des innovations scientifiques et industrielles ; la conservation des processus écologiques essentiels qui servent de base à la biodiversité (sols, forêts, zones côtières et ressources hydriques); la conservation et la protection de la biodiversité dans une perspective éco-régionale, capable de résister aux pressions et aux changements rendus obligatoires.

Si l'on réussit à atteindre les objectifs préconisés dans le Programme d'action, le Cap Vert aura accompli l'engagement de la Déclaration du millénaire en ce qui concerne la biodiversité. Cependant, Il est urgent que soient mobilisées des ressources financières pour la mise en œuvre des Programmes et projets identifiés comme prioritaires

dans le Plan d'action de conservation et de gestion durable de la biodiversité.

Cible 10 : A) Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCES

Le volume global des ressources d'eaux souterraines exploitées est estimé à environ 99.409 m^3/jour, c'est à dire 36,28 millions de m^3/an. Les sources contribuent à 25% de ce volume, les puits à 24% et les forages à 51%. On estime qu'il existe dans le pays environ 2.304 sources (y compris les galeries), 1173 puits et 238 forages. Environ 85% de ces points d'eau sont situés dans les îles de Santo Antão et Santiago. Dans quelques îles, nommément, Boa Vista, Sal et São Vicente, il n'existe pas de ressources souterraines en quantité et en qualité suffisante, la déssalinisation de l'eau de mer constitue la source primaire de production d'eau potable. Le Cap Vert importe les « eaux de table » faute de disposer d'entreprises locales dans ce domaine.

En milieu urbain, selon le recensement de 2000, l'approvisionnement en eau potable des populations se faisait de la façon suivante : 38% par liaison domiciliaire, 38% par fontaine, 11% par camion-citerne, 9% par citerne et 4% par d'autres forme d'approvisionnement. En terme de sécurité, de continuité et de garantie de la qualité de l'eau, près de 24% de la population urbaine s'approvisionne dans des conditions précaires (approvisionnement par camion-citerne, citerne, puits traditionnel et autres). Le contrôle de la qualité et le traitement de l'eau sont faits de façon très irrégulière. L'unique traitement est fait au chlore, mettant en doute la qualité de l'eau. Des analyses diverses réalisées par l'INGRH montrent la présence de coliformes fécaux dans de nombreux échantillons et la présence de nitrites et de nitrates qui peuvent être des indicateurs de pollution.

En milieu rural, l'approvisionnement en eau des populations se fait, selon le recensement de 2000, de la façon suivante : 7% par liaison domiciliaire, 54% par fontaine, 5% par camion-citerne, 9% par citerne, 25% par puits traditionnel, canal et autre. Normalement l'approvisionnement en eau des populations rurales se fait par fontaine, variant de 72% à São Nicolau à 32% à São Miguel. L'approvisionnement en eau par camion-citerne est relativement fréquent dans l'île de São Vicente (25%), il n'atteint pas 10% dans les autres îles. L'approvisionnement par citerne est le plus important à Fogo (39% à São Filipe et 42% à Mosteiros) et à Brava (21%), il est moins utilisé dans les autres îles. Les autres formes d'approvisionnement (puits, canaux et autres) sont fréquents, surtout en milieu rural, dans presque toutes les municipalités à l'exception des municipalités de São Filipe et de Brava dont les proportions ne dépassent pas 5%. La qualité de l'eau, dans le monde rural n'est pas garantie. Dans quelques systèmes, la chloration est faite avec une certaine régularité, pour d'autres elle est faite de temps à autres et inexistante pour certains .

En guise de conclusion, on peut affirmer qu' au Cap Vert, 25% de la population s'approvisionnent grâce à une liaison domiciliaire, 45% grâce à des fontaines, 9% par camion-citerne, 17% par citerne et 17% par d'autres moyens d'approvisionnement, c'est à dire que 78% de la population a accès à un approvisionnement en eau par un système plus ou moins sûr (liaisons domiciliaires et fontaines) et 30% de la population s'approvisionne de façon plus ou moins précaire, soit par des camion-citernes, des citernes ou des sources traditionnelles. La proportion de la population ayant accès à l'eau potable est passée de 52% en 1990 à 82% en 2002 (*Tableau 22*), marquant ainsi l'atteinte de l'OMD considéré.

Tableau 22 : Taux d'accès à l'eau potable

Indicateurs	1990	2002
Pourcentage de la population avec un accès durable à l'approvisionnement d'eau potable	52%	82%
Pourcentage de la population avec accès à une liaison domiciliaire	13 ,6%	38%
Pourcentage de la population avec accès à une fontaine	45,9%	38%
Pourcentage de la population ayant accès à un système d'assainissement dans les environs	22,2%	24%

Source : Ministère de l'Environnement, de l'agriculture et pêche

Si l'objectif de réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable est déjà atteint p our l'ensemble du pays comparativement à la situation du début des années 1990, les efforts à fournir pour assurer pleinement l'accès des populations à l'eau potable seront inégaux d'une municipalité à l'autre. Il apparaît en effet (*Tableau 23*) que certaines municipalités ont encore des taux d'accès à l'eau potable pour leur population de 53% pendant que d'autres sont déjà proches des 100%.

Tableau 23 : Taux d'accès à l'eau potable par municipalité en 2000

Municipalités	Nombre de ménages	Branchement domiciliaire		Bornes fontaines	Camion-citerne	Total
		Année 2000	Année 2003			
Sal	3662	47,1	62	42,5	4,6	94,3
Maio	1614	53,5	74	37,3	0,4	91,1
Praia	23655	22,2	41	54,2	12	88,4
São Filipe	3153	30,4		55,8	2	88,1
Ribeira Grande	4824	30,9	53	54,5	1,7	87,1
Porto Novo	3713	9,3		57	17,7	84
Tarrafal	3878	22,6	53	56,4	5	84
São Filipe	3692	26		51,5	1,8	79,4
Brava	1596	19,3		59,1	0,2	78,6
Paul	1656	22,2		54	1,8	77,9
Boavista	1105	25,2	32	49,8	2,9	77,8
São Domingos	2412	0,3		57,2	18,7	76,2
Santa Cruz	6332	7,9		61,3	3,6	72,9
São Vicente	15639	44,6	61		15	72,4
Santa Catarina	9910	14,4	27		6,9	60,5
São Miguel	3305	13,1			2,1	57,9
Mosteiros	3829	12,7			2,3	53,5

Source : INE, INGRH, 2003

L'Eau pour l'agriculture et l'élevage

Les surfaces irriguées occupent actuellement une superficie qui oscille entre 1500 et 2000 ha, en fonction des ressources disponibles. La superficie de terres potentiellement irriguées varie entre 2000 et 3000 ha, et elles sont concentrées principalement dans les îles de Santo Antão et de Santiago. La culture prédominante est celle de la canne à sucre, qui occupait entre 46 et 80% de la surface irriguée en 1988. A partir de 1993, il y a eu un effort d'introduction de la micro-irrigation qui bénéficie aujourd'hui à près de 200 agriculteur s sur une surface de quelques 200 à 300 ha. L'eau pour l'irrigation provient essentiellement de galeries et de captations alluviales et de pluie parvenant aux parcelles par gravitation ou par pompage à partir de puits ou de forages. On estime que l'exploit ation de

ces captations est de l'ordre de 60 000 m^3/jour pour irriguer environ 1600 ha. Plus de 60% du volume d'eau exploitée est consommé par l'irrigation. Le volume d'eau nécessaire à l'agriculture a été évalué à 28,2 millions de m^3/an, alors que l'ext raction est de l'ordre de 22 millions de m^3 par an, il en résulte donc un déficit de 6 millions de m^3/an.

En ce qui concerne l'élevage, l'exploitation est de petite échelle et extensive. Il existe quelques unités avicoles. Au Cap Vert, il existe des poi nts d'eau destinés au bétail. L'eau pour les animaux des exploitations familiales provient des sources non

captées et des points d'eau équipés, soit à des fins agricoles, soit pour l'approvisionnement en eau potable.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Le Gouvernement a fait du secteur des ressources hydriques un secteur prioritaire avec les objectifs suivants : (i) assurer à tous les habitants du Cap Vert un accès à l'eau potable de qualité (ii) empêcher que les eaux usées se transforment en charges polluantes (iii) valoriser l'eau et rationaliser son utilisation avec des tarifs de vente qui reflètent les coûts de production, de distribution et de rénovation des équipements et des infrastructures, (iv) préserver les ressources hydriques en les exploitant en accord avec l'évolution des besoins des secteurs utilisateurs et assurer la pérennité des ressources en eau, en défendant que l'exploitation d'eau ne dépasse la capacité de renouvellement et que l'intrusion saline soit contrôlée.

Pour atteindre ses objectifs, le Gouvernement met en œuvre des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les zones rurales et urbaines, avec l'assistance de la coopération internationale (PNUD, Union Européenne, Allemagne, Arabie Saoudite, Etats Unis, entre autres). Les projets visent l'utilisation durable des ressources hydriques. Pour cela, le bassin hydrographique est l'unité de gestion des ressources hydriques.

En ce qui concerne la gestion soutenable des ressources hydriques, il existe plusieurs sous programmes et de projets en cours, avec des financements intérieurs ou extérieurs. Les plans nationaux relatifs aux ressources hydriques suivants ont été mis en place :

- Plan national de développement ;
- Schéma Directeur des Ressources Hydriques ;
- Plan Directeur d'Irrigation ;
- Plan de Gestion des Ressources Hydriques ;
- Plan d'Action National pour l'Environnement (PANA stratégique).

LES DEFIS DE LA DURABILITE

Pour satisfaire de façon durable les besoins en eau en quantité et en qualité à tous au Cap Vert, quelques défis font jour, notamment :

- L'augmentation de la demande d'eau et d'assainissement due à la croissance démographique et économique, portant le niveau de la demande proche des ressources en eau disponibles ;
- L'insuffisance des moyens (humains et matériels) pour faire face au premier défi ;
- La valorisation du potentiel des eaux superficielles ;
- Le recyclage et la réutilisation des eaux.

Bien que la cible « eau disponible pour la moitié de la population » soit déjà été atteinte, il existe cependant des défis qualitatifs comme les contrôles rigoureux et systématiques de la qualité de l'eau dans le pays. On doit investir dans l'amélioration des services d'approvisionnement en eau de qualité en vue d'améliorer la santé et les conditions de vie des communautés, par le contrôle et la prévention des maladies et la préservation de l'environnement. L'utilisation de l'eau doit être judicieusement évaluée et insérée dans le cadre général de ses multiples usages, tandis que sa qualité doit être améliorée et préservée.

L'adoption d'une politique nationale d'assainissement, l'utilisation d'un système national d'information sur l'eau et la définition de normes d'utilisation et d'économie de l'eau sont des instruments nécessaires pour consolider les objectifs préconisés.

PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Des appuis financiers sont nécessaires pour mettre en œuvre les programmes présentés dans le tableau 24. Certains ont déjà été identifiés dans le cadre du PANA II 2004-2014, de même que pour développer les capacités institutionnelles et humaines, principalement au niveau des municipalités, de façon à faciliter l'application effective des Plans environnementaux municipaux. Dans ce cadre, le Cap Vert a été bénéficiaire de l'appui des partenaires internationaux de développement, particulièrement du PNUD et de la Hollande.

Tableau 24 : Proposition de programme ayant une vision durable

Programmes/sous-programmes/projets	Objectifs généraux	Cibles
Sous-programme 31.1 gestion intégrée des ressources hydriques	Atteindre un équilibre entre l'utilisation d'eau comme base de subsistance d'une population en pleine croissance et sa protection et conservation en vue de garantir la pérennité de ses fonctions et caractéristiques	Augmenter le taux de couverture de l'approvisionnement en eau, de recueil, de traitement, et de réutilisation des eaux résiduelles. Vulgariser les systèmes d'éoliennes et photovoltaïques.
Sous-programme 32.1 Approvisionnement et distribution d'eau	Améliorer la qualité de l'eau. Améliorer les conditions de stockage et de contrôle de qualité. Augmenter le taux de couverture des populations. Améliorer la santé publique.	Atteindre un taux de couverture supérieur à 70% dans les principaux centres urbains. Atteindre un taux de couverture supérieur à 50% dans les centres urbains secondaires. Qualité et quantité d'eau pour la consommation garanties.
Sous-programme 33.5 Développement des infrastructures de production d'énergie et d'eau	Développer les infrastructures de production et de distribution d'énergie électrique et d'eau. Moderniser et étendre les infrastructures de production d'énergie et d'eau. Assurer la gestion durable. Inciter à l'utilisation d'énergie renouvelable.	Augmenter l'efficience des centres de production. Augmenter la capacité installée. Moderniser et étendre les parcs de production d'électricité et d'eau déssalinisée.

Cible 10 : B) Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable : Améliorer le cadre de vie

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCES

Evacuation des eaux usées

Au Cap Vert, 76% de la population ne dispose pas de moyens sûrs d'évacuation des eaux résiduelles, et à peine 10% est reliée au réseau général d'égout et 14% utilise une fosse septique. Un pourcentage considérable de la population n'a pas d'accès direct à l'eau potable et ne dispose pas d'un système sanitaire adéquat (environ 60% des ménages à Praia ne disposent d'aucune sorte d'assainissement de base).

Le traitement des eaux résiduelles est uniquemen t fait dans deux centres urbains, Praia et Mindelo. A Praia, un traitement primaire est fait par rejection des effluents dans la mer tandis qu'à Mindelo, le traitement est fait par émission sous -marine avec une utilisation pour l'agriculture.

Quant à la réutilisation des eaux résiduelles, un projet de construction d'une station de traitement est en cours à Tarrafal, avec un système de lagune ce qui rend possible la réutilisation des effluents traités pour l'irrigation agricole existant dans la zone de Colonato et un projet d'utilisation des eaux résiduelles traitées de Mindelo pour l'irrigation de Ribeira de Vinha.

Une étude est également en cours pour identifier les usages possibles, les processus de traitement, la qualité des effluents recueillis et la viabilité économique de la réutilisation des eaux résiduelles dans 9 centres de forte population du pays (Praia, Mindelo, São Filipe, Assomada, Tarrafal, Pedra Badejo, Calheta, Porto Novo et Espargos).

Santé publique et environnement

Une part importa nte de la population vit dans des conditions d'hygiène précaire imposées par l'accès déficient à une eau potable de qualité et à l'absence d'infrastructures minima d'assainissement. Ce fait est responsable de la propagation des maladies transmissibles par voie hydrique et par la contamination progressive du milieu ambiant. Les conditions mentionnées ci -dessus se reflètent dans le profil épidémiologique du Cap Vert. En effet, les maladies diarrhéiques de transmission fécal -oral représentent encore une cause importante de mortalité infantile et générale. On remarque dans la dernière décennie, l'occurrence d'une épidémie de choléra enregistrée entre 1994 et 1996, pour laquelle 13 552 cas avaient été enregistrés et qui a atteint tout le pays et une épidémie de d iarrhée

sanguinolente (quelques cas de Shigella desynteriae de type 1 ont été identifiés) en 2000, avec 9.571 cas enregistrés et 9 décès. En 2000, le pays a enregistré une épidémie de poliomyélite, maladie également de transmission fécal-oral, pour laquelle 56 cas suspects et 8 décès ont été enregistrés.

Les mauvaises habitudes d'hygiène d'une grande frange de la population, résultant d'une faible éducation sanitaire et d'un approvisionnement déficient en eau autant, sont des facteurs prépondérants de propagation de ces maladies. Cette situation s'aggrave encore plus dans les quelques zones péri-urbaines, où les individus vivent dans des habitations dépourvues d'infrastructures sanitaires. Ces conditions favorisent la transmission de maladies comme notamment la tuberculose, la méningite, les affections de la peau, la lèpre, entre autres. La non évacuation des eaux pluviales, la conservation de réservoirs et de puits ouverts et le non-colmatage des terrains ont favorisé la prolifération des moustiques vecteurs du paludisme, maladie qui persiste encore dans l'île de Santiago.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Le traitement des résidus solides urbains est encore dans une phase initiale, en attente de solutions nouvelles et innovatrices. On recherche une solution de fond au problème des détritus et une telle solution peut passer par l'industrialisation des résidus avec la production d'eau et d'énergie. La construction de remblais sanitaires paraît être une solution viable pour les résidus biodégradables. Il existe un projet en phase d'étude, d'un remblai unique pour toutes les municipalités de Santiago.

Actuellement les résidus solides sont récoltés et envoyés dans des décharges à ciel ouvert où ils sont brûlés ou enterrés. Les résidus industriels ne constituent pas encore un grave problème environnemental car le niveau d'industrialisation du pays reste bas. Cependant, dans les centres urbains de Praia et Mindelo le problème se fait déjà sentir. La plus grande partie des résidus hospitaliers a la même destination que les résidus urbains.
Une quantité significative d'huiles usées est jetée à même le sol et dans des lieux peu appropriés, ce qui compromet les lieux publics et crée une série de problèmes environnementaux. A Sao Vicente, l'ONG Garça Vermelha récolte les huiles usagées de quelques entreprises dans des conteneurs. Shell envoie ses huiles dans une station de traitement au Sénégal, en vue de leur réutilisation industrielle. L'idée qui prévaut aujourd'hui est la création d'une unité de traitement des huiles usées au Cap Vert.

Un programme d'infrastructuration est en cours pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans la quasi totalité des municipalités du pays. Néanmoins, sa réalisation se trouve sévèrement conditionnée par la faible disponibilité financière.

En considérant que différentes actions se trouvent être réalisées dans les domaines de la promotion et du renforcement de l'assainissement, notamment, l'approvisionnement et la distribution d'eau potable, la récolte et le traitement des eaux résiduelles, la récolte et le traitement des résidus solides, il est important de poursuivre les projets des conseils de ce type qui n'ont pas été pris en compte dans le programme d'investissement pour 2003. Ceci dit, il faut que les programmes suivants soient réellement entrepris pour que l'on puisse atteindre les cibles préconisées dans le Plan national d'assainissement, 2002.

LES DEFIS A RELEVER

Le défi concernant les résidus hospitaliers nécessite la construction de petits incinérateurs pour leurs traitements. Les incinérateurs ont la possibilité de récolter et de traiter des sous-produits hospitaliers de tout type et ils sont de technologie simple, efficace et basée sur un processus de combustion accélérée. La récupération nécessaire dans le secteur de l'assainissement au Cap Vert, passe nécessairement par la mise en œuvre de la politique nationale d'assainissement en vue de combler les lacunes en matière institutionnelle, légale, organisationnelle, de mobilisation des ressources pour les importants investissements en infrastructures, éducation et sensibilisation.

Cependant la question de l'assainissement ne doit pas se réduire à des infrastructures et cette problématique doit représenter un des grands défis si l'on prend en compte la situation précaire et les hauts risques pour la santé publique, pour l'environnement et pour l'économie. Le processus implique différents acteurs, notamment, les municipalités, la santé, l'éducation sanitaire, l'environnement, l'INGRH, le secteur privé, les ONG et la société civile dans son ensemble. Dès

lors, la synergie entre les différents intervenants doit être institutionnalisée, avec l'ultime responsabilité de mettre au point les moyens les plus adéquats pour l'amélioration des conditions d' accès des populations à l'assainissement du milieu.

Des études préliminaires déjà réalisées ont permis d'approfondir la connaissance de la situation précaire qui caractérise le secteur de l'assainisse - ment au Cap vert et aussi de conclure que beaucoup de travail reste à faire, notamment dans la définition des politiques et stratégies spécifiques du secteur, ces conclusions ont été renforcées par les résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat de 2000.

On estime que pour atteindre les OMD, il faut mettre en œuvre le programme Gestion intégrée et soutenable des ressources hydriques.

Cible 11 : Réussir, d'ici à 2020, à améliorer la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

ANALYSE DE LA SITUATION ET TENDANCE

Un pourcentage non négligeable des capverdiens vit encore dans des maisons de tôle ou de carton, conséquence de l'importance de la pauvreté monétaire et du chômage. Dans les zones limitrophes des centres urbains, il est courant de voir des maisons constr uites sur les pentes avec des matériaux les plus variés : cartons, tôles et briques. Les populations pauvres résidentes utilisent des espaces non autorisés pour la construction et sont exposées à la destruction de leurs habitations de fortune par la mairie. D'un autre côté, les pluies mettent en péril non seulement les maisons, mais aussi la vie des usagers et des autres personnes, lorsqu'elles sont construites dans des zones de forte pente.

Les statistiques disponibles permettent une analyse des titres de propriétés. En 1990, 61% de la population possédait leur propre habitation, ce pourcentage a été de 64% en 2000. Les 36% restant de la population vit dans des maisons louées ou sous-louées, abandonnées ou dans la rue.

En ce qui concerne les sans-abri, la situation s'est améliorée considérablement, passant de 836 individus en 1990 à 117 individus en 2000. Il est important de noter qu'actuellement environ 2.393 familles vivent dans des maisons de tôle, de cartons etc., dans une situation pr écaire en termes d'habitation, d'assainissement et de santé.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE ET DEFIS A RELEVER

Pour résoudre la question de logement, le IFH a été créé pour la promotion du logement pour les pauvres, alors que ce sujet a été enlevé des thématiques des autres services de promotion sociale et du Programme de lutte contre la pauvreté qui n'avaient pas atteint les objectifs pour lesquels ils avaient été créés. Quelques mairies ont essayé de légaliser les titres de propriété et d'inscrire quelqu es maisons au cadastre dès que cela était possible. Le Tableau 25 fait le point du nombre d'habitats sociaux construits dans quelques îles pendant la période 1990/2002.

Tableau 25 : Nombre de maisons construites dans le cadre de l'habitat social entre 1 990-2002

	S. Antão	S.Vicente	S. Nicaula	Boa Vista	Santiago	Fogo	Brava
Gouvernement /Mairies	107	52	68	16	369	34	27

Source : Municipalités

Il est important de souligner qu'il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine. L'habitation correcte ne résout pas le problème de l'habitat des plus défavorisés, mais il doit y avoir une politique intégrée dans un plan global d'amélioration des conditions de vie des populations qui engloberait l'habitat, l'eau, l'assainissement et la création d'emploi.

CHAPITRE VIII : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

Les transformations politiques et économiques amorcées au Cap Vert en 1991 ont bénéficié des appuis des partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux. Ces appuis ont été le résultat de la stratégie de mobilisation des ressources durant la période 1990/2002 fondée sur les lignes d'orientation suivantes :

(a) concertation globale avec les partenaires au développement par un mécanisme de tables rondes et de cofinancement de pr ogramme,
(b) développement d'un cadre pluriannuel de coopération avec les partenaires bilatéraux afin de rendre la coopération plus prévisible et flexible,
(c) approfondissement des relations avec les institutions financières internationales,
(d) attraction de l'in vestissement extérieur en vue de développer les exportations de biens et services et de procurer de l'emploi et
(e) attraction de l'épargne des émigrants afin d'accroître l'épargne nationale et de combler le profond déséquilibre de la balance commerciale. Les divers programmes et projets réalisés en intégrant les principes du développement humain durable ont dès lors incorporé les objectifs de développement explicités en 2000 dans la Déclaration du Millénaire.

Sur la base des indicateurs de base préconisés p our chacune des cibles établies pour l'objectif 8 *« Assurer un partenariat mondial pour le développement »* seront principalement traité les points suivants:

(i) les Accords commerciaux et l'accès aux marchés,
(ii) l'évolution et l'impact sectoriel de l'Aide publ ique au développement,
(iii) la dette publique,
(iv) la vulnérabilité nationale et ses implications.

Cibles 12 : Mettre en place un Système Commercial Ouvert Fondé sur des Règles Prévisibles et non Discriminatoires

1. Accords commerciaux et accès aux marchés

Les Accords de partenariat économique ACP/UE (Accord de Cotonou)

L'Accord de Cotonou, qui se substitue à la Convention de Lomé, prévoit la négociation de nouveaux accords commerciaux entre l'UE et les Etats ACP, mettant ainsi un terme à 25 ans de relations commerciales préférentielles non réciproques. Sur cette base, une période de négociations a débuté le 27 septembre 2002. Ces négociations en conformité avec l'Accord, viseront à substituer le régime de préférences unilatérales par de nouveaux accords ré gionaux (ou bilatéraux) entre l'UE et les ACP. Ces négociations devront être conclues fin 2007. Cette nouvelle coopération commerciale vise à promouvoir l'intégration progressive des Etats ACP dans l'économie mondiale en leur permettant une pleine particip ation au commerce mondial. Les pays ACP et l'UE se sont engagés à conclure de nouveaux accords commerciaux compatibles avec les règles de l'OMC, en supprimant progressivement les obstacles aux échanges entre les parties et en renforçant la coopération dans tous les domaines. Ces nouveaux accords prendront la forme d'un Accord de partenariat économique (APE) ou une autre alternative possible, ceci dans l'intention de doter les Etats ACP d'un nouveau cadre commercial qui soit en conformité avec les règles de l'OMC.

Les APE proposés par la Commission, pourront revêtir la forme d'une zone de libre échange entre les différents groupes régionaux ACP et l'UE, ou quelque autre forme. La Commission a manifesté sa préférence pour un accord entre l'UE et chaque sous-région (CEDEAO, CARICOM, Forum du Pacifique, CEMAC, etc.), car elle estime que cela pourra fonctionner comme un catalyseur pour l'approfondissement de la libéralisation commerciale , et l'intégration économique régionale.

Les APE porteront sur le commerce et les secteurs connexes, les domaines de la normalisation et de la certification, de la protection des droits de propriété intellectuelle, de la concurrence, des marchés publics, de la sécurité alimentaire, etc. Les négociations seront faites directement avec l'UE ou via l'organisation régionale dont le pays fait partie.

Le défi pour le Cap Vert est de négocier au même moment : l'APE directement avec l'UE ou via la CEDEAO et son adhésion à l'OMC.

L'adhésion à l'organisation mondiale du commerce (OMC)

Le Cap Vert n'est pas encore membre de l'OMC mais il a été convié à participer quasiment à toutes les activités de l'organisation comme observateur. Il bénéficie aussi d'une gamme de formations à l'extérieur pour ses cadres dans des domaines spécifiques tels que les politiques commerciales, les politiques de concurrence et de prix, la diplomatie commerciale.

Néanmoins, le Cap vert a soumis son mémoire sur le régime du commerce extérieur à l'OMC, en tant que document de support pour sa candidature d'adhésion à l'OMC, en accord avec l'article XII de l'Accord de Marrakech créant l'OMC. « L'aide mémoire » du régime du commerce extérieur du Cap Vert a été remis à l'OMC à Genève en attendant la phase de notifications et de négociations qui devrait avoir lieu au premier semestre 2004. Le Cap Vert souhaite adhérer à l'OMC dans des termes appropriés à sa condition de pays moins avancé, périphérique et insulaire avec ses handicaps en termes de coûts de production et de distribution très élevés.

L'accès à l'African Growth and Opportunity Act (AGOA) et la Nouvelle Initiative Canadienne (NIC)

- Le Cap Vert est éligible à «l'African Growth and Opportunity Act » (AGOA) qui donne aux pays au sud du Sahara un régime préférentiel pour l'entrée de leurs produits, textiles et vêtements particulièrement, sur le marché américain. L'AGOA a depuis mars 2003 subi quelques changements sur la documentation à fournir dans le système des visas, tel que le certificat d'origine.
- La NIC (Nouvelle Initiative Canadienne), avec un but identique à celui de l'AGOA, a été établie pour le marché canadien. Il s'agit d'un accord signé entre le Gouvernement du Canada et de la République du Cap Vert ayant pour objectif de donner une impulsion au développement économique par la réduction des barrières commerciales pour la fourniture de meilleures possibilités d'accès au marché canadien des produits textiles et vestimentaires capverdiens. Aussi les deux Etats partagent-ils un intérêt commun relatif à la vérification et à l'application de règles d'origine de façon à maximiser les conséquences positives de l'entrée en vigueur du protocole. Ainsi, le gouvernement capverdien se verra appliqué le droit de douane des pays les moins développés de valeur nulle à tous les produits textiles et les articles vestimentaires admissibles exportés du Cap Vert vers le marché canadien.

Les entreprises capverdiennes, que ce soit dans le cadre de la NIC ou dans celui de l'AGOA, ont des difficultés structurelles à profiter de ces accords. Ce sont des marchés extrêmement compétitifs à tous les niveaux qui impliquent un haut niveau technologique, des coûts de production faible, etc. Les critères établis ne sont pas à la portée de beaucoup d'entreprises au Cap Vert. Elles ne sont pas en effet en mesure de satisfaire les critères de comptabilité des coûts, de normes de qualité des produits qui impliquent de nouveaux investissements et l'intégration de l'innovation dans tout le processus productif et de gestion

2. La promotion des Investissements extérieurs

Le cadre législatif est favorable à l'investissement étranger et à l'activité des divers agents économiques. Ce cadre comprend en plus de la loi qui établit les conditions générales de l'investissement extérieur, la loi de développement industriel, la loi sur les incitations (fiscales) applicables aux exportations ou réexportations de biens et services, la loi sur le statut industriel, la loi-cadre des privatisations, la loi sur l'utilisation touristique et les statuts du PROMEX.

Du point de vue institutionnel, le PROMEX - Centre de Promotion de l'Investissement et des Exportations (créé en 1990) est une institution ayant pour vocation la promotion de l'investissement ciblé sur les exportations. Cette institution, créée par la résolution du Conseil des ministres n°43/93, organise tous les dossiers de projet, lesquels seront ensuite soumis à la Commission d'évaluation de l'investissement extérieur et des entreprises franches.

En dépit du caractère favorable du cadre légal et institutionnel, il subsiste encore, dans la pratique, d'importantes barrières de nature administrative et bureaucratique qui mettent en difficulté ou même désincitent les investisseurs. Ces contraintes sont notamment relatives à l'enregistrement et la création de firmes, le modèle du registre et l'acquisit ion de terrains, le modèle de l'Accès au statut industriel et autres statuts spéciaux, les formalités générales et les opérations en relation avec l'investissement, à l'information déficiente et au déficit de coordination entre les diverses structures avec des responsabilités dans ce domaine. Des réformes profondes des services seront indispensables pour éliminer les obstacles de nature bureaucratique et administrative freinant les investissements extérieurs.

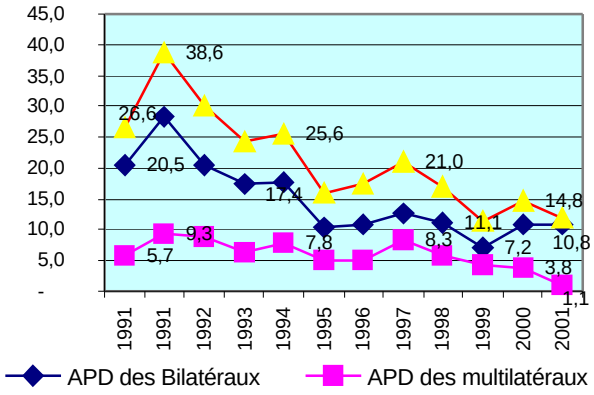
Cible 13 : S'attaquer aux Besoins Particuliers des Pays Moins Avancés

Incidence sectorielle et modalité de l'aide publique au développement (APD)

L'aide publique au développement connaît une tendance à la réduction *(graphique 17).* Elle est passée en pourcentage du PIB de 38,6% en 1991 à 11,9% en 2001. Quant à la structure de cette aide on note une prédominance de l'aide des partenaires bilatéraux. En 2001 les bilatéraux ont contribué à hauteur de 10,8% du PIB contre 1,1% pour les partenaires multilatéraux.

Le volume total des ressources de l'APD, de sources bilatérales et multilatérales, mobilisé pendant la période 1990-2002, s'élève à plus de mille millions de dollars, correspondant à plus de 70% des investissements publics réalisés pendant cette période. Les fonds de contrepartie de l'aide alimentaire sont considérés comme un financement extérieur.

Graphique 17
Evolution de l'aide publique au développment (APD) en pourcentage du PIB



Source: DGCI, PNUD, INE, 2003

Parmi les secteurs qui absorbent la plus grande partie de ces ressources on relève : le développement régional et l'environnement ; les transports et les communications, l'éner gie, l'eau, l'assainissement, l'administration publique et l'éducation. A partir de 1997, les secteurs de la promotion sociale et de la lutte contre la pauvreté ont commencé à gagner une importance particulière dans l'absorption des ressources

Cible 14 : Répondre aux besoins particuliers des petits Etats Insulaires

La vulnérabilité nationale

Le pays est localisé dans le prolongement d'une vaste zone semi-aride sahélienne, avec des précipitations annuelles moyennes de 200 mm, généralement torrentielle et concentrées pendant la période d'été (juillet à septembre). A cause du relief assez incliné, elles augmentent l'érosion superficielle qui entraîne une partie du sol des pentes, aggrave le processus de désertification et provoque une faible alimentation des nappes phréatiques, transformant ainsi l'eau en une des ressources les plus rares de l'archipel. La couverture végétale est également faible à cause de la faible humidité et de l'érosion tendancielle qui laisse le territoire rocheux, phénomène aggravé entre autres par l'action constante des vents.

Ces caractéristiques géographiques de l'archipel multiplient les effets négatifs qui conduisent à

refaire les mêmes investissements dans chaque île (nouveaux ports, aéroports, hôpitaux, nouveaux centres d'énergie, etc.). Cela ne permet ni de faire des économies d'échelle, ni de profiter pleinement des économies externes provenant des investisse - ments publics. Il s'agit de contraintes sérieuses pour la viabilisation des infrastructures structurantes pour le développement en l'occurrence l'assainissement, l'énergie, les transports, les télécommunications, les équipements publics et sociaux.

La superficie cultivée et le rendement des cultures pluviales varient d'année en année, selon la pluviométrie. L'aire cul tivée tend à diminuer depuis 1991, à cause de la sécheresse et de la désertification. Ainsi, le pays produit, en moyenne, moins de 20% de ses besoins de consommation céréalière. Le déficit structurel alimentaire est couvert par les importations commerciale s et l'aide extérieure. Les importations via l'aide alimentaire représentent, en moyenne 70% des biens alimentaires de base importés.

Le niveau d'activité économique intérieur est soutenu par des injections des flux d'aide de l'extérieur, notamment l'aid e extérieure et les envois des émigrants. Le déficit extérieur est structurel à cause de la faiblesse de la base productive. Les transferts extérieurs élevés prennent des valeurs proches de celles du déficit. L'APD est encore un facteur décisif pour l'équi libre de la balance des paiements, dont le déficit, hors transferts officiels, représente environ 16% du PIB.

Le Cap Vert continue en dépit des flux d'aide déjà reçus, compte tenu de sa vulnérabilité, de compter sur les appuis de ses partenaires bilat éraux et multilatéraux.

Cible 15 : Traiter globalement la dette des pays en développement

L'encours de la dette extérieure est passé entre 1997 et 2001 de 215 à 331 millions de dollars soit près de 54% de croissance durant la période, représentant respectivement 43 et 61% du PIB nominal. Le service de la dette représentait en 1997 environ 14% des recettes d'exportations de biens et services contre 21% en 2000 pour ensuite descendre à 13% en 2001 (*Tableau 26*). La dette extérieure du Cap Vert demeure soute nable.

La dette interne représentait 39,2% du PIB en 2001. Elle a bénéficié d'un traitement particulier dans le cadre d'un trust fund mis en place à l'issue de la table ronde de 1998. En effet, conscient de ses difficultés, le Gouvernement avait présenté à ses partenaires lors de la Table Ronde de 1998 un programme d'assainissement de la dette interne qui s'élevait à 180 millions de dollars. Le schéma consiste à la constitution d'un trust fund du montant de la dette (100 millions de dollars), dont le reve nu des emplois devrait rémunérer les titres de la dette en vigueur au Cap vert. Pour encourager les partenaires, l'Etat a fourni 80 millions de dollars provenant des recettes de privatisations, les partenaires devant fournir les 100 millions restants. L'adhésion des partenaires bilatéraux et multilatéraux a été immédiate, conditionnée toutefois par la conclusion du programme de privatisations. L'IDA, l'UE, le Portugal, la BAD et la Suisse ont apporté l'assistance la plus remarquable au trust fund. Mais le processus est gêné par la non-conclusion du programme de privatisations.

Tableau 26: Evolution de la dette extérieure

	1997	1998	1999	2000	2001
Encours de la Dette extérieure	**215,8**	**236,9**	**285,1**	**292,8**	**331,6**
Variation en %	6,9	9,3	20,3	2,7	13,3
Services de la dette MLP	18,3	17,5	17,8	27,5	12,9
Dette extérieure totale en % du PIB	42,6	42,5	49,1	56,5	61,4
Dette en % des exportations	167,2	210,2	254,5	241,6	334,8
Services de la dette en % des exportations des biens et services	14,2	16	15,7	21,1	12,9

Source: Staff Report for the 2001 Article IV Consultation, FMI, May 2001

Cibles 16 : Créer des Emplois pour les Jeunes

La promotion de l'emploi pour la couche de population entre 15 et 24 ans constitue également une autre des cibles établies par l'Obj ectif 8 de la Déclaration du millénaire. Il s'agit d'une cible d'importance particulière dans le contexte d'une économie pour laquelle les jeunes prédominent dans la structure de la population générale et en particulier active. Les jeunes de 15 et 24 ans représentent environ 25 % de la population totale résidant dans le pays, répartie, pratiquement en

égale proportion, entre la population masculine et féminine.

Le taux de chômage global pour la classe d'âge en référence s'élève à environ 30%, 10 points de plus que la moyenne nationale. Le taux de chômage des hommes est 22% contre 38% pour les femmes de cette tranche d'âge.

Cibles 17 : Favoriser l'accès aux médicaments

La politique nationale des médicaments est basée sur l'exemption de « droits d'importation » et sur l'incitation à la production locale de « médicaments générique ». La production locale de médicaments est assurée par une entreprise à capitaux mixtes – INFARMA, tandis que l'importation et la vente en gros sont assurées par une entreprise publique – EMPROFAC, en régime de monopole. L'importation de médicaments est faite sur la base d'une liste -la Liste nationale de médicaments -, publiée deux fois par an par le ministère de la santé. L'entreprise publique qui importe en régime de monopole détient 40% du capital de l'entreprise de production locale (INFARMA), ce qui en soit constitue une incitation à la production locale dans la mesure où le pays n'importe que les médicaments qui ne sont pas produits localement.

Actuellement, la production locale couvre environ 30% des besoins nationaux, les 70% restant étant couverts par l'importation. Le secteur des pharmacies et des points de vente se trouve totalement libéralisé. En 1998, l'Agence de régulation et de supervision des produits pharmaceutiques (ARFA) a été créée par la résolution du Conseil des ministres n°71/98, du 31 décembre. Toutefois, elle est encore en phase d'installation.

Cible 18 : Favoriser l'accès aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

Dans le domaine des télécommunications, comme le montre le tableau 27, les progrès réalisés par le Cap Vert tant en ce qui concerne le téléphone fixe, le téléphone mobile que l'Internet sont importants.

Tableau 27: Evolution des indicateurs téléphoniques

Indicateurs	1998	1999	2000	2001	2002
Lignes de téléphone fixe	39.985	46.865	55.892	64.132	70.187
Souscriptions de téléphone mobile	1.020	8.068	19.729	31.507	42.949
Densité téléphonique (fixe) pour 100 habitants	10.5	10.9	12.9	14.2	15.1
Souscriptions Internet	1.139	1.654	2.456	2.974	3.935

Source : CVT, cité par PNUD, RNDH 2004

Toutefois, le coût élevé des services et l'absence de politiques publiques explicites de promotion d'une vraie « société de l'information » constituent des limitations principales à l'expansion et à la massification de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, que ce soit de la part de l'entreprise ou de la part des particuliers.

CHAPITE IX : SUIVI ET SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

L'un des objectifs du premier rapport sur les OMD du Cap Vert est aussi d'évaluer son système d'information statistique dans sa capacité à produire des données en quantité suffisante et de qualité. Cet état des lieux permettra de déterminer les axes de renforcement de ce système statistique.

Le Système statistique national (SEN) créé par la loi n° 15/V/96 du 11 novembre 1996, avec les modifications apportées par la loi 93/V/99 du 22 mars 1999 a pour objectifs :

- Produire et disséminer l'information statistique officielle, qui répond aux besoins de plus en plus croissants et exigeants découlant de l'exécution du programme du Gouvernement dont la priorité est la réduction de la pauvreté absolue ;
- Renforcer la capacité des organes producteurs de statistiques officielles, en particulier l'INE en tant qu'organe exécutif central du SEN dans le développement de l'activité statistique pour les besoins d'information tant au niveau régional, national qu'international ;
- Consolider la coordination entre les producteurs de statistiques officielles en particulier les Organes producteurs de statistiques sectorielles (OPES) et les utilisateurs, afin d'assurer le succès de la mise en œuvre des actions prévues ;
- Consolider et développer un Système statistique national global et viable où l'information statistique officielle doit être disponible pour la prise de décision et de manière générale pour les utilisateurs.

Les organes du Système statistique national sont :

- Le Conseil national de statistiques, organe de l'Etat qui oriente et coordonne le SEN ;
- L'Institut national de statistiques qui est l'organe central exécutif du SEN, chargé de la production, de la coordination et de la diffusion des données statistiques officielles;
- Les Organes producteurs de statistiques sectorielles qui sont chargés de la collecte, du traitement et de l'analyse de l'information dans divers domaines.

Dans le cadre de la loi, la Banque du Cap-Vert est chargée des statistiques officielles dans le domaine monétaire, financier et de la balance de paiements.

LA DISPONIBILITE DES DONNEES

L'évaluation de la disponibilité statistique faite, par l'INE et les OPES, dans le cadre de la préparation de ce premier rapport national sur les OMD a montré que l'information statistique était en général disponible et de qualité acceptable pour l'élaboration dudit rapport ainsi que pour d'autres besoins du système statistique. L'Institut national de la statistique, le secteur de la Sécurité alimentaire et les secteurs de l'éducation et de la santé et la Banque du Cap-Vert disposent d'une grande partie de l'information requise.

Les principales sources d'information sont les grandes opérations statistiques : les recensements, les enquêtes sur les ménages, les enquêtes démographiques et sur la santé reproductive. On peut y ajouter les sources administratives. Ces grandes opérations sont très onéreuses et dépendent des financements externes, ce qui ne permet pas de garantir la pérennité du système.

Il est apparu que le renforcement de la coordination des activités des producteurs de statistiques sectorielles que compte le Cap Vert restait un défi à relever.

LE RENFORCEMENT DE LA PRODUCTION STATISTIQUE

Les priorités statistiques établies en vue de répondre aux objectifs du millénaire pour le développement sont en soi suffisantes. Si le système réalise les opérations statistiques prévues en respectant l'agenda statistique (2003-2006), les données sur le développement humain seront disponibles.

Le renforcement de la production statistique doit s'articuler autour des plus importants instruments de coordination : les comptes nationaux et le tableau de bord social. Les comptes nationaux sont par excellence l'instrument d'intégration et de coordination des statistiques économiques. Le tableau de bord social devra être pour les statistiques sociales ce que les comptes nationaux sont aux statistiques économiques.

LA CONSERVATION ET LA DIFFUSION DES DONNEES STATISTIQUES

En matière de conservation et de diffusion de données, le Cap Vert dispose d'une Base de données statistiques officielles (BDEO).

En guise de recommandation , il est nécessaire de réviser le dispositif législatif sur les attributions et les compétences pour produire et diffuser l'information statistique officielle tant pour la production continue des statistiques et que pour une plus grande coordination technique et scientifique du Système statistique national (SEN) par l'INE. Dans ce sens il est impérieux de renforcer les protocoles de coopération entre l'INE et les Organes producteurs de statistiques sectorielles prévus dans la Loi du SEN pour améliorer la coordination, la programmation ainsi que l'accompagnement des opérations statistiques afin d'éviter la duplication des efforts et le gaspillage de ressources. Le renforcement du Système Statistique National doit permettre de donner des moyens durables nécessaires au développement du système. Des moyens accrus permettront au SEN de profiter systématiquement des actes administratifs comme source d'information statistique.

La qualité des données produites étant prioritaire, il est recommandé que le prochain Plan à Moyen Terme 2003-2006 inclut comme activité prioritaire la diffusion par tous les organes producteurs des statistiques officielles de la documentation sur la méthodologie et des sources utilisées dans l'élaboration des statistiques, des détails sur les composantes, la compatibilité avec des données liées, ainsi que des cadres statistiques qui permettent le croisement des informations et de garantir la comparabilité statistique.

Les objectifs du millénaire pour le développement offrent une base ferme pour l'évaluation du développement économique et social du pays. Une surveillance et une évaluation appropriées impliquent un système moderne capable de produire et de diffuser l'information statistique nécessaire pour que le pays organise son développement socio-économique. Pour que le Système statistique national réponde à ces nouveaux défis, il est impératif que le Gouvernement et la Communauté Internationale garantissent les ressources nécessaires pour le développement de l'activité statistique.

CONCLUSION

La réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) est un défi majeur pour le Cap Vert comme pour bon nombre de pays en développement. Les atteindre tous en 2015 est une performance qui ne sera probablement pas à la portée de nombreux pays africains. Le rapport mondial sur le développement humain (PNUD, 2003) n'a t-il pas montré que pour certains objec tifs, de nombreux pays africains devront attendre plusieurs décennies pour les réaliser si des reformes courageuses ne sont pas engagées dès maintenant afin de renverser les tendances. L'analyse de la situation faite sur chacun des sept objectifs dans le cas du Cap Vert montre que les raisons d'espérer existent malgré les résultats encore mitigés enregistrés sur le front de lutte contre la pauvreté.

La pauvreté absolue a reculé au Cap -Vert grâce à la forte croissance réelle du PIB au taux annuel moyen d'environ 6% durant la décennie 1990. Les inégalités se sont cependant accrues dans la distribution des revenus au sein de la population globalement et entre ruraux et urbains ainsi qu'entre les îles prospères où se concentrent les activités touristiques et ce lles demeurées à dominance agricole.

Le Cap Vert a déjà réalisé l'objectif d'assurer l'éducation primaire pour tous. Mais il reste à améliorer la qualité du système éducatif et à encourager les élèves à terminer leur cycle secondaire ou d'enseignement pr ofessionnel pour se donner de réelles opportunités d'insertion professionnelle.

Quant à la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, les progrès enre - gistrés sont remarquables. L'équité entre les genres est assurée en matière d'éduc ation primaire. Qui plus est le ratio fille/garçon s'est inversé en faveur des femmes dans les enseignements secondaires et supérieurs. Les femmes restent néanmoins plus exposées que les hommes à l'analphabétisme et au chômage. Toutefois, il est apparu que l'autonomisation des femmes progresse. Des progrès ont été réalisés sur beaucoup de plans, d'ailleurs la condition féminine a été institution - nalisée. Il faut aussi noter la présence des femmes dans les institutions de l'État (Parlement, Gouvernement) et une présence marquée dans l'administration publique.

La tendance est positive tant pour la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans que pour la réduction de la mortalité infantile. L'objectif de réduire la mortalité infantile des deux ti ers peut être atteint si les politiques passées qui ont produit les résultats actuels sont renforcées. Cependant, la vulnérabilité du pays nécessite une vigilance permanente. Il apparaît important entre autres de continuer la routine vaccinale et l'amélior ation des conditions d'accouchement dans les hôpitaux. La réduction des inégalités en milieu urbain et rural est aussi un axe important pour la réduction de la mortalité infantile.

La mortalité maternelle se situe, au Cap Vert, à un niveau bas en compara ison au reste de l'Afrique subsaharienne. L'amélioration de la santé maternelle rentre aussi dans le groupe des objectifs dont les progrès sont sensibles. Une simple lecture des résultats enregistrés en 2002 conduirait même à soutenir que le but fixé de ré duire de trois quarts le taux de mortalité maternelle est déjà atteint. Mais la volatilité de la situation nécessite l'observation de ce bon résultat sur une période plus longue pour conclure sur la réalisation effective de cet OMD. Par conséquent, l'atte inte durable de l'objectif d'amélioration de la santé maternelle nécessitera des efforts dans le suivi de la santé maternelle dans toutes ses phases. De plus, la politique en faveur de cet objectif devra inclure des visites médicales dans le cadre de la sa nté reproductive et les consultations au sujet des MST et du SIDA.

La lutte contre le VIH/SIDA n'a pas encore permis de stopper la propagation de la pandémie au Cap Vert. Une vigilance accrue est requise pour stopper la propagation du VIH/SIDA compte tenu de sa faible prévalence actuelle. Les changements de comportements sexuels seront déterminants dans ce

sens. Le contrôle du paludisme et de la tuberculose devra être une préoccupation permanente pour stopper puis renverser la tendance. Pour ce qui est de la tuberculose, le taux d'incidence a baissé considérablement entre 1989 et 2002. Quant au taux de mortalité lié à la maladie, il a suivi la même tendance positive entre 1992 et 2002. De bons résultats sont également obtenus au niveau du traitement des malades. Cette évolution positive de la lutte contre la tuberculose est l'effet d'une stratégie active du gouvernement basée sur le dépistage et l'application de traitements de courte durée. Le paludisme est sous contrôle sauf pendant les années de forte pluviométrie.

Dans le domaine de l'accès à l'eau potable, la population qui y accède a globalement doublé entre 1990 et 2000. Il existe encore cependant de nombreuses inégalités entre les municipalités. Le taux d'accès à l'eau potable de la municipalité la moins lotie Mosteiros avec 53,5% représentait en 2000 à peine 57% de celui de Sal qui est la ville et l'île la mieux placée. Si l'objectif affiché est de réaliser les 100% en 2015, il faudra corriger auparavant les grandes inégalités existant entre les communes dans l'accès à l'eau potable. Le Cap Vert a défini selon les lignes directrices des OMD une politique de développement durable basée sur l'intégration des questions environnementales dans les politiques et les programmes sectoriels de développement. Des activités variées ont été menées à bien pour atteindre les objectifs préconisés. Si pour la disponibilité en eau potable, le Cap Vert a réussi à dépasser le but préconisé, on ne peut pas affirmer la même chose quant aux autres objectifs relatifs à la biodiversité à l'assainissement et à l'habitat. L'assainissement paraît aussi limité selon la zone et le type d'habitation. Des progrès dans ce domaine sont attendus surtout pour les populations les plus déshéritées qui par manque de revenus suffisants ne peuvent accéder à un logement décent et s'exposent dans des logements précaires sur les versants montagneux.

Le Cap Vert a fait jusqu'ici preuve d'une vision cohérente et éclairée de son devenir. Le forum sur la création d'un consensus sur la transformation du Cap Vert d'avril 2003 en constitue un témoignage éloquent. Le Plan national de développement 2002 - 2005 qui a donné lieu à différents volets sectoriels gagnera en opérationnalisation avec le nouveau cadre stratégie de réduction de la pauvreté. Chacun des objectifs du millénaire examiné dans ce rapport se trouve déjà intégré dans le document pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DCSRP).

Le Cap Vert bénéficie de nombreux avantages accordés aux PMA et aux pays insulaires en ce qui concerne l'accès aux ressources concessionnelles et aux marchés et les préférences commerciales. Mais l'économie capverdienne devra se structurer pour améliorer sa compétitivité afin de profiter des différents avantages offerts par la communauté internationale. Cette structuration de l'économie devient une nécessité impérieuse pour lui garantir une sortie durable de la catégorie des PMA.

L'aide publique au développement doit continuer compte tenu de la vulnérabilité du Cap Vert aux chocs extérieurs et de sa forte dépendance alimentaire afin de consolider ses résultats encourageants dans l'atteinte des OMD. Le Cap Vert est à un tournant de son histoire en tant que pays moins avancé et insulaire dont les progrès économiques et sociaux et en matière de gouvernance économique et politique sont salués par la communauté internationale. Le Cap Vert s'engage à les consolider en vue d'un développement humain durable pour son peuple.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES PERSPECTIVES DE REALISATION DES OMD AU CAP VERT

Domaine /Objectifs du millénaire (horizon 2015)	Indicateurs Nationaux	Perspectives de Réalisation par le Cap Vert
Objectif 1. Réduire l'extrême pauvreté et l'insécurité alimentaire **Cible 1**. Réduire de moitié la proportion de la population vivant avec moins d'un dollar par jour **Cible 2**. Réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim.	*Les indicateurs sont les mêmes que ceux définis mondialement.* *Les indicateurs d'insécurité alimentaire ont été préférés à ceux relatifs à la faim*	*La mise en place de politiques pro-pauvres adéquates est requise pour une réduction plus forte de la pauvreté et les inégalités au Cap Vert.*
Objectif 2. Assurer une éducation primaire pour tous **Cible 3**. Donner à tous les enfants les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	*Les indicateurs sont les mêmes que ceux définis mondialement.*	*L'éducation primaire pour tous est quasiment réalisée. L'accent est désormais à mettre sur la qualité de l'enseignement primaire. L'enseignement secondaire et supérieur sont à développer pour créer un contexte favorable au maintien des bons résultats déjà réalisés pour l'enseignement primaire.*
Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes **Cible 4**.Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005	*Aux indicateurs mondiaux ont été ajoutés ceux liés à la violence contre les femmes.*	*Les perspectives de réalisation de cet objectif sont bonnes tant dans le domaine de l'égalité des sexes, de l'éducation primaire que de l'autonomisation des femmes.*
Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans Cible 5**.** Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	*Les indicateurs sont les mêmes que ceux définis mondialement.*	*Les perspectives de réalisation de cet indicateur sont encourageantes. Mais un suivi s'impose.*
Objectif 5.Améliorer la santé maternelle Cible 6**.** Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle	*Les indicateurs sont les mêmes que ceux définis mondialement.*	*Les perspectives de réalisation de cet indicateur sont encourageantes. Mais un suivi s'impose.*

Domaine /Objectifs du millénaire (horizon 2015)	Indicateurs Nationaux	Perspectives de Réalisation par le Cap Vert et mesures préconisées
Objectif 6.Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies **Cible 7**.Avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle **Cible 8**.Avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	*Les indicateurs sont les mêmes que ceux définis mondialement.*	*Une vigilance accrue est requise pour stopper la propagation du VIH compte tenu de la faible prévalence actuelle. Les changements de comportement sexuels seront déterminants dans ce sens.* *Le contrôle du paludisme et de la tuberculose devra être une préoccupation permanente pour stopper puis renverser la tendance.*
Objectif 7. Assurer un environnement durable **Cible 9**. Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales **Cible 10**. Réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre **Cible 11**. Réussir à améliorer sensiblement la vie des habitants de taudis	Les indicateurs retenus sont les mêmes que ceux proposés au niveau international.	*Une politique de développement durable basée sur l'intégration des questions environnementales dans les politiques et les programmes sectoriels de développement est à mettre en oeuvre. Cependant, si pour la disponibilité en eau potable, le Cap Vert a réussi à dépasser le but préconisé, on ne peut pas en dire autant des autres objectifs : biodiversité, assainissement et habitat.*
Objectif 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement		*Le Cap Vert bénéficie de nombreux avantages accordés aux PMA et aux pays insulaires en ce qui concerne l'accès aux marchés et les préférences commerciales. Il doit structurer son économie pour profiter de ces avantages.* *Cependant la perspective de sortie du Cap Vert du groupe des PMA implique d'accélérer la restructuration de l'économie pour la rendre encore plus performante.* *L'aide publique au développement et l'accès aux ressources concessionnelles doivent continuer compte tenu de la vulnérabilité du Cap Vert aux chocs extérieurs.*

ANNEXE : INDICATEURS DE BASE DU CAP VERT

Indicateurs	Valeur	Année	Source
Population et économie			
Population totale	450.489	2002	INE, Persp Dem
Femmes	232.516	2002	INE, Persp Dem
Hommes	217.973	2002	INE, Persp Dem
Population urbaine (%)	55,20	2002	INE, Persp Dem
Population rurale (%)	44,80	2002	INE, Persp Dem
Taux de croissance de la population (1990-2000) (%)	2,4	2000	INE
PIB par tête ($US)	1.420	2002	INE/FMI
Densité démographique (hab/km2)	109	2000	INE, Recensement 2000
Indice de Développement Humain (IDH)	0,667	2002	INE-RNDH 2003
Indice de Pauvreté Humaine	18,3	2002	INE-RNDH 2003
Taux de croissance économique 1990-2000 (%)	6,2%	1990-2000	INE
Part de l'Agriculture, de l'élevage, de la sylvie-culture et de la pêche dans le PIB (%)(prix constant pm)	8,5	2002	INE/FMI
Part de l'industrie de transformation, de l'électricité et de la construction dans le PIB (Prix constants pm)	16,2	2002	INE/FMI
Part des services dans le PIB (%)(prix constants pm)	75,3	2002	INE/FMI
Population pauvre (%)	36,7	2002	INE-IDRF 01-02
Dont population très pauvre (%)	19,9	2002	INE-IDRF 01-02
Taux de chômage (%)	17,3	2000	INE Recensement 2000
Taux d'inflation (IPC) (%)	1,9	2002	INE
Taux de change nominal ($UC/ECV)	117,3	2002	BCV
Taux de croissance de la population (1990-2000) (%)	2,4	2000	INE
EDUCATION			
Taux d'analphabétisme (%)	25,2	2000	INE, Recensement 2000
Population n'ayant jamais fréquenté un établissement d'enseignement (%)	17%	2000	INE, Recensement 2000
- Hommes (%)	35		INE, Recensement 2000
- Femmes(%)	65		INE, Recensement 2000
Taux brut de scolarisation en EBI (TBS)	111,4	2000	INE
Taux Net de Scolarisation (TNS) (%)			
- dans l'enseignement basique (6 années de scolarité)	83,2	2000	INE
- dans l'enseignement secondaire (5/6 années de scolarité)	54	2000	MED
SANTE			
Taux brut de natalité (‰)	29,3	2000	INE; Recensement 2000
Indice synthétique de fécondité (ISF)	4,0	2000	INE; Recensement 2000
Taux brut de reproduction (TBR)	1,96	2000	INE
Taux de mortalité infantile (‰)	32,2	2002	INE-Persp Dem
Espérance de vie (années)	71,2	2002	INE-Persp Dem
Espérance de vie (femmes)	75,3	2002	INE-Persp Dem
Espérance de vie (hommes)	67,1	2002	INE-Persp Dem
CONDITIONS DE VIE			
Accès à l'eau potable (fontaine, réseau)	76,1	2002	INE-IDRF 01-02
Taux de couverture du réseau de distribution d'eau potable (%)	33	2002	INE-IDRF 01-02
Enfants de 0 à 5 ans avec un poids insuffisant par rapport à l'âge (%)	5,8	2002	INE-IDRF 01-02
Disponibilité de calories KCAL/hab/jour 1998 DSSA	3338,6	2000	DSSA
Niveau de confort des populations (%)		2000	INE, Recensement 2000