

République de Djibouti

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA PLANIFICATION, CHARGE DE LA PRIVATISATION  
(Direction de la Statistique et des Études démographiques - DISED)

# ANALYSE

de la situation des femmes et des enfants  
en République de Djibouti



unicef 

Mai - 2007

MINISTERE DE L'ECONOMIE,  
DES FINANCES ET DE LA  
PLANIFICATION,  
CHARGE DE LA PRIVATISATION  
(Direction de la statistique et des  
études démographiques –DISED)

FONDS DES  
NATIONS UNIES  
POUR L'ENFANCE  
(Unicef)

# **Analyse de la situation des femmes et des enfants en République de Djibouti**

**Consultant**

**M. SILAH-EDDINE ABDOUL SAMAD**

**Mai - 2007**



## Avant Propos

L'analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en République de Djibouti est le produit de la collaboration de la Direction Statistique et des Etudes Démographiques (DISED) avec l'UNICEF. Plusieurs départements ministériels relevant de différents domaines de compétence ont apporté leurs supports.

Cette analyse a largement bénéficiée des informations recueillies pendant le processus d'élaboration du rapport du Bilan Commun du Pays (CCA) auquel plusieurs partenaires gouvernementaux, les agences des Nations Unies ainsi que d'autres partenaires au développement ont pris part.

La méthodologie utilisée est identique à celle menée dans le cadre du CCA/UNDAF en août 2006 dont l'approche fondée sur les droits humains et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

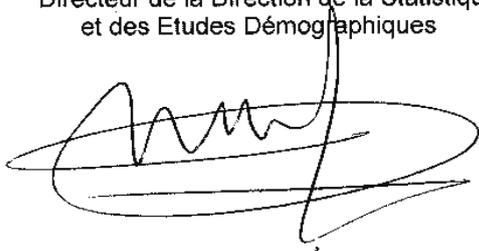
Les données tirées du rapport préliminaire de l'Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples (EDIM), publié en avril 2007, ont aidé à approfondir l'analyse de la situation des femmes et des enfants en République de Djibouti. Ceci a ainsi permis de mesurer les progrès enregistrés depuis la dernière analyse réalisée par l'UNICEF en 2001.

En outre, l'analyse a profité d'une riche documentation axée sur l'analyse causale (arbre à problèmes) et l'analyse de capacités inspirées par l'approche des droits humains appliqués à la programmation.

Le processus d'élaboration a fait l'objet d'un atelier technique qui a réuni tous les Ministères concernés. Une réunion de présentation de la version préliminaire du présent rapport a permis d'intégrer les commentaires de tous les partenaires.

Nous espérons que le présent rapport servira de base à la réflexion et à la programmation des actions en faveur des enfants et des femmes dans les années à venir.

Mr. Amareh Ali Saïd  
Directeur de la Direction de la Statistique  
et des Etudes Démographiques



Mr. Aloys Kamuragiye  
Représentant  
UNICEF Djibouti



## Remerciements

Dans le cadre de ce rapport sur l'Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en République de Djibouti, la Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques (DISED) ainsi que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), saisissent cette occasion pour remercier sincèrement tous les partenaires qui ont contribué directement ou indirectement à la finalisation de ce rapport.

- Mr Mathieu Ciowela, Résident Représentant Adjoint, PNUD
- Mme Aicha Ibrahim, Chargée du Bureau, UNFPA
- Mme Rachida Souissi, Chargée de Programme, OMS
- Mme Choukri Houssein, Responsable des Affaires Economiques, Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien-Etre Familial et des Affaires Sociales
- Mme Fatouma Abdi, Secrétaire Générale Adjointe, UNFD
- Mr Omar Guedi, Conseiller Technique, Ministère de la Jeunesse, des Sports, des Loisirs et du Tourisme
- Mme Jeske Van Seters, JPO, PNUD
- Mr Ahmed Osman, Directeur de la Réforme Judiciaire, Ministère de la Justice
- Mr Dini Abdallah, Directeur, Ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire
- Mr Kamil Daoud, Chef de Service de Gestion des Ressources en Eau, Ministère de l'Agriculture
- Mme Halimo Omar, Directrice, Centre Mère et Enfant
- Mr Ahmed Ali, Consultant CDE, Ministère de la Justice
- Mme Ifrah Abdillahi, Représentante d'une Association des Jeunes
- Mr Ismael Osman, Représentant de l'Association de Jeunes du Quartier

Nous tenons également à exprimer nos vifs remerciements aux membres actifs du Comité de Suivi de l'Analyse de Situation des Femmes et des Enfants pour leurs efforts quotidiennement fournis au consultant afin qu'il puisse produire un rapport de référence et de qualité :

- Mme Halo Aboubaker, Directrice, Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien Etre Familial et des Affaires Sociales
- Mme Amina Abdi Said, Responsable des Affaires Sociales, Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien Etre Familial et des Affaires Sociales
- Mme Safia Elmi, Directrice, Direction Mère-Enfant, Ministère de la Santé
- Mme Hawa Djama, Directrice, Fonds Social pour le Développement
- Mr Farah Abdi Djama, DISED/PNUD
- Mr Konaté Sekou, DISED/PNUD
- Mr Georges Gonzales, Coordinateur de Programmes, UNICEF
- Mlle Nadia Awad, Assistante de Programme, UNICEF

Nos remerciements particuliers vont aussi au Consultant, Mr Silah-Eddine Abdoul Samad, pour l'excellent travail fourni et le rapport remarquable.

# Table des matières

i)	Indicateurs clés	7
ii)	Liste des abréviations	8
iii)	Liste des tableaux et photos	9
iv)	Résumé analytique	11
<b>1-</b>	<b>Introduction</b>	<b>15</b>
<b>2-</b>	<b>Situation du pays</b>	<b>16</b>
	2.1- Contexte géographique	16
	2.2- Contexte démographique	17
	2.3- Contexte politique	18
	2.4- Contexte social	18
	2.5- Contexte économique	19
	2.6- Contexte culturel	19
	2.7- Prévention des catastrophes	19
	2.8- Réfugiés et personnes déplacées	20
<b>3-</b>	<b>Situation des femmes</b>	<b>21</b>
	3.1- Femmes, Pauvreté et Environnement	23
	a) Situation et tendances	24
	b) Constat et problème	28
	c) Causes	30
	3.2- Femmes, Santé, VIH/SIDA et Bien-être familial	30
	a) Situation et tendances	31
	b) Constat et problème	42
	c) Causes	42
	3.3- Femmes, Alphabétisation et Education non formelle	43
	a) Situation et tendances	43
	b) Constat et problème	44
	c) Causes	45
	3.4- Femmes, Vie économique et Emploi	46
	a) Situation et tendances	46
	b) Constat et problème	49
	c) Causes	51
	3.5- Femmes, Politique et Prise de décision	51
	a) Situation et tendances	51
	b) Constat et problème	53
	c) Causes	53
<b>4-</b>	<b>Situation des enfants</b>	<b>55</b>
	4.1- Petite enfance (0 - 5 ans)	56
	a) Situation et tendances	56
	b) Constat et problème	66
	c) Causes	67
	4.2- Enfance (6 - 14 ans)	68
	a) Situation et tendances	68
	b) Constat et problème	72
	c) Causes	74

4.3- Protection de l'enfance	74
a) Situation et tendances	74
b) Constat et problème	78
c) Causes	79
4.4- Adolescence et jeunesse (15 - 24 ans)	80
a) Situation et tendances	80
b) Constat et problème	88
c) Causes	89
<b>5- Lacunes de capacités des titulaires de droits et des détenteurs d'obligations</b>	<b>91</b>
5.1- Les titulaires de droits	91
5.2- Les détenteurs d'obligations	91
<b>6- Conclusions</b>	<b>95</b>
<b>7- Recommandations</b>	<b>99</b>
<b>8- Domaines d'intervention prioritaires</b>	<b>103</b>
<b>Annexe 1 – Diagrammes des causes</b>	<b>105</b>
<b>Annexe 2 – Sources des références</b>	<b>117</b>
<b>Annexe 3 – Comparaison des objectifs OMD, CLSP et MDE</b>	<b>119</b>

## i) Indicateurs clés

Données	EDSF/PAPFAM 2002 <sup>a)</sup>	EDIM 2006 <sup>b)</sup>
Population (en milliers d'habitants)	600.000	ND
Taux d'accroissement de la population	2,8 <sup>1</sup>	ND
Population urbaine	80 %	ND
Population de moins de 20 ans	49,5%	ND
Population entre 20 et 64 ans	46,8%	ND
Population de 65 ans et plus	2,8%	ND
Densité (habitants / km)	27,7 <sup>1</sup>	ND
Indice du développement humain (IDH)	0,490 <sup>3</sup>	0,494 <sup>2</sup>
Classement selon IDH sur 177 pays	155 <sup>ème</sup> <sup>3</sup>	148 <sup>ème</sup> <sup>2</sup>
Espérance de vie à la naissance	47,0	ND
Enregistrement des naissances	ND	89,2%
Taux de mortalité néonatale (pour mille)	50,8	ND
Taux de mortalité infantile (pour mille)	103,0	67
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour mille)	129,1	94
Taux de mortalité maternelle /100.000 naissances	546	ND
Taux de malnutrition aiguë des cas modérés (- de 5 ans)	17,9%	20,7 %
Taux de malnutrition aiguë des cas sévères (- de 5 ans)	5,9%	7,5 %
Taux d'insuffisance pondérale (- de 5 ans)	26,8 %	28,9 %
Pourcentage allaitement exclusif	0,6%	1,3%
Indice synthétique de fécondité (ISF)	4,2	ND
Taux de prévalence contraceptive	11,9 %	17,8 %
Accouchement assisté par un personnel qualifié	90,9%	92,9%
Couverture vaccinale contre la DTC 3	53,1%	46,2 %
Couverture vaccinale contre la Rougeole	58,1%	65,0 %
Couverture vaccinale contre la Polio 3	39,2 %	56,8%
Couverture vaccinale contre la Tuberculose	76,8%	87,5%
Enfants entièrement vaccinés (vaccination complète)	32,9%	39,6%
Enfants moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée	ND	1,3 %
Enfants moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	ND	9,0 %
Traitement antipaludéen chez les moins de 5 ans	ND	9,5 %
Pourcentage de femmes mariées de 15-49 ans ayant subies une mutilation génitale féminine (MGF)	98,3%	93,1%
Taux net de scolarisation primaire	ND	66,2 %
Ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire	ND	0,98
Taux net de scolarisation secondaire	ND	41,0%
Ratio filles/garçons dans l'enseignement secondaire	ND	0,82
Taux d'alphabétisation des femmes de 15-24 ans	43,7 %	47,5 %
Taux d'analphabétisme hommes	34,1 <sup>1</sup>	ND
Taux des jeunes inactifs	90,6%	ND
Taux de prévalence du VIH/SIDA	2,9%	2,9%
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les femmes âgées de 15-49 ans	17,2%	17,9%
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	ND	18% <sup>4</sup>
Accès aux sources d'eau potable améliorées	91,2% <sup>1</sup>	93,5%
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	ND	67%
Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans	ND	2,8%
Pourcentage de femmes mariées avant 18 ans	ND	9,5%
Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées	ND	4,2%

[Sources : (1) EDAM-IS-2/ 2002 ; (2) Indice de 2004 selon le Rapport mondial sur le développement humain paru en 2006 ; (3) Indice de 2002 selon de le Rapport mondial de 2003 ; (4) enquête CAP /MJSLT/Unicef-2006 ; (ND=non disponible)

a) L'enquête EDSF/PAPFAM a couvert l'ensemble du territoire, milieux sédentaire, urbain, rural et nomades ;

b) L'enquête EDIM a porté sur la population sédentaire seulement, laquelle constitue plus de 90% de la population.

## ii) Liste des abréviations

ADETIP :	Agence Djiboutienne d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
ARV :	Anti Rétroviraux
AFD :	Agence Française de Développement
BAD :	Banque Africaine de Développement
BED :	Besoins Essentiels de Développement
BID :	Banque Islamique de Développement
BIT :	Bureau International du Travail
CAP :	Connaissances – Aptitudes – Pratiques
CCA :	Common Country Assesment (Bilan Commun de Pays) - PNUD
CDC :	Centre de Développement Communautaire
CDE :	Convention des Droits de l'Enfant
CEDEF :	Convention d'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CNLD :	Comité National de Lutte contre les Drogues
COMESA :	Common Market of East and South Africa
CPN:	Consultation Prénatale
CSLP :	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DISED :	Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques
EABES :	Enfants à Besoins éducatifs spéciaux
EDAM :	Enquête Djiboutienne Auprès des ménages
EDSF :	Enquête Djiboutienne Santé de la Famille
EDIM :	Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples
EPT :	Education pour Tous
FADES :	Fonds Arabe de Développement Economique et Social
FIDA :	Fonds International de Développement Agricole
FIFA :	Fédération Internationale de Football
FMI :	Fonds Monétaire International
FNUAP :	Fonds des Nations Unies pour la Population
FRPC :	Facilité de Réduction de la Pauvreté et Croissance
FSD :	Fonds Social de Développement
HCR :	Haut Commissariat des Réfugiés
IDA :	Aide Internationale au Développement (Banque Mondiale)
IMOA :	Initiative de Mise en Œuvre Accélérée (Banque Mondiale)
MDE :	Monde Digne des Enfants
MGF :	Mutilations Génitales Féminines
MPF :	Ministère de la Promotion de la Femme
MSR :	Maternité Sans Risque
OEV :	Orphelins et Enfants Vulnérables
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
PEV :	Programme élargi de vaccination
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PNDIPED :	Politique Nationale de Développement Intégral de Petite Enfance Djiboutienne
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME :	Prévention Transmission Mère Enfant
PTPE :	Prévention Transmission Parent-Enfant
PVVS :	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SNIFD :	Stratégie Nationale d'Intégration de la Femme dans le Développement
SNA :	Service National Adapté
SNAEI :	Stratégie Nationale pour l'Abandon de toute forme d'Excision et Infibulation
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	Aide Américaine

### iii) Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Répartition en % des ménages selon la principale source d'eau potable et l'utilisation des sources d'eau potable améliorées	p.27
<u>Tableau 2</u> : Répartition en % de la population selon le type de WC utilisé par le ménage et % utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments	p.27
<u>Tableau 3</u> : Répartition des ménages par % de types de combustibles de cuisson et % de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisson	p.28
<u>Tableau 4</u> : Evolution de l'accès à l'eau, assainissement et à la source énergétique 2002-2006	p.28
<u>Tableau 5</u> : Evolution des césariennes entre 2003 et 2005	p.31
<u>Tableau 6</u> : Evolution de la prévalence contraceptive entre 2002 et 2005	p.31
<u>Tableau 7</u> : Pourcentage de femmes âgées de 15-59 ans mariées qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive	p.32
<u>Tableau 8</u> : % femmes enceintes recevant des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse parmi les femmes de 15-49 ans, et % des femmes enceintes recevant des soins spécifiques	p.32
<u>Tableau 9</u> : Répartition en % des femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché auprès d'un personnel qualifié selon le type de prestataire de soins natals	p.33
<u>Tableau 10</u> : Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête selon le type de personnel ayant assisté l'accouchement.	p.33
<u>Tableau 11</u> : Evolution de la prévalence de la contraception et des accouchements assistés	p.33
<u>Tableau 12</u> : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans mariées précocement	p.34
<u>Tableau 13</u> : Pourcentage de femmes de 15-49 ayant des connaissances sur la transmission du VIH/SIDA	p.36
<u>Tableau 14</u> : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF	p.40
<u>Tableau 15</u> : Evolution des MGF entre 2002 et 2006	p.41
<u>Tableau 16</u> : Prévalence des E/MGF par type et niveau	p.41
<u>Tableau 17</u> : Pourcentage de femmes âgées de 15-24 ans alphabétisées	p.45
<u>Tableau 18</u> : Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile	p.56
<u>Tableau 19</u> : Comparaison de taux de mortalité infantile et infanto-juvénile 2002-2006	p.57
<u>Tableau 20</u> : Répartition en % des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons du non-enregistrement	p.57
<u>Tableau 21</u> : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois modérément ou sévèrement malnutris	p.58
<u>Tableau 22</u> : Evolution de l'état nutritionnel des enfants entre 2002 et 2006	p.59
<u>Tableau 23</u> : Pourcentage d'enfants vivants selon le statut d'allaitement maternel à différents groupes d'âge	p.60
<u>Tableau 24</u> : Evolution de l'allaitement maternel des enfants entre 2002 et 2006	p.60
<u>Tableau 25</u> : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant leur premier anniversaire	p.61
<u>Tableau 26</u> : Progrès réalisés en matière de vaccination entre 2002-2006	p.62
<u>Tableau 27</u> : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique	p.62
<u>Tableau 28</u> : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant dormi dans un moustiquaire traité la nuit précédente	p.63
<u>Tableau 29</u> : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement anti-paludéen	p.63
<u>Tableau 30</u> : Evolution du traitement antipaludéen et de la pneumonie entre 2002-2006	p.64
<u>Tableau 31</u> : Evolution de la population de l'enseignement préscolaire dans le secteur privé	p.64
<u>Tableau 32</u> : Evolution de la population scolarisée dans l'enseignement primaire	p.69

<u>Tableau 33</u> : Taux net de scolarisation primaire	p.69
<u>Tableau 34</u> : Ratio des taux de scolarisation des filles et des garçons au niveau primaire	p.70
<u>Tableau 35</u> : Evolution de la population scolarisée dans l'enseignement moyen	p.72
<u>Tableau 36</u> : Cas d'EABES observés en milieu scolaire selon le milieu de résidence	p.73
<u>Tableau 37</u> : Différents domaines et niveaux de vulnérabilité des OEV à Djibouti	p.77
<u>Tableau 38</u> : Taux net de scolarisation secondaire	p.82
<u>Tableau 39</u> : Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont une parfaite connaissance des voies par lesquelles le VIH/SIDA est transmis	p.83
<u>Tableau 40</u> : Répartition en pourcentage des fumeurs selon le sexe et milieu de résidence	p.86
<u>Tableau 41</u> : Répartition en pourcentage des consommateurs de khat par sexe et milieu	p.86
<u>Tableau 42</u> : Programme d'investissements publics 2006-2008 (en millions de Francs Djibouti)	p.95

### **Liste des graphiques**

<u>Graphique 1</u> : Répartition en % des ménages selon la source d'approvisionnement en eau potable	p.26
<u>Graphique 2</u> : Pourcentage d'enfants malnutris	p.59
<u>Graphique 3</u> : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés avant l'âge de 12 mois	p.61

### **Liste des photos**

<u>Photo de page de couverture</u> : Femme et enfant	
<u>Photo 1</u> : Petite fille	p.13
<u>Photo 2</u> : Jeunes filles en séance de couture	p.20
<u>Photo 3</u> : Groupe de femmes	p.21
<u>Photo 4</u> : Une fille en brousse lavant le linge	p.23
<u>Photo 5</u> : Femmes agricultrices	p.25
<u>Photos 6 et 7</u> : Jeunes filles en brousse s'occupant de l'approvisionnement en eau	p.29
<u>Photo 8</u> : Sensibilisation sur le Sida	p.35
<u>Photo 9</u> : Femme âgée	p.54
<u>Photo 10</u> : Fille scolarisée	p.55
<u>Photo 11</u> : Mesure du poids d'un enfant	p.58
<u>Photos 12 et 13</u> : Campagne de vaccination	p.61
<u>Photo 14</u> : Éducation de la petite enfance	p.64
<u>Photos 15 et 16</u> : Enfants scolarisés dans les écoles coraniques – Education non formelle	p.66
<u>Photo 17</u> : Cantine scolaire et scolarisation des filles	p.70
<u>Photo 18</u> : Petite fille révisant ses cours à domicile	p.79
<u>Photos 19 et 20</u> : Des jeunes pêcheurs et vendeurs de poissons	p.80
<u>Photos 21 et 22</u> : Fille et garçon en zone rurale	p.93

## iv) Résumé analytique

La République de Djibouti, située dans la Corne de l'Afrique, d'une superficie de 23.200 km<sup>2</sup>, a une population comprise entre 600 et 650.000 habitants dont plus de 50% de femmes, et 49,5% d'enfants de moins de 20 ans. Le pays partage ses frontières avec l'Éthiopie, la Somalie et l'Erythrée. Avec un Indicateur de Développement Humain (IDH estimé à 0.494 en 2004), il se place au 148<sup>ème</sup> rang sur 177 pays. Le taux de croissance économique est de 3,2% en 2005 et le revenu par habitant est de 1.020 US\$ selon la Division Population des Nations Unies et la Banque Mondiale.

**Des progrès ont été enregistrés en faveur des femmes et enfants** depuis la dernière analyse de situation établie par l'Unicef en 2001, comme le montre les indications clés issus des données des enquêtes EDSF/PAPFAM de 2002 et ceux de l'EDIM-2006, toutes deux menées par la Direction de la statistique et des études démographiques (DISED).

Ces progrès reposent principalement sur la **stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement (SNIFD)** qui a vu le jour en 2002. Cette stratégie, qui vise quatre domaines prioritaires (la santé, l'éducation, la prise de décision et la vie économique des femmes), a été exécutée par le Ministère de la Promotion de la Femme en partenariat avec les départements ministériels concernés et la société civile, associations et ONGs, dont les efforts ont été soutenus et appuyés par les partenaires au développement en général et par les fonds, agences et programmes du Système des Nations Unies en particulier.

Toujours est-il que **la pauvreté** touche de nombreux ménages. Les taux sont plus élevés en milieu rural et dans les quartiers périphériques des zones urbaines. En 2002, 42,2% de la population sont des pauvres extrêmes et 74,4% des pauvres relatifs. Ces taux étaient estimés respectivement à 9,6% et 45,1% en 1996.

L'analyse des déterminants montre que **l'accroissement de la pauvreté est notamment lié au chômage** qui touche 60% de la population active et plus particulièrement les jeunes et les femmes.

**En matière de santé**, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 47 ans en 2002. La mortalité infanto juvénile baisse de façon significative bien que son niveau soit encore élevé. Elle est passée de 124,4 en 2002 à 94 pour 1000 naissances vivantes en 2006. La mortalité infantile baisse également de façon significative en passant de 103,1 pour mille en 2002 à 67 pour mille en 2006. Les principales causes des décès des enfants sont des causes néonatales (infections, asphyxie, la prématurité), les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme ainsi que la malnutrition. Le niveau de couverture des soins curatifs et préventifs reste encore insuffisant. Le système de santé se heurte à des contraintes d'organisation, de ressources humaines, de gestion, de logistique, de mobilisation sociale, d'approvisionnement en fournitures de base et de financement.

**La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans reste préoccupante.** Le taux d'insuffisance pondérale est passé de 26,8% en 2002 à 28,9% en 2006, tandis que le taux de malnutrition aiguë sévère est passé de 5,9% en 2002 à 7,5% en 2006. La malnutrition est due à l'insuffisance de la production alimentaire, à la mauvaise répartition de celle-ci, au manque de revenus des ménages, aux problèmes de santé, d'hygiène du milieu et de l'accès insuffisant aux soins médicaux.

**La pauvreté constitue le soubassement pour les problèmes alimentaires et nutritionnels.** Par ailleurs, Djibouti fait face à une sécheresse récurrente depuis plusieurs années avec un impact très important sur la production végétale et animale.

**Les progrès en matière de santé maternelle sont notables** depuis la fusion des projets « Equilibre familial » et « Maternité sans risque ». Au fil des années, d'autres programmes verticaux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant ont été mis en service, tels que la PCIME en 2004, la PTE du VIH/SIDA en 2005 et le projet de lutte contre la violence fondée sur le genre.. Le taux de mortalité maternelle est passé de 740 en 1996 à 546 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2002. Les accouchements assistés par des personnes qualifiées ont augmenté entre 2002 et 2006 et passé de 90,9% à 92,9%. La couverture contraceptive a augmenté passant de 11,9% à 17,8% en 2006.

**Une amélioration est observée en matière d'accès à l'eau potable**, mais des efforts importants sont à fournir en matière de réduction de disparités entre le milieu urbain et rural et en matière d'assainissement. La proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable améliorée est passée de 91,2% en 2002 à 93,5% en 2006. La proportion de la population utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments est de 67,8% en milieu urbain et 18,8% en milieu rural. La persistance du choléra et d'autres maladies de transmission oro-fécale témoigne de cette insuffisance de l'assainissement et des pratiques d'hygiène à améliorer.

Par ailleurs, une étude menée en 2002 dans l'ensemble du pays a montré que **la prévalence du VIH** est de 2,9% chez les 15-49 ans, soit 7.000 personnes environ. Cette prévalence tend cependant vers la stabilisation. La proportion des femmes de 15-49 ans ayant une connaissance parfaite, c'est à dire identifiant 2 moyens de prévention et 3 préjugés concernant la transmission du VIH, est de 17,9% en 2006. Le taux d'utilisation des préservatifs chez les jeunes de 15-24 ans lors du dernier rapport sexuel à risque en 2006 est de 44%.

Des progrès importants ont été également réalisés **en matière d'éducation** depuis la réforme de l'éducation en 1999 décrétant l'enseignement fondamental obligatoire de neuf ans pour tous les enfants de 6 à 16 ans. Le taux net de scolarisation est passé de 43,2% en 2002 à 66,2% en 2006. Quant au taux net de scolarisation secondaire, il est de 41,0% en 2006. Le taux de transition de l'enseignement primaire à l'enseignement moyen est de 64%, tandis que le taux d'achèvement dans le cycle primaire est de 60%. Les taux de redoublement et d'abandon au primaire sont respectivement de 7,2% et 2,4% en 2005.

**De nombreux enfants sont encore exclus du système éducatif.** Quants aux orphelins et enfants vulnérables, les enfants de rue, les enfants à besoins éducatifs spéciaux, ils ne sont pas encore pris en compte par le système.

La mobilisation en faveur de **la scolarisation des filles** commence à porter ses fruits, puisqu'au niveau national, la parité des sexes est presque atteinte avec 0,98 dans l'enseignement primaire, et 0,86 dans l'enseignement secondaire.

**En matière d'alphabétisation**, la proportion de femmes âgées de 15-24 ans alphabétisées en 2006 est de 47,5%. Le programme d'alphabétisation et de l'éducation non formelle rencontre beaucoup de problèmes. Le système éducatif reste confronté à des problèmes d'accès, de qualité et de l'analphabétisme. Le développement des capacités et compétences des femmes reste de ce fait insuffisant.

**En matière de protection de l'enfance** les principales préoccupations sont liées au non enregistrement des enfants à la naissance, les mutilations génitales féminines, les enfants en conflits avec la loi, le mariage précoce, les enfants orphelins et vulnérables et à besoins éducatifs spéciaux. Selon l'enquête EDIM en 2006, la proportion des enfants de 0-59 mois enregistrés à la naissance est de 89,2%. Les principales raisons de non enregistrement sont le coût élevé, la distance et l'ignorance. Le nombre d'orphelins à Djibouti est estimé à 33.000 dont 5.000 orphelins du SIDA. La proportion des femmes qui se marient avant 15 et 18 ans est respectivement de 2,8 et 9,5% en 2006.

**Sur le plan de bien-être familial**, un grand pas a été franchi avec le Code de la famille. Toutefois, il se trouve que les jeunes filles et femmes sont victimes de violence. Il faut noter cependant une baisse significative des mutilations génitales féminines (MGF). La prévalence des mutilations génitales chez les femmes de 15 à 49 ans est passée de 98,3% en 2002 à 93,1% en 2006. Par ailleurs, une enquête menée en milieu scolaire en 2006 a montré que 55% des filles de première année primaire (7 ans) ne sont pas mutilées contre 14,2% des filles (12 à 13 ans) en CM2.

**Dans le domaine de la prise de décision**, même si des progrès sont enregistrés, il se trouve que le statut social, économique et juridique de la femme reste encore défavorable.

**Dans le domaine économique et de l'emploi**, avec la création du Fonds social de développement, de nombreuses femmes ont certes pu bénéficier des microcrédits, mais l'environnement économique est tel, que l'accès de la femme aux opportunités économiques est limité.

**Quant aux adolescents et les jeunes**, ils sont victimes d'une vulnérabilité grandissante liée à la pauvreté, au chômage, à l'analphabétisme, à l'abandon scolaire, aux IST/SIDA, à la violence, à la consommation du tabac, drogue, khat, alcool, ainsi qu'aux grossesses précoces et avortements clandestins. Leur insertion économique et sociale laisse à désirer.

En conclusion, même si la volonté politique existe, il se trouve que **les droits des femmes et des enfants en général ne sont pas tous satisfaits**. Certains sont insuffisamment promus, d'autres ne sont pas entièrement respectés ou protégés.

Si dans certains secteurs, celui de l'éducation notamment, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et ceux du Plan d'action pour un Monde digne des enfants (MDE) pourraient éventuellement être atteints, dans d'autres on voit mal comment Djibouti pourrait relever le défi d'ici à 2015.



*(Photo1 : Petite fille – Unicef)*



# 1- Introduction

La présente analyse de la situation des femmes et des enfants en République de Djibouti est une mise à jour de celle entreprise conjointement par le Gouvernement djiboutien et l'Unicef en 2001. Elle s'inscrit dans l'optique de la préparation du nouveau cycle de programmation de l'Unicef couvrant la période 2008-2012, et se veut par conséquent une photographie actualisée de la situation des femmes et des enfants du pays en 2007.

L'analyse présente donc des données récentes résultant d'une revue documentaire dont on trouvera les références en annexe. Les données, issues en particulier de l'enquête djiboutienne à indicateurs multiples EDIM-2006 par comparaison aux données de l'enquête EDSF/PAPFAM-2002 relative à la santé de la famille, ont permis de mesurer la performance de la mise en œuvre des programmes de l'Unicef visant l'amélioration du bien-être de la femme et de l'enfant à Djibouti.

La situation des femmes a été essentiellement examinée par rapport à la stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement (SNIFD) mise en œuvre par le Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien-être familial et des Affaires sociales à partir de 2002, visant les domaines prioritaires que sont la prise de décision, la santé, l'éducation et la vie économique des femmes dans le pays.

La situation des enfants a été abordée sous l'angle de cycle de vie (petite enfance 0-5 ans) et (enfance 6-14 ans) avec un accent particulier mis sur la protection de l'enfance, en partant du plan d'action pour un Monde digne des enfants dont le bilan 2002-2006 a été établi conjointement établi par le Ministère de la Promotion de la femme et l'Unicef en novembre 2006. Un volet consacré à la problématique des adolescents et jeunes (15-24 ans) a été également passé en revue, étant donné l'intérêt de l'Unicef pour cette tranche d'âge de la population à travers son programme Jeunes et SIDA.

Conformément aux termes de référence de la Consultation, l'analyse de la situation a été menée selon l'approche basée sur les droits humains en rapport avec la Convention des droits de l'enfant (CDE) et la Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) chères au Système des Nations Unies. L'analyse comparative s'articule autour du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP-2003) et autres plans et programmes sectoriels du pays dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD-2000) et ceux du Plan d'action pour un Monde Digne des Enfants (MDE-2002), émanant du Système des Nations Unies

L'analyse causale du couple mère-enfant et l'identification des lacunes de capacités des obligataires clefs (les ayants devoirs) ont été menées au cours d'un atelier en retraite organisé par l'Unicef fin décembre 2006. Cet atelier a regroupé des cadres djiboutiens venant de plusieurs départements sectoriels concernés, des jeunes, et des représentants de la société civile, ONGs et associations, ainsi que des représentants des agences, fonds et programmes des Nations Unies présents à Djibouti.

Le travail a été réalisé par un Consultant national qui a été sélectionné et recruté par la DISED en accord avec le bureau de l'Unicef. Dans ses investigations, le Consultant a pu s'entretenir avec quelques hauts responsables dont ceux des Ministères de la Promotion de la femme, de l'Éducation nationale et de la Santé en particulier, ainsi qu'avec des responsables des ONGs et associations.

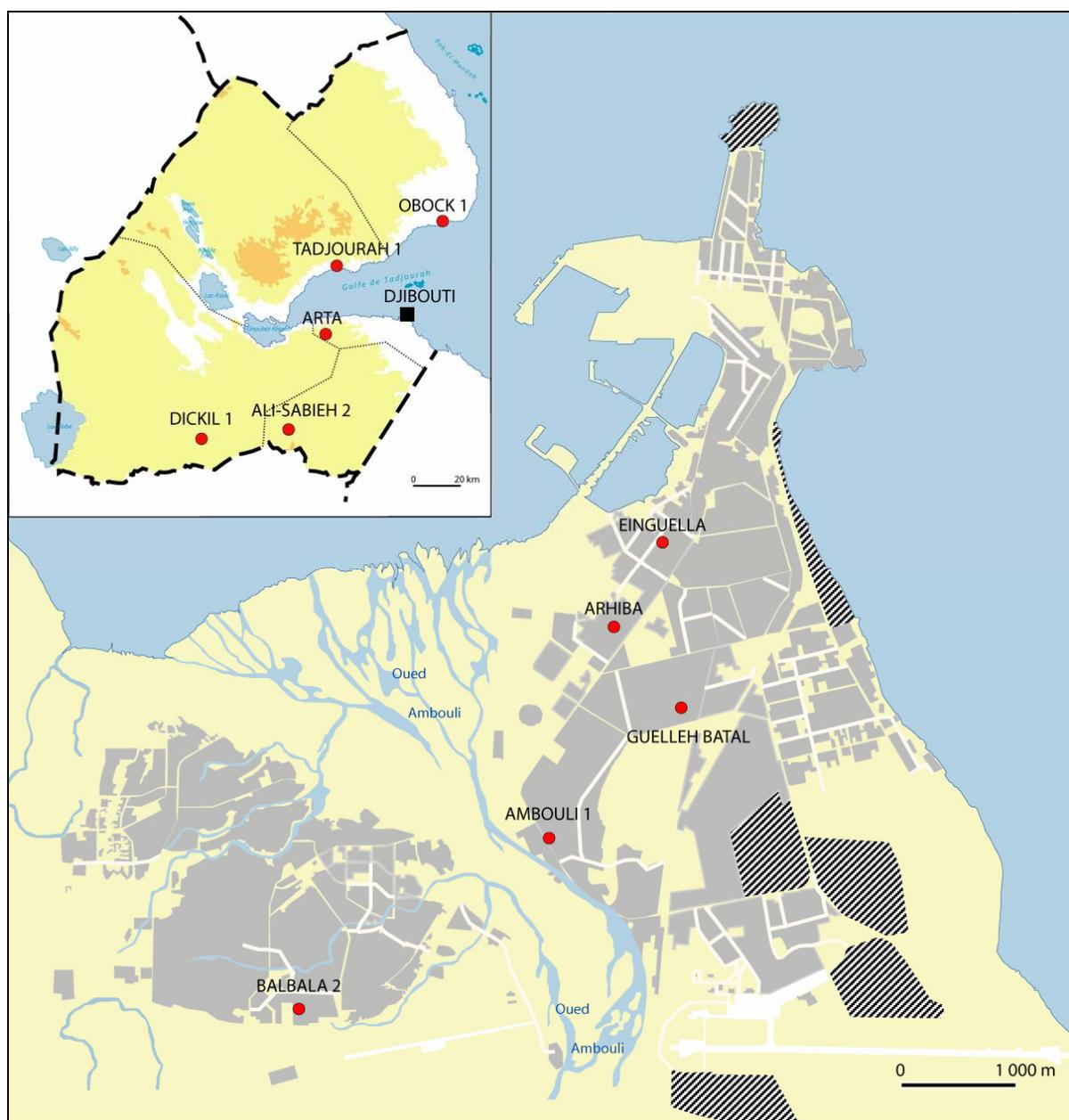
Un comité restreint, composé des membres de la DISED et des chargés de programmes de l'Unicef, a régulièrement suivi et supervisé les travaux du Consultant.

Enfin, c'est au cours d'un comité élargi que le rapport final a été validé. Ce comité comprenait le Représentant de l'Unicef et les chargés de programmes, le Directeur de la DISED, des représentants du Ministère de la Promotion de la femme, du Ministère de la santé, du Ministère de l'Agriculture et des Ressources hydrauliques, de l'Union nationale des femmes djiboutiennes, et des représentants des agences du Système des Nations Unies.

## 2- Situation du pays

### 2.1 - Contexte géographique

La République de Djibouti est située dans la Corne de l'Afrique à l'entrée Sud de la Mer Rouge. Ancienne colonie française, ayant accédé à l'indépendance le 27 juin 1977, elle couvre une superficie de 23.200 km<sup>2</sup> et partage ses frontières avec l'Ethiopie, l'Erythrée et la Somalie. Elle dispose de 372 km de côtes ainsi que d'un espace maritime d'environ 7.200 km<sup>2</sup>. Placée sur l'une des voies maritimes les plus empruntées du monde, Djibouti bénéficie d'une position géostratégique incontestable. Placé sur le rift africain, le territoire présente un relief contrasté. Le climat est de type désertique marqué par une faible pluviométrie et des températures généralement élevées. La couverture du végétal est faible du fait de la rareté des précipitations combinée à la pauvreté des sols. L'Islam est la religion de l'Etat. Les langues officielles sont le français et l'arabe. Les langues nationales sont l'afar et le somali.



Carte de la République de Djibouti et plan de Djibouti-ville (Extrait du rapport : Médecine scolaire préventive - Ministère de la santé FNUAP - 2006)

## 2.2 - Contexte démographique

La démographie djiboutienne se caractérise par une fécondité et une mortalité élevées, une forte croissance de la population, des déplacements de population internes et externes importants. Jouissant d'une certaine stabilité au sein d'une région où subsistent de nombreux conflits, la République de Djibouti accueille depuis son indépendance de nombreux réfugiés et personnes déplacées.

Faute de recensement récent, (le dernier ayant eu lieu 1983) le pays ne dispose pas des données complètes et fiables sur l'effectif et la structure de la population.

Pour faire face à cette situation, des enquêtes exploratoires auprès des ménages EDAM-IS1, EDAM-IS2 et EDSF/PAPFAM ont été exécutées respectivement en 1996 et en 2002 par la DISED. Ces enquêtes fournissent des informations sur la pauvreté monétaire, sur l'emploi, sur l'accès à l'éducation, l'accès à l'eau potable et donnent des indicateurs de santé. L'EDAM-IS2-2002 a été réalisée avec une couverture géographique très large reposant sur un échantillon de 16.416 ménages tirés d'une base de sondage de 19.888 ménages. Des insuffisances ont cependant été notées notamment en ce qui concerne la population dont le nombre autant que la composition (nomades/sédentaires/sans abris - hommes/femmes - importance des flux migratoires) demeurent inconnus. Toutefois, l'EDAM-IS2 a été enrichie par les données de l'enquête sur la santé de la famille EDSF/PAPFAM-2002, sur la base d'un échantillon représentatif net de 4.000 ménages répartis sur l'ensemble du territoire et incluant les populations sédentaires et nomades.

Quant à l'enquête djiboutienne à indicateurs multiples (EDIM-2006), elle a été réalisée en juin 2006 auprès de 5.206 ménages issus de la population sédentaire seulement et dont les résultats préliminaires ont été partagés et validés en avril 2007. Elle fournit des données récentes relatives à la situation des enfants et des femmes, sur les plans de la santé et de l'éducation notamment.

Ces enquêtes fournissent par conséquent des données suffisantes et exploitables pour apprécier l'évolution des indicateurs OMD et ceux du Plan d'action pour un Monde Digne des Enfants.

Par ailleurs, certains départements disposent de leurs propres statistiques. Il s'agit notamment des publications annuelles du Ministère de l'Education (annuaire statistique et cahier des indicateurs) et les rapports de routine du Ministère de la Santé.

Selon les estimations issues de ces enquêtes, la population djiboutienne serait comprise entre 600 et 650.000 habitants. Les deux ethnies principales du pays sont les Afars et les Issas, toutes deux de tradition nomade et de confession musulmane. On y trouve une importante communauté arabe d'origine yéménite. Les populations étrangères les plus importantes du point de vue numérique sont les somaliens, les éthiopiens et les français.

Le taux d'accroissement est estimé à 2,8 % par an en 2002. La population se caractérise par sa jeunesse (les jeunes de moins de 20 ans forment près de 49,5%). Quant aux femmes, elles représentent plus de la moitié de la population soit environ 52%.

Plus de 80% de la population vit en milieu urbain et Djibouti-ville la capitale concentre à elle seule près de 65% de cette population. La population rurale est estimée à environ 20% du total. La sécheresse, la dégradation de l'environnement et l'appauvrissement des populations dans les districts de l'intérieur et les zones rurales entraînent un déplacement de plus en plus important de personnes vers Djibouti-ville et sa périphérie où sont concentrées les infrastructures économiques du pays. Le reste de la population est inégalement réparti dans les régions de l'intérieur (districts d'Arta, d'Ali Sabieh, de Dikhil, de Tadjourah et d'Obock). Les taux de fécondité et de mortalité, toujours élevés, enregistrent toutefois une baisse par rapport à la dernière décennie. Ainsi l'Indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,8 en 1996 à 4,2 enfants par femme en 2002. L'espérance de vie, l'une des plus faibles du monde, se situe autour de 47 ans en 2002.

## **2.3 - Contexte politique**

Au cours de la décennie écoulée, le pays s'est doté des institutions nécessaires à une démocratie de type pluraliste. La Constitution du 15 septembre 1992 pose les fondements de l'organisation politique et constitue la loi suprême du pays. Le régime est de type présidentiel où coexistent les pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire. Le pouvoir exécutif est composé du Président de la République, Chef du Gouvernement, d'un Premier Ministre qui assure la coordination de l'action gouvernementale et des ministres. Le pouvoir législatif est exercé par 65 députés, dont 7 femmes, qui siègent à l'Assemblée nationale. Enfin, le pouvoir judiciaire est incarné par la Cour Suprême. Le pays est actuellement dirigé par une coalition de quatre partis politiques. Dans le cadre de la politique de décentralisation des Conseils régionaux ont été récemment créés dans les différents districts du pays.

## **2.4 - Contexte social**

La République de Djibouti se caractérise actuellement par des indicateurs sociaux en dessous des normes des pays en développement à revenu faible avec un PIB/tête estimé à 1.020 \$ et un IDH de 0,494 qui le classe à la 148<sup>ème</sup> place sur un total de 177 pays en 2004. La situation de développement humain indique une situation de pauvreté relative et de pauvreté extrême touchant respectivement 74,4% et 42,2% de la population en 2002.

D'après les données de l'EDIM-2006, le taux net de scolarisation primaire est de 66,2% dont 66,7% de garçons et 65,7% de filles. A noter toutefois que 67,1% des enfants sont scolarisés en zone urbaine contre 49% en zone rurale. Si les disparités géographiques sont importantes, les inégalités liées au genre se réduisent par contre avec un indice de parité filles/garçons de 0,98 dans le cycle primaire.

En ce qui concerne l'alphabétisation, l'EDIM-2006 indique que le taux de femmes alphabétisées de 15-24 ans s'élève à 47,5%. L'analphabétisme touche beaucoup plus les populations rurales (seuls 14,2% des femmes sont alphabétisées en zone rurale contre 48,4% en zone urbaine).

La situation sanitaire est globalement alarmante, compte tenu du manque de qualification du personnel et de l'insuffisance de médicaments essentiels. Le système de santé étant axé sur les soins curatifs, les disparités dans l'accès sont importantes entre la ville de Djibouti et les régions de l'intérieur. La propagation du VIH/SIDA et des maladies ou infections sexuellement transmissibles (IST) constitue une autre préoccupation, notamment chez les femmes et les jeunes. Même si le taux de prévalence moyen du VIH est relativement bas (2,9%), l'épidémie infecte plus les personnes économiquement productives (6% chez les 20-34 ans) et l'incidence risque de croître rapidement compte tenu des comportements à risque de cette tranche d'âge.

La question de l'approvisionnement en eau des populations se pose avec acuité tant en termes de quantité disponible que de qualité et de régularité de distribution. La mauvaise qualité de l'eau constitue en effet un puissant vecteur de maladies diarrhéiques et d'épidémies du choléra ainsi que de la dysenterie.

Le problème d'assainissement et de l'hygiène représente une menace importante pour l'environnement et constitue une source d'aggravation de la situation sanitaire.

Les principaux centres urbains du pays et notamment Djibouti-ville ont connu une expansion rapide de zones d'habitats précaires dont le développement s'est traduit par des difficultés croissantes dans l'accès aux services sociaux de base. De plus, les prix élevés des loyers, les coûts exorbitants des matériaux de construction et de la main d'œuvre exacerbent la précarité des ménages et limitent les possibilités d'accès des pauvres aux logements décentes.

## **2.5 - Contexte économique**

L'économie du pays est lourdement tributaire du secteur des services qui représente 80% du PIB et 80% des emplois. Les services sont principalement axés sur les activités portuaires, le transport et les communications. Le secteur agricole, en raison de l'absence de terres fertiles, de manque d'eau et des conditions climatiques difficiles, reste insignifiant et ne représente que 5% du PIB. Le secteur de la pêche, ressource au potentiel important, demeure inexploité par manque de demande intérieure et du fait des politiques de prix et de travail non concurrentielles. Quant au secteur industriel, il est très peu développé en raison du manque de ressources naturelles et ne représente que 15% du PIB.

Le taux moyen de chômage de 59,5% en 2002 est en forte hausse par rapport à son niveau de 1996. Selon EDAM-IS2-2002, ce taux est particulièrement élevé parmi les ménages pauvres (66,5%) et chez les pauvres extrêmes (72,4%). La situation des femmes est encore plus dramatique. 68,5% des femmes actives sont au chômage contre 54,5% pour les hommes en 2002.

L'essentiel du financement extérieur de l'économie du pays provient aujourd'hui de l'Aide Publique au Développement qui, avec un peu moins de 60 millions US\$ chaque année, représente près du dixième du PIB. La République de Djibouti est par ailleurs l'un des pays qui reçoit le plus d'aide au développement par tête d'habitant en Afrique subsaharienne. Cette assistance extérieure est surtout composée d'aide bilatérale qui représente 48% du flux total de l'aide publique au développement.

## **2.6 - Contexte culturel**

Les habitants de Djibouti n'ont pas tous la même origine, raison pour laquelle la culture djiboutienne est riche de plusieurs traditions, somali, afar, arabe qui reflètent cependant un mode de vie commun et une appartenance commune à l'Islam. Le folklore riche et divers, les chants, les poèmes, les contes, les légendes, les danses, les jeux, les costumes sont l'expression d'une culture nationale issue d'une tradition originaire des éleveurs nomades, des guerriers, des marchands des côtes et des caravaniers. Les efforts du Gouvernement ont été concrétisés par la création en 2004 de l'Institut national de la formation artistique et culturelle, devenu l'Institut djiboutien des arts en 2006. La détection des jeunes talents, la formation aux rudiments de la musique, du théâtre et des arts plastiques, la sensibilisation à l'artisanat figurent en tête de proue du programme du Gouvernement dont les ambitions sont de faire entrer la culture et les arts dans l'économie djiboutienne en y impliquant une jeunesse en quête de repères.

## **2.7 - Prévention des catastrophes**

Pendant les vingt dernières années, la République de Djibouti a connu plusieurs catastrophes naturelles et des situations d'urgence face auxquelles les autorités nationales n'ont pu répondre qu'avec des moyens humains et matériels limités. Les catastrophes auxquelles le pays est confronté de manière récurrente, à des échelles de gravité variables, sont la sécheresse, la désertification (déboisement abusif et surpâturage), la famine, les inondations et crues d'oueds, les épidémies, la dégradation de l'environnement et les tremblements de terre (Djibouti étant situé dans une zone volcanique très sismique).

La sécheresse a eu un impact plus durable sur l'économie du pays. Elle a menacé à la fois la survie des populations nomades et celle du cheptel. Les cycles de sécheresse se sont traduits par la hausse du taux de malnutrition chez les groupes vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées et malades, et les enfants de moins de cinq ans). Par ailleurs, la surexploitation des ressources en eaux, le manque de maintenance des infrastructures hydrauliques, l'insuffisance des retenues d'eaux de pluies, le surpâturage et le déboisement ont aggravé davantage la situation en milieu rural et nomade.

Les inondations et les crues de 1994 et 2004 qui ont touché Djibouti-ville et l'ensemble des districts, à des degrés divers, ont été parmi les plus dévastatrices que le pays a connu depuis l'indépendance.

Les contraintes climatiques expliquent la faiblesse du couvert végétal du pays. Cette situation est aggravée par la coupe du bois pour la cuisson, et aussi pour le commerce du charbon de bois. Ces pratiques contribuent de manière significative au déboisement des sols et accentue le phénomène de la désertification.

Le manque d'hygiène, les modes de conservation des eaux potables et des aliments, le dysfonctionnement du réseau d'assainissement et le système de canalisation saturé créent des conditions propices à la propagation des épidémies (choléra et paludisme) et des maladies diarrhéiques dont la fréquence est accentuée ces dernières années par le mouvement migratoire des populations nomades et l'immigration clandestine.

Pour ce qui est du tremblement de terre, les crises de 1973 et celle de 1978 ont été parmi les plus violentes.

## **2.8- Réfugiés et personnes déplacées**

La Corne de l'Afrique a été constamment bouleversée par les conflits et l'instabilité politique et par conséquent par les déplacements des populations et l'afflux des réfugiés. La République de Djibouti, qui jouit d'une stabilité particulière dans la région, a toujours subi les contrecoups de ces conflits et accueilli les réfugiés sur son sol. Le nombre de réfugiés actuellement présents serait de 4.500 environ. Ils se retrouvent dans le camp de Ali Addé dans le district d'Ali Sabieh.

De même, le conflit interne de 1991, qui a duré jusqu'en 1994, a eu également comme conséquence l'afflux massif de personnes déplacées des zones rurales vers Djibouti-ville la capitale.



*(Photo 2 : Jeunes filles en séance de couture – Unicef)*

### 3- Situation des femmes



(Photo 3 : Groupe de femmes – Unicef)

« Chacun de nous... connaît la place tenue par les femmes à tous les niveaux de notre société. Sur le plan culturel, elles sont le ciment de la famille, assurant le lien entre les générations. Sur le plan politique, elles ont déjà démontré qu'elles pouvaient être le fer de lance des luttes engagées pour la dignité et le respect de la nation djiboutienne. Personne ne peut oublier le rôle joué par les femmes lors de l'acquisition de notre indépendance. Sur le plan social enfin, elles interviennent pleinement dans la vie économique. Elles ont fait la preuve de leur grande valeur dans les secteurs très variés tels le commerce, l'administration, les entreprises, aussi bien par la démonstration de leur compétence à tous les niveaux hiérarchiques que par leur efficacité dans les petits emplois qui constituent un élément du tissu économique de notre société... »

(Extrait du discours du Président de la République prononcé lors de la Journée mondiale de la Femme, le 8 mars 2001)

Depuis 1999, les femmes qui constituent près de 52% de la population n'ont cessé d'être l'objet d'une attention particulière. Dès après son élection en avril 1999, le Président de la République, M. Ismaël Omar Guelleh a donné en effet la priorité aux femmes. Il prit d'emblée des décisions hautement symboliques. La première fut de créer en mai 1999 un Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la Promotion de la Femme, du Bien-Être familial et des Affaires sociales.

La seconde fut le décret n° 99-0189/PR/ pris en Conseil des Ministres en octobre 1999 portant création d'un Comité technique chargé d'élaborer une Stratégie Nationale d'Intégration de la Femme dans le Développement (SNIFD).

#### **Cadre général de la SNIFD**

##### **Finalités**

- Reconnaître et valoriser la contribution spécifique des femmes dans le développement socio-économique national ;
- Eliminer les causes profondes des écarts entre les hommes et les femmes dans l'accès aux ressources et leur contrôle et l'exercice de leurs droits et obligations ;
- Prendre en compte le rôle social de la femme et œuvrer à l'allègement des contraintes y liées ;
- Habilitier la femme socialement, économiquement et politiquement afin de lui permettre d'être un élément efficace dans la construction de la société et d'en bénéficier en même temps.

##### **Domaines prioritaires et objectifs respectifs du plan d'action (2003-2012)**

###### **1-Domaine de la prise de décisions :**

- 1.1- Mettre en place un cadre institutionnel pour assurer la participation égale et équitable des femmes et des hommes à la prise de décisions ;

1.2- Prendre les mesures adaptées pour veiller à la cohésion entre les textes juridiques existantes et à venir ainsi qu'à leur application ;

1.3- Introduire une culture civique de l'égalité et de l'équité dans la société et éradiquer l'ignorance des femmes en matière de lois et droits.

#### 2-Domaine de la santé :

2.1- Œuvrer à une approche intégrée de la santé communautaire par la protection de l'environnement, le renforcement du rôle de la femme et des jeunes, la généralisation d'un programme d'éducation sanitaire et l'amélioration de l'accès à des services de santé de meilleure qualité ;

2.2- Contribuer à l'amélioration de la santé reproductive de la femme aux différentes étapes de son cycle de vie pour une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile ;

2.3- Institutionnaliser la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et de la communauté, y compris les différentes formes de violence dont les mutilations génitales féminines ;

2.4- Œuvrer à une mobilisation sociale et politique par le gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux en vue d'élaborer des stratégies de prévention et de lutte contre le SIDA.

#### 3-Domaine de l'éducation

3.1- Participer à la réalisation de l'objectif national de 65% de taux brut de scolarisation des filles en 2006 par l'identification des obstacles et la mise en œuvre de mesures incitatives et de sensibilisation ;

3.2- Contribuer à la mise en place de la politique nationale de lutte contre l'analphabétisme et à sa mise en œuvre par des mesures visant à renforcer la participation des femmes et des filles aux programmes d'alphabétisation et d'éducation non formelle ;

3.3- Lutter contre les formes de discrimination contenues dans l'éducation à l'égard de la petite fille et de la femme et promouvoir une culture de l'égalité dans les secteurs formel et non formel de l'éducation et dans la société ;

3.4- Intégrer les jeunes filles diplômées du Secondaire (BEPC, BAC) dans le développement socio-économique par l'accès à des formations qualifiantes et répondant aux besoins du marché.

#### 4-Domaine de l'économie

4.1- Contribuer à la lutte contre la pauvreté des femmes par la mise en place de mécanismes et de mesures spécifiques ;

4.2- Favoriser un accès équitable à l'emploi pour les femmes et promouvoir la formation et l'insertion professionnelle.

(Source : Ministère de la Promotion de la Femme / SNIFD 2002)

La troisième décision importante fut la création en 2000 d'un Grand prix du Chef de l'Etat attribué aux femmes qui oeuvrent pour l'amélioration des conditions de vie des femmes dans divers domaines, prix qui est décerné le 8 mars de chaque année à l'occasion de la Journée internationale de la femme.

Par ailleurs, la République de Djibouti a ratifié la Déclaration universelle des Droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention des droits de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Protocole de Maputo relatif aux droits des femmes, ainsi que la Déclaration du Millénaire pour le Développement. En mai 2004, la tenue d'un « Forum sur les droits de l'homme » a impliqué les gouvernants dans la promotion de ces droits. Le forum a été l'occasion de mettre en exergue la culture du dialogue. Les membres de la société civile ont pu s'exprimer, faire le bilan sur la situation à Djibouti et dresser des perspectives d'avenir. L'accent a été mis sur les droits sociaux, économiques et culturels - dont le droit au travail, au logement, à l'éducation, à la santé et à un environnement sain et durable - afin de lutter contre la pauvreté.

### **Où en est la République de Djibouti en décembre 2006 ?**

La première Conférence nationale de suivi-évaluation de la SNIFD sur la période 2003-2006 qui a eu lieu en décembre 2006 d'une part, et les résultats préliminaires de l'EDIM-2006 d'autre part, permettent d'apprécier les progrès réalisés et d'analyser la situation des femmes et des enfants en République de Djibouti.

### 3.1 - Femmes, pauvreté et environnement



(Photo 4 : Une fille en brousse lavant le linge - Unicef)

*...Chez nous, c'est la volonté d'accélérer notre développement qui nous motive ; c'est la volonté d'utiliser toutes nos ressources qui nous pousse à susciter la participation active des femmes dans des secteurs, où il y a quelques années encore, elles étaient exclues. Cette volonté politique résulte, au même titre que les autres grandes décisions prises dans les domaines économiques ou dans celui de la restructuration régionale du pays, de la vision et de la volonté politique de notre Président de la République en faveur du pays.*

*Cette intégration de la femme répond chez nous à une double nécessité : en effet, une plus grande implication des femmes s'impose, d'une part, pour avoir une croissance économique plus forte permettant l'emploi des jeunes, et d'autre part, pour conserver des structures familiales solides dans une société modernisée . Les femmes ne prennent pas la place de qui que ce soit ; elles relèvent le niveau de notre efficacité. Elles ne quittent pas le foyer familial ; elles en assurent une meilleure cohérence avec la vie active. Elles n'abandonnent pas nos traditions ; elles en écartent les effets néfastes sur nos enfants et introduisent les mesures qui améliorent la santé et l'éducation.*

*Mieux que personne la femme permettra chez nous ce lien entre tradition et modernité. Mieux que quiconque elle stimulera les compétences ; bref elle permettra une sélection par le haut. Les efforts très importants faits par le gouvernement en faveur de l'éducation et de la santé pour tous trouveront plus d'efficacité avec la participation de femmes compétentes...*

*(Extrait du discours du Premier Ministre, prononcé à la 1<sup>ère</sup> Conférence de suivi-évaluation de la Stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement –SNIFD - le 17 décembre 2006)*

## ☞ **Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

<b>OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>Cible 1</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour ;</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion de la population disposant de moins de un dollar par jour</li><li>• Indice d'écart de la pauvreté ;</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Cible 2</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateur</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique</li></ul>

<b>OMD 7 : Assurer un environnement durable</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>Cible 10</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre ;</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure en milieu urbain et rural ;</li><li>• Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement ;</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Cible 11</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie des habitants de taudis ;</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateur</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion de la population ayant accès à la sécurité d'occupation des logements ;</li></ul>

## ☞ **Ce que visent les objectifs du plan d'action pour un Monde Digne des Enfants (MDE)**

<b>Priorité MDE 1 : Promouvoir une vie meilleure et saine</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduire d'un tiers au moins le nombre de ménages ne disposant d'installations sanitaires et n'ayant pas accès à l'eau potable à un prix abordable</li></ul>

### **a) Situation et tendances**

Les crises politiques et économiques qui ont prévalu au cours des deux dernières décennies ont provoqué un grave problème de développement qui s'est manifesté par une paupérisation grandissante de la population. Les résultats des enquêtes EDAM-IS/1996 et EDAM-IS/2002 ont montré que l'incidence de la pauvreté est passée de 45,1% en 1996 à 74,0% en 2002 pour les pauvres relatifs et de 9,6% à 42,1% pour les pauvres extrêmes et ce sont les quartiers périphériques des zones urbaines qui ont concentré la plus grande partie des pauvres, **les femmes constituant les couches les plus vulnérables de la population**. De même, on a assisté à une augmentation du nombre des personnes vivant dans la rue.

Cette situation s'est accompagnée d'une montée de la violence notamment à l'égard des femmes et des enfants. L'augmentation des bidonvilles à la périphérie de Djibouti-ville démontre d'ailleurs que le phénomène d'agrégation de la population continue de s'amplifier, d'où la dégradation de l'environnement urbain. En zone rurale, l'incidence de la pauvreté a été particulièrement élevée touchant près de 97% des ménages.

La pauvreté est devenue structurelle, affectant toutes les zones géographiques et toutes les catégories sociales, et malgré les progrès importants réalisés dans le domaine macroéconomique depuis la seconde moitié des années 1990, la situation sociale s'est considérablement détériorée.

### Définition et mesure de la pauvreté

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel qui renvoie à la fois à une insuffisance de revenus, au manque d'emploi et aux difficultés d'accès aux besoins essentiels. La pauvreté monétaire est appréhendée à partir de deux seuils en dessous desquels une personne est considérée comme pauvre relatif ou extrême : **un seuil de pauvreté relative** calculé à partir de la part de dépense alimentaire dans la dépense totale par adulte, et **un seuil de pauvreté extrême**, déterminé sur la base des besoins alimentaires minimaux correspondant à un apport calorifique journalier de 2115 calories par équivalent adulte. Le seuil de pauvreté relative, à 198.229 FD et le seuil de pauvreté absolue à 114.096 FD par an, ce qui correspond respectivement à 3,3 dollars et 1,8 dollars par personne et par jour. Le seuil de pauvreté relative particulièrement élevé, comparé à celui fixé dans le cadre de la Déclaration du Millénaire (2 \$ par personne et par jour), traduit le niveau élevé des prix à Djibouti et son incidence sur les conditions de vie des ménages.

(Extrait : EDAM-IS2-2002)



(Photo 5 : Femmes agricultrices – Unicef)

☞ Par ailleurs, les sécheresses récurrentes ont aggravé depuis plusieurs années la situation des pauvres sur le plan alimentaire notamment en zones rurales en mettant en danger leur survie. La pénurie d'eau, la perte du cheptel, et par conséquent la misère, la famine et la soif ont conduit les populations nomades à migrer et à se rapprocher des centres urbains.

En mai 2005 et en janvier 2006, le Gouvernement a même lancé un appel d'urgence à la communauté internationale pour une assistance humanitaire. 47.500 personnes dont 28.500 femmes ont pu bénéficier d'une aide alimentaire d'urgence du PAM. De même, sous l'impulsion de la première Dame, un vaste élan de solidarité s'est mis en place pour venir en aide aux populations victimes estimées à environ 150.000 personnes. (Source : rapport d'évaluation- Ministère de l'agriculture/SNU en 2006).

De son côté, dans le cadre de son programme « Survie et développement » l'Unicef s'est focalisé sur les aspects de vaccination d'urgence contre le risque de réapparition de la polio et sur les activités en matière de santé des enfants, par l'évaluation rapide de leur état nutritionnel dans les zones directement touchées. Un élément substantiel et nouveau, la réponse dans le secteur de l'eau en deux phases y a été ajouté.

Une phase d'urgence avec un approvisionnement en eau par camion citerne destiné aux populations les plus vulnérables, suivie par un travail de plus longue haleine sur la réhabilitation des puits et forages pré existant mais en sous-utilisation dus à des problèmes techniques et de maintenance.

☞ Pour lutter contre cette situation, Djibouti a donc élaboré une stratégie de lutte contre la pauvreté (CSLP) en 2003 dont le document a été approuvé par la Banque Mondiale et le FMI en juin 2004. Cette stratégie vise à réduire l'extrême pauvreté et la faim et à assurer un environnement durable, l'objectif du Gouvernement étant d'atteindre ou de se rapprocher le plus des principaux objectifs du Millénaire (OMD) et de développement humain fixés par la Communauté internationale.

#### **Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)**

- Les objectifs qualitatifs à long terme de la stratégie sont d'éliminer la pauvreté extrême, de donner à chaque djiboutien l'accès à l'instruction et à la santé de base, d'éradiquer l'analphabétisme, d'éliminer les disparités entre filles et garçons et entre catégories sociales dans l'accès aux infrastructures et aux services sociaux essentiels.
- Les objectifs quantitatifs à l'horizon 2006 sont : i) de porter le taux de croissance moyen du PIB à 4,6% ; ii) de ramener l'incidence de l'extrême pauvreté à 40% ; iii) de porter le taux de scolarisation brut à 73% ; iv) de ramener le taux de mortalité infantile à 90 pour mille et le taux de mortalité infanto-juvénile à 110 pour mille ; iv) de stabiliser le taux de prévalence du VIH autour de 3%.
- Les objectifs quantitatifs à l'horizon 2015 sont : i) de porter le taux de croissance du revenu moyen par tête à 4% ; ii) de ramener l'incidence de pauvreté extrême à moins de 10% et l'incidence de pauvreté relative à moins de 30% ; iii) d'atteindre la scolarisation universelle et d'éliminer les disparités dans l'accès à l'éducation ; iv) de réduire le taux de mortalité infantile à 50 pour mille et le taux de mortalité infanto-juvénile à 80 pour mille et de ramener le taux de mortalité maternelle à 350 pour 100.000 naissances vivantes

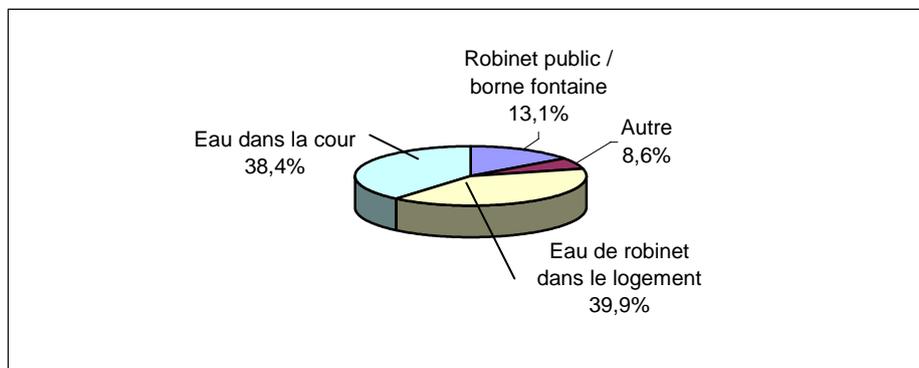
(Source : Document DSRP – Rapport final –2004)

☞ A noter que les objectifs du CSLP sont en adéquation avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement et avec ceux du Plan d'action pour un Monde digne des enfants (voir annexe 3).

☞ Cela dit, en termes de résultats, trois années après le lancement du CSLP, l'enquête djiboutienne à indicateurs multiples (EDIM-2006) montre que des progrès ont été réalisés durant la période 2003-2006.

En effet, **en matière d'accès à l'eau**, les djiboutiens s'approvisionnent à l'un des types de sources d'eau potable améliorées suivants : eau courante dans l'habitation, fontaine publique, forage/pompe à eau, puits protégés, source protégée ou eau de pluie. Au total, 93,5% de la population ont accès à une source d'eau potable améliorée, avec 95,2% en zone urbaine et 52,5% en zone rurale. 39,9% des ménages utilisent l'eau de robinet dans le logement ; 38,4% d'entre eux utilisent l'eau de robinet dans la cour et 13,1% l'eau d'un robinet public.

**Graphique 1 : Répartition en % des ménages selon la source d'approvisionnement en eau potable**



(Source : EDIM-2006)

**Tableau 1 : Répartition en % des ménages selon la principale source d'eau potable et l'utilisation des sources d'eau potable améliorées**

	Eau courante dans l'habitation	Eau courante dans la cour	Fontaine publique	Puits protégés	Autres sources améliorées	Puits non protégés	Autres sources non améliorées	Total sources d'eau améliorées
<b>District</b>								
Djibouti	41,6	41,8	11,1	0,2	0,8	0,2	4,4	<b>95,5</b>
Autres districts	30,6	20,1	24,3	6,8	1,2	8,3	8,6	<b>83,0</b>
<b>Milieu</b>								
Urbain	41,3	40,4	14,7	0,4	0,7	0,5	2,1	<b>95,2</b>
Rural	3,6	4,4	19,4	21,7	3,5	25,9	21,6	<b>52,5</b>
<b>Total</b>	<b>39,9</b>	<b>38,4</b>	<b>13,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>	<b>2,9</b>	<b>93,5</b>

(Source : EDIM-2006)

☞ En ce qui concerne l'**assainissement**, l'EDIM-2006 indique que 65,9% des ménages vivent dans des maisons équipées d'installations sanitaires améliorées, utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments. Ce pourcentage est de 67,8% en zone urbaine et de 18,8% en zone rurale.

**Tableau 2: Répartition en % de la population selon le type de WC utilisé par le ménage et % utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments**

	Type de WC utilisé par le ménage								% de la population utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments
	Installations améliorées				Latrines couvertes	Installations sanitaires non améliorées			
	Chasse branchée à					Latrines à fosse/ trou ouvert	Pas de toilettes ou brousse	Autre	
	Egout	Fosse septique	Latrines	Latrines améliorées auto aérées (LAA)					
<b>District</b>									
Djibouti	7,5	16,5	1,7	4,1	39	28	0,9	2,3	<b>68,8</b>
Autres districts	0,0	0,3	0,0	5,9	51,2	19,0	19,9	3,6	<b>57,5</b>
<b>Milieu</b>									
Urbain	6,6	14,5	1,5	4,5	42	27	1,6	2,3	<b>69,1</b>
Rural	0,0	14,2	0,0	1,7	15,1	15,2	59,3	6,7	<b>17,3</b>
<b>Total</b>	<b>6,4</b>	<b>13,9</b>	<b>1,5</b>	<b>4,4</b>	<b>40,9</b>	<b>26,6</b>	<b>3,9</b>	<b>2,5</b>	<b>67,0</b>

(Source : EDIM-2006)

☞ Sur le plan de la **source énergétique**, seulement 12,7 % des ménages du pays utilisent des combustibles solides pour la cuisson. Cette consommation est très faible en zones urbaines (9,5%) mais reste très élevée en zones rurales (78,9%). D'où le phénomène de déboisement dû à la coupe des arbres pour l'usage du bois (28,4%) et du charbon de bois pour la cuisson (47,1%).

**Tableau 3 : Répartition des ménages par % de types de combustibles de cuisson et % de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisson**

Districts	Types de combustibles utilisés pour la cuisine						Combustibles solides pour la cuisson
	Electricité	GPL	Kérosène	Charbon de bois	Bois	Autres	
<b>District</b>							
Djibouti	0,7	4,4	86,9	5,4	1,5	1,0	<b>7,0</b>
Autres districts	0,1	7,4	48,9	25,2	14,4	3,9	<b>40,9</b>
<b>Milieu</b>							
Urbain	0,6	5,1	83,6	6,9	2,5	1,3	<b>9,5</b>
Rural	0,0	0,6	18,4	47,1	28,4	5,6	<b>78,9</b>
<b>Total</b>	<b>0,6</b>	<b>4,9</b>	<b>80,6</b>	<b>8,7</b>	<b>3,7</b>	<b>1,5</b>	<b>12,7</b>

(Source : EDIM-2006)

**Tableau 4 : Evolution de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à la source énergétique 2002-2006**

Environnement	2002	2006
Utilisation de sources d'eau potables améliorées	91,2 %	93,5 %
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	65 %	67,0%
Utilisation de combustibles solides	ND	12,7 %

(Source : EDAM-IS2-2002 et EDIM-2006)

☞ Dans le domaine de l'**habitat**, les centres urbains du pays enregistrent une expansion rapide de zones d'habitation précaires, dans lesquelles l'accès aux infrastructures de base demeure très insuffisant et les populations flottantes participent à la dégradation des équipements publics, et de l'environnement urbain. Les résultats de l'enquête EDSF/PAPFAM-2002 montrent que près de 65% des ménages urbains vivent dans des taudis alors que la majorité des ruraux et nomades (93,9%) logent sous des tentes traditionnelles (toukous).

## **b) Constat et problème**

☞ Malgré les efforts du Gouvernement, on constate que la situation demeure préoccupante en zone rurale, où 52,5% seulement de la population ont accès à l'eau, et seulement 17,3% utilisent des sanitaires pour l'élimination des excréments. Par ailleurs, l'utilisation du bois a des conséquences désastreuses sur l'environnement dans la mesure où cette pratique accentue la désertification et contribue à la dégradation de l'environnement et au réchauffement de l'atmosphère. A cela s'ajoute, la double inégalité persistante en milieu rural, l'une liée au niveau de vie des ménages et l'autre liée au genre. En milieu rural, en effet, **les jeunes filles et femmes ont à charge la corvée de l'eau**, ainsi que les travaux domestiques et pastoraux, ce qui contribue à accroître leur charge de travail y compris la pénibilité du portage de l'eau sur de longues distances.

Même si l'EDIM n'indique pas la distance entre le lieu de résidence et le point d'eau le plus proche disponible, l'étude sur l'état des lieux de la SNIFD mentionne que l'objectif consistant à augmenter de 50% la population en zone urbaine et de 40% en zone rurale ayant accès à l'eau potable respectivement à une distance de moins de 100 mètres n'est pas encore atteint.



(Photo 6 et 7 : Jeunes filles en brousse s'occupant de l'approvisionnement en eau – Unicef )

☞ Face à l'urgence de la situation, le Président de la République a d'ailleurs lancé en janvier 2007 une nouvelle initiative dite de développement social (INDS) dont les principaux axes et objectifs sont résumés ci-dessus :

### **Initiative Nationale de Développement Social**

#### **Le constat**

- 1) Les services sociaux de base ne répondent pas suffisamment aux besoins de la population ;
- 2) De larges franges de la population djiboutienne et des zones entières du territoire national vivent dans des conditions difficiles et parfois dans une situation de pauvreté et de marginalisation...

#### **Les trois axes de l'initiative**

- 1) Promouvoir l'accessibilité aux services sociaux de base par le renforcement des politiques sociales en matière d'éducation, de santé, d'énergie et de logement et favoriser le développement des infrastructures routières, culturelles et sportives ;
- 2) Restructurer l'appareil productif national afin de créer l'emploi nécessaire et suffisant pour éradiquer la pauvreté et réduire le chômage, notamment des jeunes ;
- 3) Apporter une assistance aux personnes en grande vulnérabilité pour leur permettre de subvenir à leurs besoins et de sortir de l'isolement en s'intégrant dignement dans la société.

#### **Les Objectifs prioritaires**

En urgence : 1) Le premier objectif de la première étape du projet consiste à améliorer le niveau social des localités les plus pauvres du monde rural, des quartiers pauvres en milieux urbains et périurbains où sévissent les manifestations les plus alarmantes de l'exclusion sociale, du chômage, de la délinquance et de la misère. 2) Ensuite le projet doit progressivement permettre la création et le renforcement des structures d'accueil existant tant en qualité qu'en capacité pour venir en aide aux personnes en situation de détresse sociale, tels les enfants abandonnés, les femmes démunies, sans soutien et sans abri, les vieillards et les orphelins livrés à eux-mêmes...

Sur le court terme...donner corps à l'initiative, dans sa première phase, sous forme de programmes et de projets intégrés tangibles sur le terrain...

Sur le moyen terme...concrétiser l'initiative eu égard à ses objectifs de développement qui sont au centre des préoccupations quotidiennes du peuple...

Sur le long terme...hisser les indices de développement humain...à un niveau comparable à celui des pays comme Djibouti...

(Extrait du projet INDS du Président de la République, présenté en Conseil des Ministres le mardi 09 janvier 2007 et publié dans le journal La Nation du 10 janvier 2007)

### c) Causes

Outre le problème d'accès à l'eau et à l'assainissement, la **surcharge de travail de la jeune fille et de la femme (problème 1)** s'explique par de multiples causes :

Causes immédiates: i) la répartition inéquitable des tâches ; ii) la décharge des responsabilités quotidiennes sur les femmes ; iii) l'insuffisance d'équipements pour l'allègement des travaux de la femme ; iv) la raréfaction des ressources ; v) la faiblesse des revenus de la femme ; etc.

Causes sous-jacentes : i) la faible mobilisation des femmes pour imposer des changements ; ii) la faible mobilisation des organisations de la femme à la base ; iii) la faiblesse des initiatives communautaires pour gérer collectivement les points d'eau ; iv) les distances à parcourir pour avoir accès à l'eau ; v) la faiblesse des programmes d'allègement des travaux de la femme ; vi) la faiblesse des revenus des ménages ; vii) l'insuffisance de conseils et d'appui aux femmes ; viii) le faible niveau d'éducation et d'alphabétisation des femmes ; x) la divergence des valeurs entre éducation traditionnelle et éducation formelle etc.

Causes fondamentales : i) le statut social, culturel et économique défavorable de la femme ; ii) l'idéologie dominante des pratiques discriminatoires ; iii) les stéréotypes et préjugés sexistes hérités de la culture et de la religion ; v) l'absence d'une culture de droits ; vi) la grande taille des ménages, en milieux pauvres ; etc.

## 3.2- Femmes, santé, VIH/SIDA et bien-être familial

☞ *Ce que visent les Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD)*

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle
<p style="text-align: center;"><b><u>Cible 6</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ;</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de mortalité maternelle ;</li><li>• Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ;</li></ul>
OMD 6 : Combattre le VIH/SIDA, la paludisme et d'autres maladies
<p style="text-align: center;"><b><u>Cible 7</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle ;</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de prévalence du <b>VIH/SIDA</b> parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans ;</li><li>• Taux d'utilisation de la contraception ;</li><li>• Nombre d'enfants orphelins du SIDA ;</li></ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><b><u>Cible 8</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ;</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Indicateurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de prévalence du <b>paludisme</b> et taux de mortalité liée à cette maladie ;</li><li>• Proportion de la population vivant dans les zones à risques qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme ;</li><li>• Taux de prévalence de la <b>tuberculose</b> et taux de mortalité liée à cette maladie ;</li><li>• Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitement de brève durée sous surveillance directe ;</li></ul>

## a) Situation et tendances

☛ **En matière de santé** en général, les réalisations du Gouvernement sur la période 2002-2006 et dans la perspective d'atteinte des OMD sont multiples, dont entre autres : i) la rénovation et le rééquipement des hôpitaux, des dispensaires et des centres de santé de la capitale (centres médico-sociaux, anti-tuberculeux et pédiatriques) ainsi que ceux des districts (centres de soins communautaires) ; ii) la mise en place des cliniques mobiles dans les districts de l'intérieur pour les soins de santé primaire de proximité ; iii) la mise en place d'une centrale d'achat de médicaments essentiels ; iv) la mise en place des pharmacies communautaires offrant des médicaments génériques accessibles à des prix abordables ; v) la formation et le recrutement international de personnes qualifiées (gynécologues et sages-femmes) dans les structures de santé ; vi) la mise en œuvre du protocole de prise en charge de la malnutrition au niveau des centres de santé communautaire ; vii) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

☛ En ce qui concerne **la santé reproductive**, les programmes nationaux « Maternité sans risque » et « Planning familial » regroupés au sein de la direction de la « Santé Mère et Enfant » ont connu des réalisations tangibles. La Maternité Dar-El Hanan, rénovée en avril 2006, est devenue la maternité de référence au niveau national. Elle est destinée à la prise en charge des accouchements sans complication, afin de désengorger la maternité Martial de l'hôpital général Peltier.

La proportion des décès maternels intra-hospitaliers a baissé grâce à la prise en charge des soins obstétricaux d'urgences. **Le taux de mortalité maternelle intra-hospitalier** est passé de 550/100.000 naissances vivantes en 2002 à 172/100.000 en 2005. Le nombre de césariennes réalisées a augmenté de façon importante en passant de 3,4% en 2002 à 5,3% en 2005 en terme de naissances attendues, le seuil minimum préconisé par l'OMS étant de 5%.

**Tableau 5 : Evolution des césariennes entre 2003 et 2005**

Année	Effectif	Naissances attendues	Accouchements assistés	Taux de césariennes Par rapport	
				Aux naissances attendues	Aux accouchements assistés
2003	592	17.646	10.600	3,4%	5,6%
2004	667	18.176	11.636	3,7%	5,7%
2005	988	18.721	11.657	5,3%	8,5%

(Source : Rapport du PSR, 2005 – Extrait de l'étude sur l'état des lieux de la SNIFD-2006)

Par ailleurs, pour améliorer **l'état nutritionnel des femmes enceintes**, le programme « Santé Reproductive » a également mis en place une stratégie de supplément systématique en fer, avec gratuité des soins.

☛ En ce qui concerne **la contraception**, le taux de prévalence s'est également amélioré. Il est passé de 9,7% en 2002 à 15,1% en 2005, secteurs public et privé confondus.

**Tableau 6 : Evolution de la prévalence contraceptive entre 2002 et 2005**

Année	Population estimée	Population cible (11,63% de la population)	Total femmes protégées	En pourcentage de la population cible	
				Secteur privé	Secteur public
2002	489.500	56.929	5.545	1,1%	8,6%
2005	534.890	62.208	9.394	1,5%	13,6%

(Source : Rapport du PSR.- 2005 / Extrait de l'étude sur l'état des lieux de la SNIFD-2006)

D'après l'EDIM-2006, le **taux de prévalence contraceptif chez les femmes mariées âgées de 15-49 est de 17,8%**. La pilule est la méthode contraceptive la plus courante. Elle est utilisée par 13,6% des femmes. Les injections arrivent en deuxième position avec 2,5% des femmes. Seulement 1,7% utilisent toutes les autres méthodes confondues (DIU 0,4%, stérilisation féminine 0,3%, préservatif 0,2% etc.). La prévalence des contraceptifs est plus élevée dans le district de Djibouti, avec un taux de 19,2% contre 10,6% dans les autres districts. En milieu rural par contre le taux est relativement bas (4,9%) contre 18,4% en milieu urbain.

**Tableau 7 : Pourcentage de femmes âgées de 15-59 ans mariées qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive**

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui utilisent											
	N'utilise aucune méthode	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Préservatif	Dia-phragme /mousse /gelée	Autre méthode	Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	Toute méthode
<b>District</b>											
Djibouti	80,8	0,3	14,6	0,4	2,7	0,2	0,6	0,3	18,4	0,7	19,2
Autres districts	89,4	0,4	8,0	0,3	1,0	0,0	0,0	0,8	9,9	0,7	10,6
<b>Milieu</b>											
Urbain	81,5	0,3	14,1	0,4	2,5	0,2	0,6	0,3	17,7	0,7	18,4
Rural	95,1	0,8	1,5	0,3	0,5	0,0	0,9	0,8	3,5	1,4	4,9
<b>Total</b>	<b>82,2</b>	<b>0,3</b>	<b>13,6</b>	<b>0,4</b>	<b>2,5</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>	<b>17,1</b>	<b>0,7</b>	<b>17,8</b>

(Source: EDIM-2006)

☛ D'autres données de l'EDIM-2006 montrent d'une part, que 96,3% des femmes âgées de 15-49 ans, ayant accouché pendant les deux dernières années précédant l'enquête, ont reçu des **soins prénatals** au moins une fois pendant la grossesse. Parmi ces femmes 88% ont fait prendre leur tension, 87,5% ont été pesées, 78,5% ont fait un test sanguin et 77,6% un prélèvement d'urine.

**Tableau 8 : % femmes enceintes recevant des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse parmi les femmes de 15-49 ans, et % des femmes enceintes recevant des soins spécifiques**

	% femmes recevant des soins au moins une fois pendant la grossesse	Fait un test sanguin	Fait prendre sa tension	Fait un prélèvement d'urine	Fait prendre son poids
<b>District</b>					
Djibouti	96,7	82,2	89,7	79,6	89,1
Autres districts	93,1	48,2	73,9	61,2	74,8
<b>Milieu</b>					
Urbain	96,7	80,1	89,5	79,0	89,1
Rural	84,3	33,1	43,7	36,4	43,8
<b>Total</b>	<b>96,3</b>	<b>78,5</b>	<b>88,0</b>	<b>77,6</b>	<b>87,5</b>

(Source : EDIM-2006)

D'autre part, 92,3 % des femmes ayant accouché au cours de deux dernières années précédant l'enquête ont reçu des **soins prénatals auprès d'un personnel qualifié**. Parmi elles, 17,4% ont reçu les soins prénatals auprès d'un médecin, 63,6% auprès d'une infirmière/sage-femme et 11,3% auprès d'une auxiliaire sage-femme.

**Tableau 9 : Répartition en % des femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché auprès d'un personnel qualifié selon le type de prestataire de soins natals**

	Médecin	Infirmière sage femme	Sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Autre	N'a reçu aucun soin	Tout personnel qualifié
<b>District</b>							
Djibouti	18,5	64,3	11,4	0,1	2,3	3,3	94,3
Autres districts	8,2	57,8	10,4	5,8	10,9	6,9	76,5
<b>Milieu</b>							
Urbain	18,0	64,4	11,5	0,3	2,5	3,3	93,9
Rural	0,8	40,1	6,2	12,9	24,4	15,7	47,0
<b>Total</b>	<b>17,4</b>	<b>63,6</b>	<b>11,3</b>	<b>0,7</b>	<b>3,2</b>	<b>3,7</b>	<b>92,3</b>

(Source : EDIM-2006)

☞ En matière **d'assistance pendant l'accouchement**, 92,3% des naissances survenues au cours de l'année précédant l'enquête ont été assistées **par un personnel qualifié**.

**Tableau 10 : Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête selon le type de personnel ayant assisté l'accouchement**

	Personnel ayant assisté l'accouchement					Pas d'assistance	Tout personnel qualifié	Accouchement dans un centre de santé
	Médecin	Infirmière Sage-femme	Sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Autre			
<b>District</b>								
Djibouti	8,1	72,5	14,5	1,5	1,6	1,7	95,1	90,7
Autres districts	11,8	48,0	14,7	11,6	10,6	3,1	74,6	60,2
<b>Milieu</b>								
Urbain	8,8	71,2	14,7	1,9	1,7	1,7	94,7	89,2
Rural	0,8	29,8	9,7	24,9	29,1	5,8	40,3	36,5
<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>69,9</b>	<b>14,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>1,9</b>	<b>92,9</b>	<b>87,4</b>

(Source : EDIM-2006)

Plus de deux naissances sur trois (69,9%) ont été assistées par une infirmière sage-femme. Les médecins ont suivi seulement 8,5% des naissances, contre 14,6% pour les auxiliaires sage-femme. En tout, 87,4% des naissances ont eu lieu dans un centre de santé.

☞ A noter cependant que seulement **36,5% des accouchements en milieu rural ont lieu dans un centre de santé contre 89,2 % en milieu urbain**.

**Tableau 11 : Evolution de la prévalence de la contraception et des accouchements assistés**

<b>Santé de la reproduction</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>
Prévalence des contraceptifs	11,9%	17,8 %
Assistance par un personnel qualifié	90,9 %	92,9%
Accouchements dans un centre de santé	74,1 %	87,4%

(Source EDAM/PAPFAM-2002 et EDIM-2006)

De même **les consultations postnatales** entrent progressivement dans les mœurs. Elles concernent désormais 4,2% des femmes selon le rapport de routine 2005 du Ministère de la santé.

☛ **S'agissant de la nuptialité**, parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 2,8% ont été mariées avant l'âge de 15 ans ; 9,5% se sont mariées avant l'âge de 18 ans et 4,2% de femmes mariées sont âgées de 15 à 19 ans ; le **mariage précoce** est plus fréquent en milieu rural comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 12 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans mariées précocement**

	% de femmes mariées avant 15 ans	% de femmes mariées avant 18 ans	% de femmes mariées ayant 15-19 ans
<b>District</b>			
Djibouti	2,7	9,4	4,0
Autres districts	3,0	10,7	5,4
<b>Milieu</b>			
Urbain	2,8 %	9,4 %	4,0 %
Rural	3,5 %	13,6 %	12,8 %
<b>Total</b>	<b>2,8 %</b>	<b>9,5%</b>	<b>4,2%</b>

(Source : EDIM-2006)

☛ **En matière de lutte contre le VIH/SIDA**, le programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) lancé en 2003 à l'échelle nationale en 2003 a permis à Djibouti de stabiliser la progression de la maladie avec **un taux de prévalence restant à 2,9% chez les adultes en général.**

La lutte contre le VIH/SIDA s'appuie sur la connaissance de la situation épidémiologique et sur un cadre interministériel composé de 11 ministères et des organisations communautaires placé sous la présidence du Premier Ministre.

Plus de 525 personnes vivant avec le SIDA ont pu avoir accès aux ARV. Il existe par ailleurs 14 centres de dépistage volontaire (CDV) et de traitement thérapeutique et psychologique opérationnels dont un centre de référence Yonis Toussaint à Djibouti-ville. L'année 2005 est marquée par une dynamisation du dépistage volontaire et de la prise en charge des personnes vivant avec le SIDA (PVVS) avec un taux de couverture estimé à près de 25%.

☛ En ce qui concerne **la transmission du VIH/SIDA parent-enfant**, le programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) lancé par l'Unicef en 2003 a permis de toucher 6.992 personnes en 2006 soit 52,2% des 13.400 femmes estimées qui accèdent aux services de CPN, le programme ayant pour objectifs d'assurer que 80% des femmes enceintes aient accès à un service de test de dépistage du VIH et de conseils d'une part, et d'augmenter la proportion des mères infectées prises en charge socialement et/ou financièrement par leurs familles ou des associations à 60% jusqu'en 2007 d'autre part.

L'Unicef a participé également à la Campagne mondiale « Unissons-nous pour les enfants contre le SIDA », pour s'assurer que les enfants occupent une place de choix dans les stratégies de lutte contre la maladie.

De même **un fonds de solidarité de 100 millions de FD** a été débloqué par le Gouvernement pour venir en aide aux orphelins du Sida estimé à environ 5.000 d'après une enquête de l'Onusida. A noter aussi qu'**un numéro vert Sida** a vu également le jour en 2005.

☛ L'information et la communication reste au centre de la politique gouvernementale. Le programme d'éducation et de sensibilisation privilégiant la sphère communautaire avec la mobilisation de plus d'une centaine d'ONG et associations locales, ainsi que la célébration de la journée mondiale et de la semaine nationale de lutte contre le SIDA commencent à porter leurs fruits.



(Photo 8 : Sensibilisation sur le Sida – Unicef)

### Riposte Communautaire face au VIH/SIDA - Expérience du Secrétariat Exécutif

#### Contexte

##### Le Secrétariat Exécutif

Réponse communautaire basée sur un système d'encadrement. Pour garantir la qualité des prestations de service : i) augmenter progressivement la couverture de tous les groupes vulnérables et de toutes les régions du pays sur la base d'une approche nouvelle ; ii) les groupes vulnérables prioritaires sont au nombre de 15 : Hommes en uniformes – Routiers – Travailleuses de sexe -Travailleurs du secteur privé – Nomades vivant le long du corridor Djibouti/Ethiopie - Dockers – Jeunes non-scolarisés – Jeunes scolarisés – Enfants de la rue – Immigrés / Réfugiés – Jeunes filles en difficultés – « Khatteurs » - OEV- PVVS- Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans.

##### Les structures Relais

Six agences d'exécution actives sur le terrain couvrent tout le territoire et assurent les activités de formation, de planification, de supervision et d'appui technique et institutionnel à une centaine d'ONGs : 1) UNFD (Union Nationale des Femmes Djiboutiennes) ; 2) CCAF (Cabinet de Conseil d'Appui et de Formation) ; 3) CCFIS (Cabinet de Conseil et Formation en Ingénierie Sociale) ; 4) ADEPF (Association Djiboutienne pour l'Equilibre et le Planning Familial) ; 5) UDC (Union pour le Développement Culturel) ; 6) CAB (Coordination des Associations de Balbala).

##### Un dispositif d'appui social aux PVVS

ONGs engagées dans la réduction d'impact des PVVS à travers des prestations dans le domaine alimentaire, nutritionnel, psychologique, de soins à domicile et de réinsertion professionnelle.

##### Les difficultés rencontrées

1) La réticence des religieux à soutenir les associations ; 2) Les procédures financières qui ne sont pas aussi réactives que les acteurs de terrain ; 3) Le décalage entre le discours promotionnel et l'opérationnalité des structures sanitaires ; 4) Le manque de ressources humains dans les associations ; 5) La séropositivité perçue comme stigmatisante (ex : impact sur le dépistage)

(Source : Communication présentée à la conférence de suivi-évaluation de la SNIFD – décembre 2006)

☞ Le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant une connaissance générale sur la prévention du VIH reste cependant assez faible de l'ordre de 17,9%, comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 13 : Pourcentage de femmes de 15-49 ayant des connaissances sur la transmission du VIH/SIDA**

<b>District Milieu</b>	Connaît 2 moyens de prévenir la transmission du VIH	A correctement identifié 3 préjugés concernant la transmission du VIH	Ont une parfaite connaissance (a identifié 2 moyens de prévention et 3 préjugés)
<b>District</b>			
Djibouti ville	40,6	30,0	18,0
Autres districts	42,1	26,7	17,2
<b>Milieu</b>			
Urbain	41,2	30,1	18,2
Rural	28,1	13,4	7,8
<b>Total</b>	<b>40,8</b>	<b>29,6</b>	<b>17,9</b>

(Source : EDIM-2006)

La connaissance des méthodes de prévention du VIH est toujours assez faible même s'il existe des différences selon le lieu de résidence. En tout, 40,8% des femmes affirment connaître deux méthodes de prévention ; en zone rurale, elles sont 28,1% contre 41,2% en zone urbaine.

☞ S'agissant du **paludisme**, le nombre de cas recensés par le système d'information de la santé SIS en 2005 est estimé à 5.580 cas simples et 1.780 cas graves. Le risque est estimé entre 10 et 15% soit entre 39.200 et 58.800 cas par an, alors que le nombre estimé de personnes à risque est de 392.000 soit plus de 50% de la population de Djibouti.

☞ En ce qui concerne la **tuberculose**, le programme national a souffert d'un manque de financement ces dernières années et a engendré une résurgence dramatique de la maladie, en faisant de Djibouti le 2<sup>ème</sup> pays au plus fort taux de prévalence au monde après le Swaziland, soit 1.137/100.000 en 2004 selon le rapport de l'OMS. Le taux de mortalité liée à cette maladie est de 121/100.000. Par ailleurs, on estime à 4.000 par an, le nombre de tuberculeux toutes causes confondues avec plus d'hommes que de femmes. De même, la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux toutes formes de tuberculose confondues, est estimée à 13,5%, selon le rapport annuel 2006 du programme de lutte contre le SIDA.

☞ A noter enfin que **les ressources humaines du secteur de la santé sont insuffisantes**. La répartition du personnel de la santé par rapport à la population nationale, en comparaison avec les normes internationales (OMS) donnent pour Djibouti les indicateurs ci-après :

<p><b>• 1 Médecin pour 17.000 habitants</b> (la norme OMS étant de 1 Médecin pour 10.000 habitants)</p> <p><b>• 1 Médecin spécialiste pour 25.000 habitants</b> (la norme OMS étant de 1 Médecin spécialiste pour 15.000 habitants)</p> <p><b>• 1 Infirmier diplômé d'Etat pour 9.300 habitants</b> (la norme OMS étant de 1 Infirmier diplômé d'Etat pour 5.000 habitants)</p> <p><b>• 1 Sage Femme diplômée d'Etat pour 14.000 habitants</b> (la norme OMS étant de 1 Sage femme pour 5.000 habitants)</p> <p><b>• 1 Laborantin pour 24.000 habitants</b> (la norme OMS étant de 1 Laborantin pour 5.000 habitants)</p>
---

(Source : Rapport du Forum de réflexion sur la santé/5-6 avril 2006 – Ministère de la santé)

☞ **Sur le plan du bien-être familial**, la promulgation du nouveau **Code de la famille** en janvier 2002 représente une véritable consécration des droits de la femme, intégrant des éléments de droit coutumier, du droit islamique et des éléments d'inspiration plus occidentale. Ce nouveau Code vise en effet à expliciter et à **renforcer les droits de la mère et de l'enfant** tout en respectant les traditions djiboutiennes et les valeurs fondamentales du pays.

#### **Objectifs majeurs du Code de la famille**

- La promotion de la famille et de ses spécificités religieuses et culturelles ;
- La sauvegarde de l'unité et de l'entente de la famille dans le respect des droits de chacun ;
- La définition des droits et responsabilités du mari et de la femme vis-à-vis de leurs enfants ;
- La protection des enfants ainsi que le respect de leurs droits économiques, sociaux et culturels dans toutes les limites des ressources du pays

*(Extrait du Code de la famille)*

Le Code de la famille puise sa source dans le Coran. Il sert d'outil de travail aux magistrats du Tribunal de Statut Personnel créé et mis en place dans le cadre de la réforme de la justice. Ce tribunal intervient dans les affaires concernant le statut de la personne : le mariage, le divorce, la succession etc. L'instauration du Code garantit aux femmes djiboutiennes une **protection familiale**.

☞ Alors que **la violence conjugale**, les divorces précipités et les refus de paiement des pensions alimentaires demeurent des situations trop fréquemment subies par les femmes et leurs enfants, l'adoption du nouveau Code de la famille introduit la pénalisation et la sanction envers les auteurs de tels agissements. Plusieurs campagnes de vulgarisation et d'explication de changements concrets apportés par le nouveau Code ont été entreprises à l'intention des femmes et des familles. Ces campagnes soulignent l'importance que revêt le Code de la famille dans la vie quotidienne des femmes et le tournant qu'il amorce en termes d'égalité entre les sexes et d'équilibre familial.

Un projet de lutte contre la « **Violence Fondée sur le Genre (VFG)** », financé par le FNUAP, a démarré en 2006. Ce projet, géré par le Ministère de la Santé en partenariat avec le Ministère de la Promotion de la femme et l'UNFD vise l'amélioration des connaissances et la prise en charge des femmes victimes de violence fondée sur le genre y compris les MGF, ainsi que leurs conséquences néfastes sur la santé des femmes, des couples et de la famille.

#### **« Une cellule d'écoute pour les femmes victimes de violences »**

Dans le cadre de la journée internationale de la femme, le 8 mars 2007, le Président de la République M. Ismaïl Omar Guelleh a inauguré, à l'UNFD, une cellule d'écoute, d'information et d'orientation des filles et femmes victimes de violences. Cette cellule gérée et animée par une équipe de bénévoles est composée de professionnels travaillant dans différents secteurs publics (Police judiciaire, Santé, Charia...). Pour les responsables de l'UNFD, l'esprit de cette initiative est tout simplement de favoriser la réconciliation et la résolution des conflits au sein du couple. Bien entendu, les femmes se sentent en confiance dans ce centre. Elles arrivent à vaincre leur peur et timidité tout simplement parce qu'elles sont accueillies et écoutées par des femmes comme elles dans un environnement familial et chaleureux. Toutefois, la secrétaire générale de l'UNFD a précisé que : « *Ce centre n'est pas un générateur de conflits, ni un tribunal, ni un commissariat... ni un lieu où on pourrait y faire oppression* ». Bientôt ce centre disposera d'un numéro vert offrant une chance aux femmes en difficulté de s'exprimer.

*(Source : Journal la Nation – Mars 2007)*

☞ **La violence et les agressions sexuelles sur mineures** sont également des violences en augmentation constante. Au cours de la période d'avril 2000 à février 2003, 99 cas de violence dont 48 cas de viol d'adolescentes de 11 à 19 ans, 36 cas de viol de femmes de plus de 20 ans et 15 cas de viol de fillettes de moins de 5 ans ont été recensés. *(Source : Etude sur état des lieux de la SNIFD-2006)*.

☞ Un autre axe du combat juridique en faveur des femmes concerne le sujet difficile des **mutilations génitales féminines (MGF)**, sources de multiples infections mortelles et une des causes de complications lors des accouchements. C'est la forme de violence la plus répandue qui porte atteinte à l'intégrité physique des jeunes filles et des femmes. Ces pratiques néfastes posent encore plus de problèmes qu'avant, car interdites en milieu hospitalier, elles sont pratiquées de façon clandestine dans des conditions dramatiques. A ce jour, les progrès obtenus en matière de lutte contre les MGF sont insignifiants et celles-ci continuent à mettre en danger la vie des femmes et celle de leurs filles.

« ...Et en ce qui concerne, ce que nous appelons l'excision pharaonique, je tiens à préciser que nous ne voulons plus ni celle pratiquée par les arabes, ni par les somalis, ni par les afars, ni d'aucune autre forme...aucune excision féminine n'est justifiable. En vérité, nous les hommes considérons l'excision féminine comme une affaire de femmes et d'ailleurs ces dernières nous encouragent dans ce sens en prétextant qu'il s'agit d'un domaine qui leur est exclusivement réservé. Mais désormais, nous ne tournerons plus le dos à notre responsabilité pour ce cas spécifique. Si nous (hommes) acceptons de nous tenir à l'écart, cela veut dire que nous cautionnons cet acte. Si vous (femmes) pratiquiez cet acte par ignorance, par méconnaissance ou pour perpétuer la tradition, il a été prouvé que l'excision n'est recommandé ni par le Coran, ni par le Hadith. D'ailleurs, notre Créateur a bien précisé que l'Être humain est la plus parfaite de ses créations. L'on ne peut parfaire ce qui l'est déjà, donc abandonons cette pratique. »

(Extrait de la Déclaration du Président de la République du 8 mars 2004)

A Djibouti, la lutte contre les MGF a commencé dès le début des années 1980. Durant la période 1980-1997, celle-ci s'est limitée à des ateliers de sensibilisation et d'information dont l'objectif était de favoriser le passage de la forme pharaonique à la forme sunna de l'excision. Un cap est franchi en 1984 avec la tenue d'une conférence importante co-organisée par l'UNFD, l'UNICEF et l'OMS sur le thème « la circoncision féminine n'est pas un acte religieux ». La condamnation par les religieux des MGF date de cette période-là.

#### **L'UNFD et les activités de lutte contre les MGF**

1) **Les activités** : En 1984, l'UNFD organise un premier atelier de réflexion animé par des religieux ; 2) Mise en place d'un comité national de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes ; 3) l'UNFD, consciente des problèmes rencontrés, prône déjà l'abandon des pratiques MGF durant la phase de transmission et propose que le recours à la « sunna » soit pratiquée au sein de son institution dans un cadre aseptisé par des exciseuses formées et assistées par un médecin ; 4) En 1995, son combat aboutit à l'insertion dans le Code Pénal d'un article qui stipule que la violence soit punie de 5 ans d'emprisonnement et de 1.000.000 FDJ d'amende ; 5) Vulgarisation de l'article 333 du Code pénal ; 6) En décembre 2003, reconversion des exciseuses qui déposent leur couteau au cours d'une cérémonie officielle par l'octroi des micro-crédits ; 7) En 2004, organisation de la première journée « Tolérance Zéro » qui marque un pas décisif vers l'élimination des MGF ; 8) En 2005, la Présidente de l'UNFD parraine la conférence régionale pour un consensus politique et religieux sur les MGF ; 9) Mise en place d'un centre d'information permanent de relais communautaires dans la capitale et dans les villages périphériques ; 10) Une étude sur l'impact des sensibilisations.

**Les Perspectives** : 1) Renforcer les mesures législatives en matière de protection des femmes contre les MGF ; 2) Renforcer la mobilisation sociale ; 3) Poursuivre le programme de reconversion des exciseuses ; 4) Produire des spots télévisés ; 5) Collaborer davantage avec la RTD ; 6) Réaliser une enquête qualitative pour évaluer l'impact des activités MGF ; 7) Faire disparaître la pratique des MGF en milieu urbain et la faire régresser en milieu rural.

(Source : Conférence de suivi-évaluation de la mise en œuvre du SNIFD –décembre 2006)

☞ A noter que l'étude sur l'impact des campagnes de sensibilisation de l'UNFD contre les MGF a montré que : i) la pratique des MGF est encore très présente dans les localités enquêtées ; ii) concernant les jeunes femmes et filles : elles sont plus favorables à l'élimination de ces pratiques; iii) les résistances se retrouvent auprès des femmes âgées ; iv) les femmes ne connaissent pas suffisamment les conséquences sanitaires des MGF ;

v) les hommes sont encore réticents quant à leur élimination ; ils refusent de fréquenter ou même d'épouser des filles non-excisées ; vi) concernant les exciseuses, peu d'information sont disponibles car elles continuent d'exercer leur métier en cachette ; vii) en 2005, 120 relais communautaires ont été formés avec l'appui de l'Unicef ; viii) depuis mai 2006, l'UNFD vulgarise le Protocole de Maputo dans l'ensemble du pays en partenariat avec le Ministère de la Promotion de la femme et des ONGs ; ix) mise en œuvre de la composante 3 du plaidoyer pour le renforcement des droits de la femme et de la promotion de la lutte contre la violence y compris les MGF.

Par ailleurs, au début des années 1990, des avancées notables sont accomplies sur le plan législatif en faveur des femmes avec la signature de la Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination envers les Femmes (CEDEF).

En 1997, le Ministère de la Santé Publique lance avec le FNUAP le projet « lutte contre la circoncision féminine » visant l'élimination des MGF à Djibouti.

Durant la période 1998-2003, une stratégie nationale de lutte contre les MGF est mise en place. Dans le cadre de ce projet, un comité national de lutte contre les MGF est créé en 2003, mais il n'a pas l'impact escompté.

#### **Élimination des MGF – « La balle est dans le camp des religieux »**

...Vouloir supprimer purement et simplement les mutilations génitales est un véritable challenge. Une cérémonie d'ouverture de la conférence sur l'élimination des mutilations génitales féminines a eu lieu ayant pour objectif de parvenir voire arracher un consensus des oulémas sur la question. En dépit d'une évolution des mentalités sur ce sujet, des divergences profondes particulièrement difficiles à gérer en l'occurrence chez les oulémas sont apparues. ...La majorité des religieux nationaux bien que favorables comme leurs collègues à un abandon systématique des mutilations génitales féminines notamment sous leurs formes les plus abjectes, celles dites pharaoniques, ont soutenu le maintien de la circoncision féminine liée à la sunna. La question était de savoir si les oulémas djiboutiens allaient résister face aux arguments de poids des religieux originaires des pays voisins notamment ceux représentant la prestigieuse université d'Al Azhar qui eux en revanche étaient pour une suppression pure et simple des MGF ? Les oulémas nationaux et ceux originaires des pays de la région ont donc confronté leurs points de vue sur cet épineux problème que constitue les MGF. (D'après AAY)

(Source : Journal La Nation du 03/02/05)

L'enquête EDSF/PAPFAM-2002 a révélé que 98% des femmes de 15-45 ans sont mutilées. La prévalence des E/MGF à Djibouti est la plus importante de l'Afrique orientale. Parmi les types de MGF subie par la femme, c'est le type III (infibulation) qui domine avec une prévalence de 67,2%. Il en est de même pour les types de mutilations plus légères de type I (sunna) au détriment du type II (excision).

Plusieurs campagnes d'information et de sensibilisation ont été lancées par le Gouvernement (Ministère de la Promotion de la femme, UNFD, ONGs et associations locales avec la coopération des leaders religieux et traditionnels). En 2003, une centaine de « tradipraticiennes » ont déposé leurs couteaux au cours d'une cérémonie qui s'est déroulée en présence du Ministre de la Justice et de plusieurs représentants des Corps diplomatique et consulaire et des personnalités religieuses.

Selon l'EDIM-2006, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant déclarées avoir subies une mutilation génitale féminine s'élève à 93,1%. Parmi ces femmes, 24,9% ont déclarées qu'elles ont subi une MGF de type 1 (sunna) ; 6,4 % une MGF de type II (excision) ; 67,2% une MGF de type III (infibulation) et 1,5 n'ont pas précisées le type de MGF.

**« Les MGF dans la ligne de mire »**

Plusieurs pays de la sous région se sont donné rendez-vous à Djibouti à l'occasion d'une conférence sur l'élimination des Mutilations Génitales Féminines (MGF)... regroupant des leaders politiques et religieux venus de la région et de l'Afrique de l'Ouest... l'objectif étant de parvenir à un consensus politique et religieux sur la question qui divise les oulémas...

Dans une importante allocution... la Première Dame et présidente de l'Union Nationale des Femmes de Djibouti, Mme Kadra Mahmoud Haid a indiqué que « *les mutilations génitales féminines ne sont malheureusement pas encore révolues, malgré un recul notable... Bien que les mutilations génitales ne soient pratiquées dans l'intention de nuire aux enfants, les effets néfastes qu'elles entraînent en font un acte violent. Il est évident aujourd'hui que les conséquences médicales issues de ces mutilations effectuées avec des moyens précaires sont dramatiques : infections urinaires, hémorragies, kystes, difficultés lors de l'accouchement, sans parler des troubles psychologiques* ».

Elle n'a pas manqué de signaler que : « *dans la plupart des sociétés islamiques, la femme n'a pas bénéficié du droit qui lui est accordé par la charia, de même que les circonstances ne lui ont pas permis d'assumer sa fonction sociale comme l'exigent la cohésion de la société. Il s'agit d'une situation négative qui n'est pas dû à une faiblesse ou à une déficience en matière de législation, mais au manquement et au dysfonctionnement dans l'application des nobles principes apportés par l'Islam pour permettre à la femme de s'acquitter de ses devoirs dans le cadre d'un système cohérent des prescriptions légales, de hautes valeurs, de nobles idéaux et de norme réglemant la vie* ». Poursuivant son intervention, la Première Dame a ajouté que : « *Mettre en exergue la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines de la femme musulmane à travers l'examen de ses droits, du point de vue de la religion, de la culture et de la société, est l'un des meilleurs moyens pour promouvoir cette société et lui permettre de réaliser des aspirations au développement partagé, et au sein de laquelle la femme apportera une contribution pleine et entière* ». Elle a conclu son propos en ces termes : « *...Il est temps pour nous aujourd'hui, au moment où nous aspirons à fonder la modernité et le renouveau sur des bases solides où nous oeuvrons sincèrement pour le progrès de nos sociétés, de corriger cette situation avec la pondération et la sagesse nécessaire et de la redresser en recourant à la raison et à l'argumentation convaincante* ».

(Source : Journal La Nation du 03/02/05)

**Tableau 14 : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF**

	Tout type de MGF	Pourcentage de femmes ayant subi				Total
		MGF type I sunna	MGF type II excision	MGF type III infibulation	MGF type indéterminé	
<b>District</b>						
Djibouti	92,9	25,3	7,2	66,2	1,3	100,0
Autres districts	94,9	22,3	1,7	73,8	2,2	100,0
<b>Milieu</b>						
Urbain	93,1	25,1	6,6	66,9	1,5	100,0
Rural	95,5	19,1	1,1	79,2	0,6	100,0
<b>Total</b>	<b>93,1</b>	<b>24,9</b>	<b>6,4</b>	<b>67,2</b>	<b>1,5</b>	<b>100,0</b>

(Source : EDIM – 2006)

Le lieu de résidence est un déterminant du niveau et du type des MGF. En effet, elles sont 92,9% dans le district de Djibouti contre 94,9% dans les autres districts. Elles sont 93,1% en milieu urbain contre 95,5% en milieu rural. La sunna, l'excision et l'infibulation représentent respectivement 25,3%, 7,2% et 66,2% des MGF dans le district de Djibouti, contre 22,3%, 1,7% et 72,8% dans les autres districts. Elles sont 93,1% en milieu urbain contre 95,5% en milieu rural. La sunna et l'infibulation représentent respectivement 25,1% et 66,9% en milieu urbain et 19,1% et 79,2% en milieu rural.

**Tableau 15 : Evolution des MGF entre 2002 et 2006**

Type MGF	EDSF/PAPFAM-2002	EDIM-2006
Type 1 (sunna)	7,5%	24,9%
Type 2 (excision)	17,4%	6,4%
Type 3 (infibulation)	74,8%	67,2%
Type indéterminé	0,3%	1,5%

(Source : EDIM-2006)

☞ A noter cependant que le message en faveur de l'abandon de ces pratiques commence à porter ses fruits. Selon une étude pilote réalisée auprès des fillettes de 5 à 12 ans dans une dizaine d'écoles primaires publiques par la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant avec l'appui du FNUAP, les premiers résultats semblent être encourageants, même dans les communautés très attachées à cette pratique, symbole de la féminité. L'enquête a porté sur près de 17 % des filles scolarisées en 1<sup>ère</sup> année (CI) et 8 % des filles scolarisées en sixième année (CM2), à Djibouti-ville et dans les districts.

**Tableau 16 : Prévalence des E/MGF par type et niveau**

Type MGF	DJIBOUTI-VILLE		DISTRICTS		ENSEMBLE PONDÉRÉ	
	CM2	1 <sup>ère</sup> année	CM2	1 <sup>ère</sup> année	CM2	1 <sup>ère</sup> année
Aucune	<b>17,7</b>	<b>50,3</b>	<b>2,9</b>	<b>70,2</b>	<b>14,2</b>	<b>55,0</b>
Type I	8,5	18,1	19,4	9,1	11,1	16,0
Type II	25,5	22,0	56,5	13,5	32,8	20,0
Type III	27,7	7,3	14,1	1,0	24,5	5,8
Ne sait pas	0,0	0,5	1,2	0,4	0,3	0,5
Refus	20,6	1,8	5,9	5,8	17,1	2,7
Nombre=	141	382	170	208	311	590
Age moyen	12,82	7,08	12,29	7,09	12,70	7,08

(Source : Ministère de la santé - UNFPA /2006).

En CM2, on constate qu'une fille sur sept n'est pas touchée (14,2 %). La proportion de filles non touchée s'élève à presque une sur cinq à Djibouti-ville ce qui montre une évolution des mentalités et un changement de comportement face aux pratiques traditionnelles néfastes. Le type III est en très forte régression notamment dans les districts de l'intérieur. On peut donc déduire en ce qui concerne l'échantillon des fillettes scolarisées : i) un transfert important du type III vers le type I sans que la pratique de la MGF soit abandonnée ; ii) un abandon de la MGF qui concerne près d'un cinquième des fillettes sans transfert du type de mutilation à Djibouti-ville. A noter que l'âge des fillettes concernées rend ces chiffres définitifs car la pratique des MGF après 12 ans révolus est très marginale.

En première année (CI), la proportion de fillettes non touchées dépasse 50 % et la prévalence de la MGF à cet âge là est devenue minoritaire. La prévalence du type III est très faible tant à Djibouti-ville qu'en district. Il convient néanmoins de nuancer ces résultats car la probabilité de survenue d'une MGF entre 7 et 12 ans est loin d'être négligeable.

☞ A noter aussi qu'une stratégie nationale pour l'abandon total de toute forme d'excision et infibulation (SNAEI) a été mise en place en septembre 2006 au sein du Ministère de la Promotion de la femme en collaboration avec l'Unicef visant à promouvoir l'abandon de l'excision et de l'infibulation par le respect de l'intégrité physique et la promotion de la santé des femmes et des filles. Le plan d'action concrétisant la stratégie sur une période de 5 ans (2007-2011) se répartit en quatre composantes : i) communication et mobilisation sociale ; ii) éducation formelle et non formelle ; iii) mesures d'accompagnement ; iv) renforcement des capacités institutionnelles. Le coût total du projet a été chiffré à hauteur de 1.256.900 US\$.

☞ A noter enfin que le problème de la pandémie du SIDA et celui de la pratique des MGF, entre autres, ont fait l'objet d'une table ronde des Premières Dames lors de la tenue du COMESA en novembre 2006 à Djibouti.

**Troisième Table Ronde : « Les premières Dames réitèrent leur engagement »**

*La Première Dame de Djibouti, Madame Kadra Mahmoud Haid, a clôturé à l'hôtel Kempinski, les travaux de la troisième Table Ronde des « First Ladies » des Etats membres du marché commun pour l'Afrique australe et orientale (COMESA). Au terme de deux jours de travaux qui se sont tenus en marge du 11<sup>ème</sup> sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement du COMESA, ces dernières ont rendu public un communiqué final portant sur la participation des femmes au programme d'intégration du COMESA, relatif à la scolarisation de la petite fille, la lutte contre le SIDA et les mutilations génitales féminines... Les Premières Dames ont par ailleurs soumis au COMESA, en collaboration avec la Banque de la ZEP et les partenaires de coopération, la création d'un Fonds spécial d'appui à des activités génératrices de revenus pour aider les femmes affectées par le VIH/SIDA et celles qui s'occupent des orphelins. Dans cette optique, elles ont encouragé les Etats membres à mettre en place des stratégies et programmes d'exécution des politiques de l'Union Africaine sur l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins pour les personnes affectées par la pandémie du SIDA...*

Source : La Nation « N°138 du 20/11/06 »

## **b) Constat et problème**

Si on compare les données de l'EDIM-2006 à celles de l'EDSF/PAPFAM-2002, on constate que des améliorations ont certes eu lieu dans le domaine de la santé en général et celui de santé de la reproduction en particulier, y compris en matière de lutte contre le SIDA et autres maladies dont le paludisme et la tuberculose. Les progrès obtenus ont contribué à la baisse de la mortalité maternelle et à une amélioration des accouchements assistés par des personnes qualifiées. Mais s'agissant de la contraception, 82,2% des femmes n'ont pas encore recours aux méthodes contraceptives. En ce qui concerne le SIDA, le taux de prévalence reste stable et n'a pas tendance à s'inverser. Les connaissances des voies de transmission du VIH/SIDA restent encore faibles de l'ordre de 18%.

☞ Sur le plan du bien-être familial, malgré les nombreuses actions entreprises, **les jeunes filles et femmes sont victimes de violence physique, sexuelle et morale (problème 2)**. Il se trouve que la violence fondée sur le genre y compris la lutte contre les MGF restent un problème majeur dans le pays. La lutte pour l'abandon de toutes formes d'excision, si elle suscite l'engagement du Gouvernement au plus haut niveau, cet engagement ne se reflète pas sur les lignes budgétaires de l'Etat. En outre les partenaires au développement bien que partisans de cette cause n'ont pas de financement à la hauteur des besoins exprimés. La justification religieuse a été longtemps l'obstacle principal des actions menées. Le face-à face entre les défenseurs de la cause (les institutions gouvernementales et ONG très souvent représentées par des femmes) et les opposants (leaders religieux et coutumiers) a permis certes d'aboutir à un consensus, mais la tradition fortement ancrée au sein des communautés fait que pour ces derniers, arrêter la pratique équivaut pour beaucoup à bafouer les valeurs de pureté et de fidélité des filles et des femmes. (Source : Etat des lieux – SNIFD – 2006)

## **c) Causes**

**La violence fondée sur le genre** est multiforme. Outre les causes d'ordre structurel, les causes immédiates et sous-jacentes sont nombreuses :

Causes immédiates : i) le mari qui frappe la femme ; ii) le viol et atteinte à la pudeur des jeunes filles ; iii) le harcèlement sexuel ; iv) la consommation du khat, alcool haschich et drogue ; v) la pratique des mutilations génitales féminines ancrées dans la tradition ; vi) l'inexistence de structure d'accueil pour les femmes victimes ; vii) le manque de cellule d'écoute et de conseil ; viii) la disparition des mécanismes communautaires traditionnels de conflit en milieu urbain ; ix) la non application des lois..

Causes sous-jacentes : i) l'acceptation populaire que l'homme doit frapper la femme ; ii) l'acceptation par la femme de cet agissement pour sauvegarder les relations familiales et sociales ; iii) le statut défavorable de la femme dans la famille et la société ; iv) l'ignorance des procédures juridiques ; v) le coût des interventions juridiques ; vi) les réticences de la police et de la gendarmerie pour mettre en marche la machine judiciaire ; vii) la volonté de ne pas déshonorer la victime ; ix) les femmes victimes ne portent pas plainte ; x) l'ignorance des droits de la femme ; xii) les difficultés pour la victime et les membres de sa famille de rompre le silence ; xiii) la peur de perdre le travail ; xiv) le sentiment de domination de l'homme qui permet tout ; xv) le classement d'affaire sans suite par le Ministère public ; xvi) la communauté décourage le dépôt de plainte ; xvii) les mariages précoces ; xviii) les justifications religieuses à tort ; xix) les MGF garantes de la virginité des jeunes filles sensées contrôler la sexualité de la femme et assurer la propreté et l'hygiène du sexe ainsi que la fidélité ; etc.

Causes fondamentales : i) les pratiques sociales de la violence contre la femme ; ii) l'idéologie de la domination naturelle de l'homme sur la femme ; iii) faiblesse de la culture relative aux droits ; iv) la pauvreté et l'analphabétisme ; v) la mauvaise interprétation de la religion islamique ; vi) la dépendance économique à l'égard du mari ; vii) l'absence de communication au sein du couple et de la famille ; etc.

### 3.3-Femmes, alphabétisation et éducation non formelle

☞ **Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

<b>Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>
<b>Cible 4</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2010 si possible, et à tous les niveaux d'enseignement en 2015 au plus tard</li> </ul>
<b>Indicateur</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes</b></li> </ul>

#### a) Situation et tendances

Pour changer le quotidien des femmes, le Gouvernement s'est donné comme priorité l'éducation et l'alphabétisation des jeunes filles et des femmes. Des programmes d'alphabétisation fonctionnelle en français et en arabe ont été mis en place durant les cinq dernières années (2000-2004). Ils ont été conduits par les Ministères de la Promotion de la femme et de l'Education nationale en partenariat avec les ONGs et associations locales dont, entre autres, l'Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD). D'une durée de six mois, ces formations ont permis aux femmes d'acquérir des rudiments de lecture et de mathématique indispensables à leurs activités quotidiennes (vente de produits sur les marchés, lecture des ordonnances et des indications pharmaceutiques, aides aux devoirs de leurs enfants etc.) ou même à suivre une formation professionnelle. Au total, 19.000 personnes ont été touchées selon une étude menée par le Ministère de l'éducation nationale en 2005.

☞ Le projet d'alphabétisation du Ministère de la Promotion de la femme, financé par la BID, a visé l'alphabétisation en arabe de 9.000 femmes au terme de quatre campagnes succesives qui se sont déroulées sur la période 2003-2006.

☞ Plusieurs ONG et associations locales, comme par exemple l'association Al-Biri, l'association des femmes de Tadjourah, l'association Solidarité féminine, l'association AtuyooFan assurent, entre autres domaines d'intervention, des cours d'alphabétisation, des cours de soutien, ainsi que des cours de couture, de broderie, de cuisine aux jeunes filles déscolarisées ou issues de familles pauvres dans le but de lutter contre l'analphabétisme.

### L'UNFD et l'alphabétisation

**Objectifs :** Plusieurs campagnes d'alphabétisation en faveur des jeunes filles non-scolarisées et déscolarisées et des femmes de 20 ans et plus ont été entreprises entre 1991 et 2006 avec des partenaires techniques et financiers dont l'Unicef, la BAD, la BID, la Banque Mondiale, l'AFD, l'ADETIP etc.. Les programmes d'alphabétisation ont eu pour objectifs de : i) réduire l'analphabétisme des femmes djiboutiennes de 50% ; ii) renforcer la participation de la femme au développement économique et social ; iii) contribuer à renforcer les connaissances de base de la population féminine en matière de santé, d'hygiène, de nutrition ainsi que la planification du bien être familial ; iv) accroître les capacités de la femme à lutter contre la pauvreté ; v) mise en place d'un programme de post-alphabétisation à partir de 2006 et des cours complémentaires et pratiques qui vont compléter la formation (économie familiale, citoyenneté, couture, cuisine, informatique) ;

**Défis :** Les programmes d'alphabétisation doivent être pérennisés afin d'éviter les discrédits tant au niveau des bénéficiaires que des partenaires.

**Perspectives :** i) élargissement des programmes dans les régions de l'intérieur ; ii) introduction de la langue maternelle ; iii) renforcement de la qualité et de la pertinence de l'alphabétisation

(Source : Conférence de suivi-évaluation de la mise en œuvre du SNIFD – décembre 2006)

☞ Deux nouveaux projets voient le jour en 2006 : i) le projet « AIDE Djibouti » financé par l'USAID et appuyé par « Save the children » et « Juarez and associates » ; ii) le projet de l'Unicef visant le soutien à l'alphabétisation et éducation non formelle (AENF) avec un appui à l'élaboration d'un curriculum spécifique pour les filles non scolarisées.

☞ En janvier 2007, un nouveau centre a été inauguré à Balbala dont l'objectif premier vise l'alphabétisation des femmes de Balbala, grande banlieue proche de la ville de Djibouti.

#### « La première Dame inaugure le Centre des femmes de Balbala »

Le lundi 8 janvier 2007 a eu lieu l'inauguration du Centre des femmes de Balbala conçu dans le but de contribuer à la promotion socio-économique de la femme dans la société et plus particulièrement dans la grande banlieue de Balbala....

Dans le cadre de la politique du développement socio-économique de la femme, le Gouvernement s'est fixé pour objectif d'éradiquer l'analphabétisme qui entrave la marche du pays vers le progrès et le développement... Cet effort d'alphabétisation contribue de façon significative et directe à la lutte contre la pauvreté à travers les changements positifs de comportements des femmes dans la gestion de ménage, l'organisation de travail etc...

Opérationnel depuis septembre 2006, le Centre des femmes de Balbala a été construit et équipé par l'ADETIP avec l'appui financier de la Banque Mondiale, de la Présidence de la République, du Fonds Canadien, du SCAC et du FNUAP. Il est doté d'un espace salon de coiffure, d'une salle informatique et d'un atelier de couture, et se donne pour mission de coordonner les actions en faveur de la promotion de l'éducation des filles et des femmes de Balbala...

(Source : Journal Le Progrès N° 165 / jeudi 18/01/07)

### b) Constat et problème

Les différentes campagnes et projets d'alphabétisation ont certes permis d'accroître le taux d'alphabétisation des femmes dans le pays comme l'indique les résultats préliminaires de l'EDIM-2006 (47,5% de l'ensemble des femmes âgées de 15 à 24 ans sont alphabétisées), mais toujours est-il que les disparités géographiques ont une forte incidence sur le taux. En effet, seulement 14,2% des femmes âgées de 15-24 ans sont alphabétisées en milieu rural, alors qu'elles sont 48,4% en milieu urbain. Par ailleurs, d'après l'étude sur les besoins en AENF réalisée par le Ministère de l'Education Nationale en décembre 2005, la dispersion et le manque de coordination de l'ensemble des projets en matière d'alphabétisation et d'éducation non formelle (AENF) rendent difficile l'atteinte de résultats tangibles. En effet, il n'est pas rare que, par exemple, deux partenaires interviennent dans un programme d'éducation non formelle avec la même population cible, ce qui pose un problème de cohérence des formations dispensées et un gaspillage des ressources.

De plus, il n'existe guère de suivi des programmes pour mieux évaluer leur impact. D'où **le problème du développement insuffisant des capacités et compétences des femmes (problème 3)**.

**Tableau 17 : Pourcentage de femmes âgées de 15-24 ans alphabétisées**

	<b>% de femmes alphabétisées</b>	<b>Pourcentage non connu</b>
<b>District</b>		
Djibouti	48,5%	1,8%
Autres districts	41,0%	1,8%
<b>Milieu</b>		
Milieu urbain	48,4 %	1,9%
Milieu rural	14,2 %	1,0%
<b>Total</b>	<b>47,5 %</b>	<b>1,8%</b>

(Source : EDIM-2006)

### **c) Causes**

L'étude sur les besoins en alphabétisation et éducation non formelle réalisée par le Ministère de l'éducation nationale en décembre 2005 a révélé qu'en l'absence d'une véritable évaluation des actions, un bilan en la matière est difficile à réaliser.

Autrement dit, l'urgence de définir et de mettre en place une politique fixant des orientations nationales aux actions conduites en AENF et la nécessité d'un ancrage institutionnel permettant le pilotage, le suivi et l'évaluation des actions de formation se font de plus en plus sentir. En effet, l'absence d'ancrage institutionnel et normatif, associé au manque d'autonomie financière du secteur, expliquent le manque de coordination et de cohérence des actions conduites jusqu'ici, ainsi que leur caractère éphémère et la médiocre qualité des résultats enregistrés. Les actions se sont généralement déroulées sous forme de campagnes au gré de la prise en charge par différents financements extérieurs.

Causes immédiates : i) le manque de coordination et de cohérence des actions; ii) le caractère éphémère des campagnes d'alphabétisation ; iii) le manque d'autonomie financière du secteur ; iv) la médiocrité des résultats enregistrés ; etc.

Causes sous-jacentes : i) la qualité de programmes d'alphabétisation ; ii) la qualité des alphabétiseurs ; iii) la déperdition en cours d'alphabétisation ; iv) le choix de la langue d'alphabétisation (entre le français, l'arabe et les langues nationales) ; v) le manque de suivi des personnes alphabétisées ; etc.

Causes fondamentales : i) l'absence d'une véritable politique nationale d'alphabétisation ; ii) la pauvreté, l'ignorance et les conditions de vie difficiles de la population ; etc.

☞ A noter cependant que pour la première fois à Djibouti des assises nationales sur l'AENF se sont déroulées du 19 au 21 septembre 2006 au Ministère de l'éducation nationale. Ces assises ont débouché sur de nouvelles orientations stratégiques et plusieurs axes d'intervention prioritaires à l'échelle du pays ont été retenus.

<b>Assises Nationales sur l'Alphabétisation et l'Education non formelle</b>
<b>Les orientations stratégiques</b>
i) Le renforcement de l'accès ; ii) l'amélioration de la qualité ; iii) la promotion de l'équité
<b>Les axes d'interventions prioritaires</b>
1- <u>En matière de renforcement de l'accès</u> : i) réduction du taux de l'analphabétisme de 50% d'ici 2015 ; ii) rationalisation des moyens et des infrastructures existants ; iii) création de centres d'alphabétisation urbains et ruraux à proximité des apprenants ; iv) sensibilisation et mobilisation de la société (ONG, associations et secteur privé) ; v) création de centres spécialisés pour les enfants et adultes ayant des besoins spéciaux ;

2- En ce qui concerne l'amélioration de la qualité : i) faire un état des lieux, une évaluation diagnostique des besoins spécifiques de la population ; ii) renforcer le département de l'AENF ; iii) renforcer les moyens pédagogiques et didactiques (programmes adaptés aux différents publics, manuels et outils) ; iv) mettre en place un mécanisme de formation, d'encadrement, de suivi et d'évaluation ; v) promouvoir la certification et la post-alphabétisation ; vi) faciliter des passerelles entre le formel et le non formel pour les enfants non scolarisés ; vii) assouplir les horaires de cours ; viii) mettre en place un partenariat multi-sectoriel avec les ONGs, les bailleurs de fonds...ix) diversifier les canaux d'enseignement et de communication (radio, télévision)

3- S'agissant de la promotion de l'équité : i) réduire les disparités géographiques, économiques ainsi que celles inhérentes au concept genre ; ii) valoriser la formation destinée aux enfants et adultes ayant des besoins spéciaux

4- Mise en place d'un système de pilotage : i) créer un département pour l'AENF ; ii) mettre en place une stratégie commune et concertée entre les institutions (Ministères, ONG, bailleurs de fonds) ayant en charge la mise en œuvre des actions d'alphabétisation et d'éducation non formelle.

(Extrait du rapport général sur les Assises nationales de l'AENF / 19-21 septembre 2006)

### 3.4- Femmes, vie économique et emploi

☞ **Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

#### **Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes**

##### **Cible 4**

• Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2015 si possible, et à tous les niveaux d'enseignement en 2015 au plus tard

##### **Indicateur**

• ***Pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole***

#### **a) Situation et tendances**

Le Code du travail djiboutien affirme le principe de non discrimination entre les deux sexes. Mais la réalité demeure défavorable aux femmes actives djiboutiennes car elles souffrent beaucoup plus du chômage que les hommes (68,5% des femmes contre 54,5% pour les hommes) d'après EDAM-IS2-2002. Tandis que les hommes continuent d'accéder à des emplois mieux rémunérés, les femmes restent cantonnées à des emplois subalternes.

#### **Zoom sur l'emploi à Djibouti**

...Le Service National de l'Emploi (SNE), crée en 1983, est chargé entre autres de rechercher, analyser et fournir toutes les informations sur la situation du marché de l'emploi et son évolution dans l'ensemble du pays et dans les différentes branches d'activité économique...Selon la Chef de service, depuis que la loi relative à la libéralisation du marché de l'emploi a permis la création des agences privées de l'emploi, le SNE ne joue plus pleinement son rôle...Ces dernières, peu coopératives, ne communiquent pas les statistiques du personnel qu'elles recrutent ...

Certains dénoncent leur méthode de recrutement et ceux qui trouvent un emploi à travers elles, parlent d'une exploitation de l'homme par l'homme... Depuis septembre 2003, un décret présidentiel précise que les travailleurs de l'Etat ainsi que les autres employés des entreprises de la place doivent être recrutés par voie de concours... Le responsable du bureau... a indiqué que depuis sa création en 2004, quelques 1.987 jeunes titulaires du BEPC et du BAC se sont déclarés. Quant aux universitaires demandeurs d'emploi leur nombre est de 1.561. Les diplômes de ces derniers varient entre le BTS ou équivalent, et le doctorat... Au concours portant recrutement de 120 élèves infirmiers, ils étaient 1.500 candidats à se présenter.

Au sein de la Direction de l'emploi, il existe un service chargé de l'insertion professionnelle...Le rôle dévolu à ce service consiste à promouvoir la formation professionnelle, l'adapter au marché du travail et faciliter l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi. Durant l'année 2005, ce sont un peu plus de 300 élèves formés dans les établissements d'enseignement professionnel comme le LIC, le CFPa qui se sont présentés pour pouvoir bénéficier des stages au sein des différentes entreprises. Sur 200 parmi eux qui ont été placé en stage d'entreprise, 10% ont acquis un emploi définitif à l'issue de leur stage.

(Source : La Nation Plus « Cahier mensuel » - édition N°4 - 12/06)

☞ Dans le **secteur formel**, en 2006, d'après la Direction de l'Administration Publique, l'effectif des agents de l'Etat entre fonctionnaires et conventionnés s'élève à 9.996 dont 2.179 femmes soit 21,8% du total.

☞ Le **secteur privé** structuré emploie 12,6% de l'ensemble des femmes actives. Les femmes employeurs représentent 1% des femmes actives. Les femmes indépendantes représentent 27,8%. On trouve un nombre important de diplômées exerçant une profession libérale (avocat, notaire, médecin etc.) à côté des femmes propriétaires d'établissements de boissons (bar, restaurant, cafétéria etc.) d'ateliers de confection de bijoux, de commerce divers et de services personnels tels que salon de coiffure.

#### **Promouvoir le secteur privé pour endiguer le chômage**

Pour Ismail Mahmoud, Maître de conférence assistant en économie à l'Université de Djibouti, la question de l'emploi se pose à deux niveaux. Le premier est lié à l'inadéquation entre emploi et formation. Beaucoup de formations comme celles dispensées au lycée industriel et commercial ne sont pas adaptées aux réalités et aux besoins du marché du travail et donc aux besoins des entreprises de la place. Le deuxième niveau est lié à la faiblesse de la croissance qui ne génère pas suffisamment d'emplois. Depuis quatre ans, la croissance dépasse largement 2%, mais pour que celle-ci crée réellement de l'emploi, il faut qu'elle se situe à au moins 6%, c'est-à-dire plus ou moins égal par rapport à l'accroissement démographique... On ne peut créer d'emploi que si il y a une politique volontariste pour lutter contre le chômage et elle doit se situer à la promotion du secteur privé. Ce dernier doit avoir un environnement propice à son développement. Le cadre institutionnel dans le pays doit être attractif. La création d'entreprise coûte cher en terme de temps, mais en terme de coût aussi...

(Source : La Nation Plus «Cahier mensuel » - édition N°4 – décembre 2006)

☞ Dans le **secteur informel**, 31,7% sont actives. La visibilité de ce secteur a commencé dès 1980 et a continué de croître avec la dégradation de la situation économique du pays. Bien qu'il soit un secteur méconnu sur le plan statistique, de nombreuses descriptions qualitatives y existent. La nature des activités est en majorité commerciale avec une part importante dans la préparation et vente d'aliments. On trouve également de nombreuses femmes vendeuses de kat et de légumes et fruits ; des changeuses de monnaie ; des vendeuses de produits électroniques etc. On trouve également une grande majorité de micro entreprises opérées par des femmes de couches démunies exerçant des opérations commerciales d'envergure internationale telles que les femmes « charcharis ».

#### **Le secteur informel : le plus gros employeur**

Boutiquier, vendeurs ambulants, les femmes appelées « charcharis », les employés du domaine des transports composent le secteur informel qui occupe une frange très importante de la population active... Avec la mise en place du Fonds de Développement Economique de Djibouti (FDED) qui démarrera bientôt ses activités, le Gouvernement veut promouvoir l'auto-emploi et mettre à la disposition des jeunes des crédits pour qu'ils puissent créer leur propre entreprise et ainsi accéder à des crédits avec un taux d'intérêt préférentiel...

(Source : La Nation Plus «Cahier mensuel » - édition N°4 – 12/06)

### Les « Charcharis » ou le business féminin

Depuis une trentaine d'années les femmes commerçantes se sont imposées dans le paysage économique de Djibouti. L'entrée en masse dans le monde des affaires de ces femmes provient de la nécessité de subvenir aux besoins de leur ménage. En effet, les décennies d'ajustement structurel ont laissé derrière elle une paupérisation quasi généralisée de la population djiboutienne avec un taux de chômage qui avoisine actuellement les 60%

A Djibouti, les affaires dirigées par les femmes commencent à prendre réellement de l'ampleur à mesure qu'elles s'investissent progressivement dans des secteurs autrefois privilégiés des hommes commerçants... Ainsi, les pionnières ont très souvent débuté par du petit commerce engageant un capital très réduit accumulés difficilement ou prêté par des membres de la famille. A titre d'exemple, ce commerce de très petite taille peut concerner la vente des « diriks », de jupons et des châles, la vente de petits parfums à 200 FD à la « rue des mouches », la production artisanale de limonade ou de glaces, la fabrication d'encens, etc.

...L'entrée proprement dite des femmes dans le « souk » ou dans les quartiers commerciaux de Djibouti passe par une formation sur le tas, avec l'aide de la solidarité féminine. Ainsi, celles qui entrent dans le souk possèdent suffisamment d'expérience dans les affaires et dans les techniques de négociation et de vente : elles maîtrisent déjà le goût et les préférences des consommateurs grâce au fait qu'elles aient exercé plusieurs années au sein des quartiers.

Au niveau interne du ménage, le travail de la femme accroît non seulement le bien-être de la famille par un apport monétaire mais également par l'épanouissement des enfants. En effet, plus la femme amène de l'argent plus son pouvoir de négociation au sein du ménage est important. Ce pouvoir de négociation est en quelque sorte un facteur d'équilibre des forces avec un impact non négligeable sur l'orientation des dépenses entre les filles et les garçons.

D'après l'enquête de terrain menée en 2005 sur les femmes commerçantes de la place Mahmoud Harbi, nombreuses sont les femmes par exemple qui financent les études de leurs filles à l'étranger et ce, en complément du circuit éducatif public.

Tout ceci montre l'extrême dynamisme des femmes commerçantes appelées couramment « charcharis ». Les pouvoirs publics djiboutiens ont mis en place en 2001 « une stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement » afin de faciliter la participation de la femme au développement. En dépit de cette initiative, la culture du pays demeure une contrainte majeure qui ralentit une réelle participation de la femme commerçante au marché du travail. Par ailleurs la réglementation sur l'entreprise (fiscale, sociale, Code des investissements, etc.) inadéquate aux très petites entreprises n'autorise pas le développement des activités des « charcharis ».

...L'intégration des femmes commerçantes dans l'économie nationale...ne pourrait passer que par l'accès facilité aux ressources financières, condition sine qua none, d'une meilleure performance et surtout à leur introduction dans la sphère formelle de l'économie djiboutienne.

Ce faisant, les femmes pourront jouer un rôle actif dans le processus de développement durable du pays.

(D'après, Dr.Souraya Hassan- Directrice du centre de recherche de l'Université de Djibouti)

(Source : La Nation Plus « Cahier mensuel »- Edition n°4- décembre 06)

☞ Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, un important programme de **micro crédit** visant le secteur informel a été mis en place par le Fonds Social de Développement (FSD) en 1999 avec l'aide de la BAD. Ce Fonds contribue grandement à la promotion et aux financements des **activités génératrices des revenus en milieu rural**. Le micro crédit est en effet au cœur de la lutte contre la pauvreté et pour l'émancipation financière des femmes djiboutiennes.

Pour répondre aux besoins des populations démunies, le FSD a signé en 2003 des conventions de financement avec des ONGs, principalement féminines, issues des districts de l'intérieur.

D'autres organismes internationaux (PNUD, OMS, PAM., HCR, FIDA etc.) et des ONGs et associations locales (UNFD, ACP, AFAS, AFFLCP, AFT, ARTA, ATU YOO FAN, DIKHIL etc.) ont mis sur pied des volets micro-crédit orientés majoritairement vers la lutte contre la pauvreté féminine.

### **Le Fonds Social de Développement (FSD) et le Micro-crédit**

Créé en 1999, le FSD contribue à quatre composantes qui sont : 1) la réhabilitation et le renforcement des infrastructures sociales de base ; 2) la sensibilisation des bénéficiaires, des institutionnels, et plus généralement de la population à la lutte contre la pauvreté afin d'internaliser les projets ; 3) le renforcement des capacités de gestion et institutionnelles du pays et la bonnegouvernance (formation, appui à la société civile etc.) afin de mieux garantir la pérennité des acquis des projets ; 4) la promotion des activités génératrices de revenus et de l'emploi grâce à des systèmes de micro-crédits et de micro financement. Les types d'activités financées sont l'artisanat, l'agriculture, la pêche, les services et le petit commerce. Le nombre de bénéficiaires touchés à ce jour s'élève à 2.136 personnes. Les ONG sont au nombre de 15. L'impact socioéconomique du micro-crédit vise : i) l'amélioration des conditions de vie des ménages (augmentation de revenus, contribution aux frais de soins médicaux, scolarisation des enfants etc.) ; ii) la revalorisation du statut des femmes au sein de la communauté et participation à la prise de décision ; iii) le renforcement des liens sociaux et le développement de l'esprit de solidarité entre bénéficiaires.

(Source : Communication à la conférence de suivi-évaluation de la SNIFD- décembre 2006)

Le **projet de développement de la micro-finance et de la micro-entreprise** placé sous la tutelle du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Mer et financé par le FIDA cible en priorité les femmes.

☞ A noter aussi qu'à l'occasion de la tenue du COMESA en novembre 2006 à Djibouti, les premières Dames ont salué l'approbation et l'adoption de la proposition du COMESA sur **l'établissement des maisons de commerce dans la région du COMESA**, structures qui permettront d'enregistrer des résultats positifs en matière de partenariat des femmes dans la région. Ce qui permettra d'améliorer l'accès des femmes aux marchés régionaux, d'augmenter le volume des échanges transfrontaliers et de créer des marchés pour les produits des Etats membres du Comesa... Tout en louant les progrès réalisés par le Comesa dans le cadre des activités relatives à l'émancipation économique des femmes de la région, les premières Dames ont toutefois reconnu qu'il persiste encore de nombreux obstacles à l'accès des femmes aux marchés du Comesa, tels que le manque d'information relative aux opportunités de commerce dans la région, le manque de compétences en matière de gestion des exportations et en ressources financières à l'origine des entraves.

#### **b) Constat et problème**

Au regard de ce qui précède, il se trouve que l'objectif de la lutte contre la pauvreté des femmes est particulièrement mis en danger par le difficile accès des femmes aux ressources financières et par les faiblesses en matière de renforcement de leurs capacités. Ce double obstacle explique l'ampleur des défis à relever qui sont importants dans une situation de carence en mesures institutionnelles dans le domaine économique.

Les femmes djiboutiennes restent des battantes lorsqu'il s'agit d'améliorer leur niveau de vie et leur pouvoir d'achat. La domination du secteur informel par ces dernières témoigne de leur forte volonté de devenir financièrement autonomes.

#### **« ZAMZAM sauvée par le foot et l'artisanat »**

Lorsqu'elle décide de jouer au football, comme ses petits camarades, elle est encore à l'école primaire. Zam-Zam Ali Batoun, née en 1970 à Djibouti, est alors déjà habitée par une furieuse envie de prouver que sur un terrain de foot, la différence de sexe ne signifie rien en termes de capacités physiques et que dans divers domaines, les femmes peuvent faire aussi bien que les hommes. Elle le prouve déjà dans la cour de récré et, un peu plus tard, en s'engageant dans la vie associative. Elle seconde sa mère qui fonde l'association Halgan en 1983, une association dont le siège se trouve au Q7 et qui œuvre dans le domaine de la lutte contre le chômage et pour la solidarité dans le quartier.

Très vite, les membres arrivent ; elles sont déjà plus d'une cinquantaine et commencent en 1984 des activités sportives avec l'aide des fédérations nationales qui leur fournissent ballons et tenues. Le football féminin en est à ses débuts, Zam-Zam participe à sa structuration. Son association s'implique aussi dans le domaine culturel par la coloration d'objets artisanaux (habits et objets de décoration) grâce à l'appui de l'ADETIP qui lui fournit des machines et tissus. Tout au long de ces années, elle s'impliquera avec ses seules ressources dans le sport en tant que joueuse et entraîneur. De sa mère artiste, elle détient un savoir-faire en matière d'artisanat qu'elle essaie de transmettre. Par son ancienneté, l'association commence à peser dans le tissu socioéconomique. En 2006, elle donne son point de vue et apporte sa contribution au Code de la Famille. En 2007, une troupe de danse folklorique, issue de cette association, participe au COMESA. Aujourd'hui à travers un réseau de 10 associations dénommé Hadh iyo Joog, Zam-Zam continue d'agir au Q7. Avec l'aide de quelques partenaires, l'UNICEF, l'ADETIP, l'UNFD et le Ministère de la Promotion de la Femme, Zam-Zam, poursuit inlassablement son effort, mais avoue que ce partenariat qui est surtout un encadrement ne suffit plus. Nous avons besoins d'être aidé dit-elle. « Avec un soutien plus solide, nous pourrions aller plus loin », conclut Zam-Zam l'optimiste.

(Source : La Nation « n°12 du 29/01/07 )

Toutefois, d'après l'étude sur l'état des lieux de la SNIFD, cette volonté est restreinte par l'incapacité des autorités djiboutiennes à mettre en place suffisamment de ressources financières, institutionnelles et autres pour encourager et stimuler l'autonomisation des femmes. Le principal obstacle réside par conséquent dans la rareté de ressources nécessaires. Les services bancaires existant sur la place profitent davantage à une minorité d'entreprises de la sphère formelle. Les mécanismes de micro crédit restent insuffisants face à la masse potentielle de femmes entrepreneurs.

L'autre contrainte de taille découle de l'insuffisance des compétences pour l'encadrement et la gestion des petites activités génératrices de revenus. En effet, l'autonomisation des femmes est contrecarrée par le fort taux d'analphabétisme des femmes. L'absence d'un dispositif réglementaire régissant les micro entreprises et donc la micro finance en général constitue aussi un hiatus à combler au plus vite. Cette situation est d'autant plus inquiétante que les règles encadrant l'entreprise à Djibouti peuvent être qualifiées d'inadéquates. Enfin, le volet sensibilisation et information sur les opportunités d'affaires identifiées au niveau local et régional n'est pas approché comme il devrait l'être.

Sur la problématique de l'amélioration de l'emploi et de la formation professionnelle des femmes, l'étude relève que les résultats atteints sont mitigés. En premier, les rares mesures institutionnelles demeurent très générales et ne touchent pas le fond du problème. Ce constat montre qu'un long chemin reste à parcourir en matière d'amélioration de l'emploi des femmes et leur accès à des niveaux hiérarchiques élevés. Malgré la prise de conscience des hautes sphères décisionnelles, l'obstacle majeur tient au manque d'une politique volontariste qui reflète les contraintes culturelles inertielles. En second lieu, hormis quelques actions ponctuelles, il faut regretter l'absence d'un programme national de formation adapté aux besoins de l'emploi du pays. Le renforcement des compétences professionnelles en vue d'inciter le recrutement des femmes et leur promotion interne est faible.

Des obstacles structurels, coutumiers et institutionnels, en particulier l'élaboration d'un cadre légal adapté aux petits métiers, agissent comme un frein à l'intégration de la femme dans la sphère économique. La lutte contre la pauvreté monétaire des femmes est dépendante du développement du pays et des options arrêtées par la politique. Ce faisant, la rareté des ressources financières dans un tel contexte se pose également comme un obstacle. De même, la formation en techniques de gestion des micro-activités supposant au préalable l'alphabétisation fonctionnelle est incontournable pour renforcer durablement les capacités des djiboutiennes à se prendre en charge.

D'où le problème d'**accès limité des femmes aux opportunités économiques (problème 4)** pour entreprendre, gérer et diriger des affaires.

### c) Causes

Les causes d'accès limité des femmes aux opportunités économiques sont multiples et variées.

Causes immédiates : i) le fort taux d'analphabétisme des femmes (plus de 50%) ; ii) le faible accès aux structures de formation valorisante ; iii) le faible accès à l'information capacitante en tant que citoyenne, productrice, mère et femme ; iv) l'accès difficile aux crédits ; v) l'accès difficile aux facteurs de production et aux ressources ; vi) l'accès difficile à l'emploi ; vii) le manque d'information et de communication ; etc.

Causes sous-jacentes : i) la faiblesse de la scolarisation des filles ; ii) l'abandon scolaire ; iii) les méthodes d'alphabétisation peu motivantes ; iv) le manque de confiance en soi ; v) le peu d'opportunités d'éducation alternative ; vi) le mariage et grossesse précoces ; vii) la surcharge de travail ; viii) les supports et stratégies de communication inadéquates ; ix) les difficultés d'accès à la terre ; x) le faible contrôle par les femmes des fruits de leur travail ; xi) la non responsabilisation de la femme dans le domaine économique en milieu rural ; xii) la valorisation de l'image de la femme comme mère et épouse, pas comme productrice ; xiii) la faible disponibilité monétaire ; xiv) la précarité de l'emploi ; xv) le faible pouvoir de négociation sur le marché de l'emploi ; xvi) le manque de programmes radio en langues nationales aux préoccupations et aux problèmes de la femme ; xvii) le faible accès des femmes à l'information ; etc.

Causes fondamentales : i) l'idéologie dominante sur le rôle de la femme ; ii) l'environnement culturel et pesanteurs sociologiques ; iii) la perception du garçon comme futur générateur de revenus pour la famille et la sécurité sociale des parents ; iv) l'influence du contexte religieux et culturel défavorable à la femme ; v) la division défavorable du travail selon le genre ; vi) la faible prise en compte de l'aspect genre dans les politiques et programmes de formation et d'information ; vii) la faiblesse relative de la politique de l'Etat à l'égard des femmes ; viii) la faiblesse des politiques et actions pour l'allègement du travail des femmes ; ix) l'insuffisance des politiques et réalisations pour renforcer les capacités des femmes ; x) la survivance des stéréotypes de la femme ; etc.

## 3.5 – Femmes, politique et sphère de décision

### *Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*

<b>Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>
<b>Cible 4</b>
• Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2015 si possible, et à tous les niveaux d'enseignement en 2015 au plus tard
<b>Indicateur</b>
• <i>Proportion de sièges occupés par des femmes au Parlement national</i>

#### a) Situation et tendances

Depuis le début des années 2000, de nombreuses nominations de personnalités féminines sont intervenues.

Par la suite, en 2002 le Gouvernement a mis en place un système de quota dans les fonctions électives et dans la fonction publique, réservant désormais au moins 10% des postes à responsabilité dans l'Administration et les entreprises publiques.

**Loi n° 192/AN/02/4<sup>ème</sup> L instituant le système de quota  
dans les fonctions électives et dans l'Administration de l'Etat**

Article 1 : Il est institué à titre transitoire en République de Djibouti un système de quota dans les fonctions électives et dans l'administration de l'Etat. Le quota est une mesure d'action positive visant chaque citoyen sans distinction aucune de prendre part à la direction des affaires publiques soit directement soit par l'intermédiaire de représentants élus (es).

Article 2 : Lors des élections législatives, les partis politiques présentant des listes de candidats devront faire figurer sur leurs listes une proportion de l'un ou de l'autre sexe équivalente **au moins à 10%** des sièges à pourvoir.

Article 3 : Les voies et moyens en vue d'atteindre une représentation proportionnelle de l'un ou de l'autre sexe d'au moins 10% dans les emplois supérieurs de l'Etat seront déterminés par un décret pris en Conseil des Ministres.

(Source : extrait du texte de loi 192/AN/02/4<sup>ème</sup> L)

Ainsi, dans la sphère politique, outre la nomination de deux femmes au poste de Ministres déléguées, l'application de cette loi a permis, en janvier 2003, l'élection de 7 femmes au Parlement sur 65 députés au total, ainsi que l'accès de nombreuses femmes professionnelles à des fonctions administratives valorisantes.

Malgré les réticences des plus conservateurs, Djibouti a placé une femme au poste prestigieux qu'est la Présidence de la Cour Suprême. Cette nomination traduit une volonté forte de promouvoir le statut de la femme djiboutienne dans le strict respect de l'Etat de droit. L'article 29 de la Constitution stipule « *qu'en cas de vacance de la Présidence de la République pour quelque cause que ce soit...l'intérim est assuré par le Président de la Cour Suprême* ». Même si la femme ne peut être candidate à la Présidence, on mesure l'importance de la nomination d'une femme à ce poste.

D'autres femmes occupent des postes de direction comme par exemple la direction de la santé de la mère et de l'enfant, la direction de la pharmacie nationale d'approvisionnement, celle de l'habitat et de l'aménagement du territoire, de l'imprimerie nationale ou des relations multilatérales.

Le corps de métier dans lequel les femmes sont les plus représentées est celui de la magistrature où 52% des postes relevant des instances judiciaires sont occupées par des Djiboutiennes, deux d'entre elles sont avocates et douze magistrats.

Par ailleurs, de plus en plus de Djiboutiennes, membres d'associations et d'ONG locales sont associées et encouragées à prendre part aux prises de décision et aux discussions lors des conférences internationales, régionales et aux cours des réunions nationales.

Par ailleurs, 21 femmes sont présentes au sein du Comité central du parti RPP (Rassemblement Populaire pour le Progrès) présidé par Président de la République. En 2006, dans le cadre de la décentralisation, des femmes ont été également élues aux postes d'adjointes au Maire des communes dans Djibouti-ville et dans les différents districts du pays. Au niveau local, Djibouti compte désormais « une chef de quartier » et six femmes adjointes au chef de quartier. Huit d'entre elles sont membres des Conseils régionaux.

☞ A noter aussi qu'à l'occasion de la tenue du Comesa en novembre 2006 à Djibouti, les Chefs d'Etat de la région ont adopté, pour sa mise en œuvre, la Déclaration solennelle de l'Union Africaine sur la parité de sexe dans la sphère politique et de la prise de décision.

## **b) Constat et problème**

☞ Lors de la conférence de suivi-évaluation de la stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement en décembre 2006, il a été constaté que dans les fonctions électives et dans l'administration de l'Etat, le système de quota de 10% de femmes n'est pas toujours respecté. Dans ce sens, le rapport de l'atelier de réflexion relatif à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement de mars 2006 souligne que : «... *l'entrée des femmes dans l'arène politique est certes une réalité. Cependant, il importe de ne pas perdre de vue que les femmes se heurtent, à de nombreux obstacles sur le chemin de la participation politique : des obstacles d'ordre relationnel et socioculturel (résistances au sein du foyer, de la famille, de l'environnement social, attitude défensive des hommes, de la société, des autres femmes), des obstacles dus à la rareté des ressources disponibles (manque de moyens, de contacts et de connaissances), et des obstacles d'ordre psychologique (manque de confiance). Sur le plan institutionnel, les partis politiques apportent peu de soutien à l'émergence des femmes en politique. D'un côté, ils s'appuient sur les associations féminines pour mobiliser l'électorat féminin, de l'autre, ils se soucient peu de la promotion des femmes candidates à des postes électifs en tête des listes électorales ou au sein des partis.* ».

Au niveau politique, les risques de discordance ou même de conflit entre l'intérêt public et l'intérêt privé, entre les lois qui gèrent la sphère publique et les droits et devoirs des citoyens hommes ou femmes et celles qui concernent la sphère privée (la famille) existent toujours. L'absence de suivi dans la mise en œuvre des Conventions internationales ratifiées par le pays entrave énormément l'intégration réelle des femmes dans le développement. La réalité ne correspond pas toujours au discours politique et à la loi, car la non-application des textes en matière d'équité et d'égalité de chance devant les opportunités restent encore chose courante dans l'administration.

Au niveau des mentalités individuelles, l'analphabétisme et l'ignorance des droits fondamentaux constituent encore chez les femmes l'handicap majeur quand à leur habilitation. La vulgarisation et l'application du nouveau Code de la Famille font apparaître des incompréhensions et même des frustrations chez les hommes, notamment en matière de pension alimentaire. Dans les communautés socialement défavorisées, les principes et les enseignements de l'Islam sont toujours mal interprétés et pénalisent l'habilitation de la femme dans la société et dans la famille.

Au niveau économique et social, la pauvreté, parfois extrême, des femmes et la division inégale du travail et des responsabilités dans le foyer entraînent le désintérêt des femmes pour les responsabilités dans les affaires publiques. L'organisation sociale et économique des responsabilités au niveau du foyer, qui privilégie le rôle du garçon dans la communauté et dans la société, existe encore.

Autrement dit, en matière de participation de la femme dans la sphère politique et à la prise de décision, les facteurs socioculturels restent, dans la pratique, encore parmi les principales causes des disparités de genre. D'où **le problème de statut social, culturel et juridique défavorable de la femme (problème 5).**

## **c) Causes**

Les causes en défaveur du statut social, culturel et juridique de la femme sont :

Causes immédiates : i) l'existence de dispositions juridiques discriminatoires ; ii) la non-application des textes ; iii) les pratiques discriminatoires dans la vie quotidienne ; iv) le conflit entre l'intérêt public et l'intérêt privé ; etc.

Causes sous-jacentes : i) l'accaparement des instances de décision politique par les hommes ; ii) le manque de disponibilité des femmes par rapport aux charges publiques ; iii) la faible prise en compte de la question genre au niveau des actions de développement ; iv) la méconnaissance de leurs droits et des textes par les femmes et les hommes ; v) les difficultés liées à l'opportunités des poursuites ; vi) la complexité des règles de procédure juridique ; vii) le manque de ressources des femmes ; viii) la non-utilisation des services publics ; ix) le faible pouvoir économique des femmes ; x) l'indisponibilité des femmes liées aux maternités ; xi) le très faible accès aux facteurs de production ; xii) les pratiques redistributives qui empêchent les femmes d'accumuler et d'investir ; xiii) la pratique de la polygamie ;

xiv) le statut traditionnel défavorable ; xv) la défense des avantages acquis par les hommes ; xvi) la faible mobilité des femmes ; xvii) les femmes qui continuent à supporter les charges de travail inévitables ; xviii) le faible niveau d'éducation et de formation des femmes ; etc.

Causes fondamentales : i) la faible prise en compte de la dimension genre dans les programmes gouvernementaux ; ii) les stéréotypes et préjugés sexistes hérités de la culture et de la religion ; iii) l'absence d'une culture de droits fondamentaux ; iv) l'idéologie dominante en faveur de la discrimination ; v) la marginalisation des femmes par rapport aux enjeux économiques ; vi) l'analphabétisme ; etc.



*(Photo 9 : femme âgée - Unicef)*

## 4 - Situation des enfants

La République de Djibouti a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) le 06 décembre 1990, c'est à dire aussitôt après le Sommet mondial des enfants qui s'est tenu à New York en septembre 1990. Pendant la décennie 1990-2000, malgré l'éclatement d'un conflit interne armé (1991-1994), plusieurs initiatives louables ont été entreprises en faveur des enfants. Ces initiatives ont été consignées dans le rapport initial sur la mise en œuvre de la Convention présenté au Comité des droits de l'enfant à Genève en 1998.



*(Photo 10 : Fille scolarisée – Unicef)*

En mai 2002, lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée aux enfants, Djibouti a de nouveau réaffirmé son engagement à promouvoir et à sauvegarder les droits des enfants et s'est engagé à créer un Monde Digne des Enfants (MDE).

Djibouti a par ailleurs intégré les priorités, objectifs et stratégies du Plan d'action pour un Monde digne des enfants (MDE) issu des Nations Unies dans les documents nationaux de programmation sectorielle.

Ainsi, les actions entreprises en faveur des enfants (politiques, stratégies, plan d'action quinquennaux, exécution de programmes et projets, mesures juridiques, mobilisation sociale) se sont multipliées et diversifiées avec le concours des partenaires au développement et la participation de la société civile.

## 4.1 – La petite enfance (0 – 5 ans)

### ☞ **Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

<b>OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>
<b><u>Cible 5</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</li> </ul>
<b><u>Indicateur</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</li> <li>• Taux de mortalité infantile</li> <li>• Proportion d'enfants de un an vaccinés contre la rougeole</li> </ul>

### ☞ **Ce que visent les objectifs du plan d'action pour un Monde Digne des Enfants (MDE)**

<b>Priorité MDE 1 - Promouvoir une vie meilleure et saine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire d'un tiers au moins le taux de mortalité des nourrissons et des moins de 5 ans et diminuer ce taux de deux tiers d'ici à 2015</li> <li>• Réduire d'un tiers au moins les taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans et surtout de moins de 2 ans et d'un tiers au moins les taux d'insuffisance pondérale à la naissance</li> <li>• Elaborer et mettre en œuvre des politiques et des mesures nationales en faveur de la petite enfance et du développement intégral de l'enfant</li> </ul>
<b>Priorité MDE 2 - Offrir une éducation de qualité</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etendre et améliorer l'éducation et les soins complets en faveur de la petite enfance et enfants vulnérables et défavorisés</li> </ul>

#### a) **Situation et tendances**

Au vu des objectifs du Millénaire (OMD) et ceux du plan d'action (MDE) les résultats de l'EDIM-2006 montrent que des efforts louables ont été entrepris par les autorités du pays en faveur de la petite enfance.

☞ En 2006, **le taux de mortalité infantile** est estimé à 67 pour mille chez les enfants sédentaires du pays. Le sexe a une grande importance sur ce taux ; 76 pour mille pour les garçons contre 58 pour mille pour les filles. Le milieu de résidence est aussi un déterminant de la mortalité infantile : 68 pour mille chez les enfants vivants en milieu urbain contre 54 pour mille pour ceux vivants en milieu rural.

**Le taux de mortalité infanto-juvénile** est estimé à 94 pour mille, et comme pour le taux de mortalité infantile, le sexe (103 pour mille chez les garçons contre 81 pour mille chez les filles) et le milieu de résidence (95 pour mille en milieu urbain et 73 pour mille en milieu rural) sont des déterminants de son niveau.

**Tableau 18 : Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile**

	<b>Taux de mortalité infantile</b>	<b>Taux de mortalité infanto-juvénile</b>
<b>Sexe</b>		
Masculin	76 pour mille	103 pour mille
Féminin	58 pour mille	81 pour mille
<b>Milieu</b>		
Urbain	68 pour mille	95 pour mille
Rural	54 pour mille	73 pour mille
<b>Total</b>	<b>67 pour mille</b>	<b>94 pour mille</b>

(Source : EDIM-2006)

La comparaison des données de l'enquête EDSF/PAPFAM-2002 et celles des résultats de l'EDIM-2006 montre que sur la période 2002-2006 les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont connu une baisse significative.

**Tableau 19 : Comparaison de taux de mortalité infantile et infanto-juvénile 2002-2006**

Mortalité infantile	EDSF/PAPFAM-2002	EDIM-2006
Taux de mortalité moins de 5 ans	129,1 pour mille	94 pour mille
Taux de mortalité infantile	103,1 pour mille	67 pour mille

(Source : EDAM/PAPFAM-2002 et EDIM-2006)

☛ **Sur le plan de l'enregistrement des naissances**, le droit de chaque enfant à être inscrit sur le registre national d'acte d'état civil étant stipulé dans la Convention des Droits de l'Enfant, l'Unicef en collaboration avec le Ministère de la Promotion de la femme et le Ministère de l'Intérieur a entrepris une enquête sur l'enregistrement des enfants à la naissance dans le but de connaître le nombre et la localisation des enfants djiboutiens âgés de 0 à 18 ans et non titulaires d'un acte d'état civil. L'enquête a couvert l'ensemble du pays et s'est déroulée entre novembre et décembre 2004. Elle a permis de révéler les déterminants de la propension à déclarer une naissance par les chefs de ménages tels que le niveau d'éducation, l'âge, la zone de résidence et le district. Les obstacles empêchant les parents à déclarer la naissance de leurs enfants ont été mis en exergue. Il ressort de cette enquête que des milliers de Djiboutiens n'ont pas de pièces d'état civil, parmi lesquels on dénombre plus de 50% âgés de 0 à 25 ans.

Cette enquête semble avoir porté ses fruits puisque les données statistiques de l'EDIM révèlent que pour les enfants de moins de cinq ans, 89,2 % des naissances ont été enregistrées en 2006 et il n'existe aucune variation significative de l'enregistrement des naissances en termes de sexe, de district, de lieu de résidence, d'âge ou de niveau d'instruction de la mère comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 20 : Répartition en % des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons du non-enregistrement**

Sexe District Milieu	La naissance est enregistrée	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois	La naissance n'a pas été enregistrée parce que :						
			Coût élevé	Lieu trop loin	Ne savait pas que l'enfant devrait être enregistré	Il était tard et ne voulait pas payer d'amende	Ne savait pas où faire l'enregistrement	Autre	Ne sait pas
<b>Sexe</b>									
Masculin	90,6	1.196	22,2	19,5	4,0	0,0	8,0	33,7	9,4
Féminin	87,5	1.049	29,2	18,0	3,3	5,0	9,1	28,1	6,0
<b>District</b>									
Djibouti	89,0	1.918	26,8	13,3	3,4	3,1	9,4	33,7	8,0
Autres districts	89,8	327	20,6	54,2	5,1	0,0	3,2	10,7	6,2
<b>Milieu</b>									
Urbain	89,5	2.151	26,5	14,6	3,9	2,9	9,1	32,7	8,0
Rural	81,5	94	19,5	73,4	0,0	0,0	2,0	3,4	1,7
<b>Total</b>	<b>89,2</b>	<b>2.245</b>	<b>26,0</b>	<b>18,7</b>	<b>3,6</b>	<b>2,7</b>	<b>8,6</b>	<b>30,7</b>	<b>7,6</b>

(Source: EDIM-2006)

Pour les enfants des districts, la situation que reflète les données semble essentiellement due à la proportion relativement importante de mères qui estiment que le lieu d'enregistrement est trop loin. Pour les cas de naissances non enregistrées, l'ignorance de l'enregistrement ou de lieu ne semblent pas être les raisons principales.

☛ **Sur le plan nutritionnel**, l'enquête EDSF/PAPFAM-2002 a indiqué que le taux de prévalence de la malnutrition aiguë était de 17,9% pour les cas modérés et de 7,5% pour les cas sévères, et il était nettement plus élevé parmi les enfants âgés de 6 à 9 mois (43,4%) et de 10-11 mois (48,2%) en rapport avec un sevrage mal conduit ou une pratique insuffisante de l'allaitement maternel. Quant au taux de malnutrition chronique (retard de croissance), il était de 23% pour les cas modérés et 8,9% pour les cas sévères.



(Photo 11 : Mesure du poids d'un enfant – Unicef)

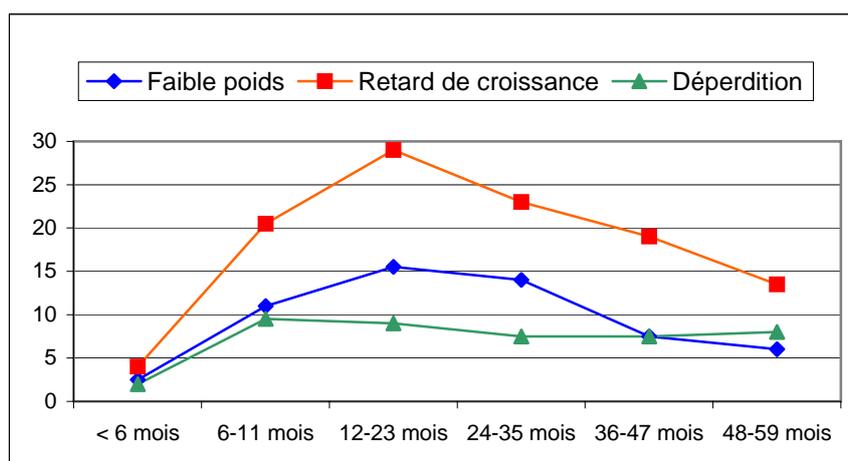
**Tableau 21 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois modérément ou sévèrement mal nutris**

Sexe District Milieu	Poids pour âge		Taille pour âge		Poids pour taille		
	% au-dessous de	% au-dessous de	% au-dessous de				
	- 2 SD*	- 3 SD*	- 2 SD**	- 3 SD**	- 2 SD***	- 3 SD***	+ 2 SD
<b>Sexe</b>							
Masculin	30,8	11,1	34,1	21,7	21,2	8,2	9,5
Féminin	26,8	9,4	30,7	17,4	20,2	6,7	11,1
<b>Districts</b>							
Djibouti	26,7	8,8	31,1	18,7	19,2	6,7	10
Autres districts	44,2	20,5	42,8	27,2	31,5	12,9	11,6
<b>Milieu</b>							
Urbain	28,3	10	32,1	19,5	20,2	7,3	10,1
Rural	45,5	17,2	43,5	26,8	35,1	12	12,1
<b>Total</b>	<b>28,9</b>	<b>10,3</b>	<b>32,6</b>	<b>19,7</b>	<b>20,7</b>	<b>7,5</b>	<b>10,2</b>

(Source: EDIM-2006)

Les données de l'EDIM-2006 montrent que plus d'un enfant de moins de cinq ans sur 4 vivant dans le pays est modérément maigre (28,9%), contre 10,4% pour la catégorie des enfants sévèrement maigres, c'est à dire a un poids insuffisant. 32,6% des enfants ont un retard de croissance ou sont trop courts par rapport à leur âge, alors que 20,7% ont une déperdition ou sont trop maigres pour leur taille. En termes d'âge, le pourcentage de malnutrition est plus élevé chez les enfants de 12-23 mois que chez les tranches d'âge inférieures ou supérieures, comme le montre le graphique suivant :

**Graphique 2 : Pourcentage d'enfants mal nutris**



(Source: EDIM-2006)

Cette tendance correspond à l'âge où beaucoup d'enfants sont sevrés du lait maternel et exposés à la contamination due à l'eau, aux aliments et à l'environnement.

☞ Autrement dit, la comparaison des résultats de 2002 à ceux de 2006 révèle que **la situation de l'état nutritionnel des enfants dans le pays s'est détériorée.**

**Tableau 22 : Evolution de l'état nutritionnel des enfants entre 2002 et 2006**

Etat nutritionnel	EDSF/PAPFAM-2002	EDIM- 2006
Prévalence de l'insuffisance de poids	26,8 %	28,9 %
Prévalence de retard de croissance	23,0 %	32,6 %
Prévalence de la malnutrition aiguë des cas modérés	17,9 %	20,7 %
Prévalence de la malnutrition aiguë des cas sévères	5,9 %	7,5 %

(Source EDAM/PAPFAM-2002 et EDIM-2006)

Cette situation s'explique par le fait que jusqu'en 2004 aucun programme de nutrition (ni politique, ni stratégie nationale) n'existait à Djibouti, et les rares centres de récupération nutritionnelle souffraient d'une insuffisance d'expertise et de moyens pour prendre en charge les enfants et les femmes mal nourris et assurer leur suivi. Une revue des statistiques de l'Hôpital général Peltier révélait qu'un enfant sur 5 admis pour malnutrition décédait (soit 20% des causes de décès.)

D'où le projet de prise en charge intégrée des maladies des enfants (PCIME) lancé par l'Unicef en 2004 dont l'objectif général visait à contribuer à la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile par : i) l'augmentation de la couverture vaccinale des 6 antigènes ; ii) l'augmentation à 80% de l'accès au traitement correct des cas de maladies diarrhéiques et d'infections respiratoires aiguës (IRA) ; iii) l'augmentation de l'accès aux services d'information et de conseils adéquats en matière de nutrition. Ainsi, environ 55% des 8.648 enfants de 2 à 55 mois, vus en consultation, souffraient de dénutrition. Ils ont été pris en charge par le projet PCIME dans 8 centres de santé de Djibouti-ville.

☞ **En ce qui concerne l'allaitement maternel**, l'EDIM-2006 affichent des taux nettement inférieurs aux taux recommandés. Le tableau ci-dessus représente l'allaitement exclusif des nourrissons pendant les six premiers mois (en tranches séparées de 0-3 mois et 0-6 mois) ainsi que l'alimentation complémentaire des enfants de 6-9 mois et la poursuite de l'allaitement chez les enfants de 12-15 mois et 20-23 mois.

**Tableau 23 : Pourcentage d'enfants vivants selon le statut d'allaitement maternel à différents groupes d'âge**

Sexe Districts Milieu	Enfants de 0-3 mois	Enfants de 0-5 mois	Enfants de 6-9 mois	Enfants de 12-15 mois	Enfants de 20-23 mois
	Pourcentage allaitement maternel exclusif	Pourcentage allaitement exclusif	Pourcentage d'enfants recevant le lait maternel et des aliments solides et semi solides (purée)	Pourcentage allaitement maternel	Pourcentage allaitement maternel
<b>Sexe</b>					
Masculin	3,8	2,5	25,6	51,9	14,8
Féminin	0,0	0,0	20,1	55,8	22,4
<b>District</b>					
Djibouti	2,4	1,5	24,1	53,0	18,4
Autres districts	0,0	0,0	11,7	59,2	17,9
<b>Milieu</b>					
Urbain	2,1	1,3	23,8	53,6	18,3
Rural	0,0	0,0	4,0	49,7	21,0
<b>Total</b>	<b>2,0</b>	<b>1,3</b>	<b>23,1</b>	<b>53,5</b>	<b>18,4</b>

(Source- EDIM-2006 : l'état d'allaitement maternel est basé sur les déclarations de la mère/tutrice de l'enfant concernant la consommation en aliments et de bouillies au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête)..

En effet, seulement 3,3% des enfants âgés de moins de six mois sont exclusivement nourris au lait maternel. A l'âge de 6-9 mois, 23,1% des enfants reçoivent du lait maternel et des aliments solides et semi-solides. Avant l'âge de 12-15 mois, 53,5% des enfants continuent de téter le lait maternel. Avant 20-23 mois, 18,4% sont toujours allaités au sein.

**L'allaitement exclusif** est plus probable chez les garçons que chez les filles, tandis que l'apport d'aliments complémentaires à temps est plus élevé chez ces dernières. A noter que l'allaitement exclusif fait référence aux nourrissons qui n'ont reçu que du lait maternel et des vitamines avec des compléments minéraux ou des médicaments.

Si on compare les résultats de 2002 à ceux de 2006, on remarque que la situation sur le plan de l'allaitement maternel s'est plutôt améliorée, ce qui atteste que les efforts du pays en matière de conseils adéquats et d'administration en vitamine A aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes allaitantes dans le cadre du PCIME ont commencé à porter leurs fruits.

**Tableau 24 : Evolution de l'allaitement maternel des enfants entre 2002 et 2006**

Allaitement maternel	EDSF/PAPFAM-2002	EDIM- 2006
Taux d'allaitement exclusif	0,6 %	1,3%
Taux d'allaitement continu	47,8 %	53,5 %
Taux d'alimentation complémentaire	22 %	23,1 %

(Source EDAM/PAPFAM-2002 et EDIM-2006)

☛ **Sur le plan de la couverture vaccinale**, des campagnes de vaccination sont régulièrement menées chaque année dans le pays par le Ministère de la santé en coopération avec l'OMS et l'Unicef.



(Photos 12 et 13 : Campagne de vaccination – Unicef)

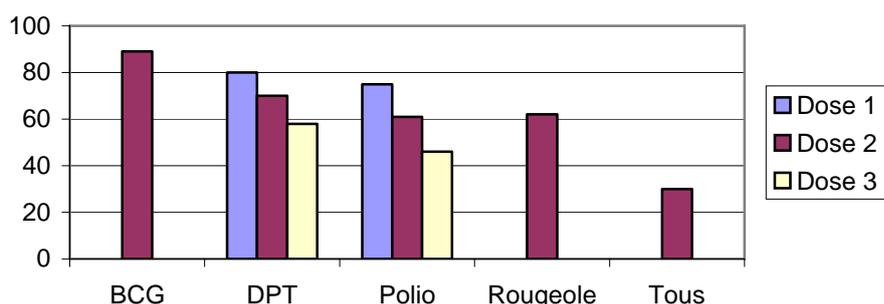
**Tableau 25 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant leur premier anniversaire**

Vaccins	Carnet de Vaccination	Déclaration de la mère	Total Enfants vaccinés avant l'enquête	Vacciné avant l'âge de 12 mois
BCG	46,4	41,1	87,5	87,5
DTC 3	44	17,2	61,2	56,8
Polio 3	43,4	5,9	49,3	46,2
Rougeole	36,0	36,1	72,1	65
<b>Tous</b>	<b>35,2</b>	<b>4,3</b>	<b>39,6</b>	<b>32,2</b>
Aucun	0,0	10,5	10,5	10,5
Nombre d'enfants de 12-23 mois	450	450	450	450

(Source EDIM-2006 : les données sont basées sur des informations issues du carnet de vaccination, et dans le cas où le carnet n'est pas disponible, sur la déclaration de la mère ou de la personne ayant en charge de l'enfant).

Ces résultats révèlent que 87% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu le vaccin **BCG** avant 12 mois, tandis que 80,7% ont pris la première dose de **DTC**. Pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doses, le pourcentage baisse respectivement à 70,4% et à 56,8% comme le montre le graphique suivant :

**Graphique 3: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés avant l'âge de 12 mois**



(Source : EDIM-2006)

De même, 75,9% des enfants ont reçu le vaccin **polio 1** avant l'âge de 12 mois, mais ce taux baisse à 63,2% pour le **polio 2** et à 46,2% pour la 3<sup>ème</sup> dose. La couverture contre **la rougeole** avant 12 mois, quant à elle, est de 63,8%.

En somme, avant EDIM-2006, 39,6% des enfants ont reçu la totalité des vaccins recommandés, mais ce taux baisse à 32,2% seulement pour les enfants ayant pris la totalité avant leur premier anniversaire.

On constate toutefois que le pourcentage des enfants de 12-23 mois entièrement vaccinés avant l'âge de 1 an, par comparaison à celui de EDSF/PAPFAM 2002, s'est progressivement amélioré puisqu'il passe de 12,3 % en 2002 à 38,6 % en 2006.

**Tableau 26 : Progrès réalisés en matière de vaccination entre 2002-2006**

Vaccination	EDSF/PAPFAM-2002	EDIM- 2006
Couverture vaccinale contre la tuberculose	76,5%	87,5 %
Couverture vaccinale contre la polio 3	39,2 %	56,0 %
Couverture vaccinale contre la DTC 3	55 %	45,8 %
Couverture vaccinale contre la rougeole	58,1 %	63,8 %
Enfants entièrement vaccinés	<b>12,3 %</b>	<b>32,2 %</b>

(Source EDAM/PAPFAM-2002 et EDIM-2006)

Cette évolution positive est due au projet PCIME mis en place au niveau de toutes les structures de santé et ayant aussi pour objectif d'augmenter la couverture vaccinale des 6 antigènes du Programme élargi de vaccination (PEV) de 49% à 80% à l'échelle du pays, de contribuer à l'éradication de la poliomyélite et d'améliorer la gestion des vaccins à tous les niveaux.

En ce qui concerne l'initiative **d'éradication de la poliomyélite** entreprise en 1999, elle est entrée dans une phase décisive puisque aucun cas de polio n'a été enregistré depuis cette date sur le territoire national. Près de 95% des enfants de moins de cinq ans y ont été vaccinés depuis.

☛ En ce qui concerne **le traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie**, les résultats de l'EDIM sont les suivants :

**Tableau 27 : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique**

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique	
<b>Sexe</b>	
Masculin	42,9
Féminin	42,0
<b>District</b>	
Djibouti	41,8
Autres districts	49,5
<b>Milieu</b>	
Urbain	42,9
Rural	19,7
<b>Total</b>	<b>42,5</b>

(Source : EDIM-2006)

Il ressort que 42,5% des enfants de moins de 5 ans suspectés de **pneumonie** ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le pourcentage est largement inférieur chez les enfants résidant en milieu rural

S'agissement de la protection des enfants contre **le paludisme**, seulement 9% d'entre eux dormaient sous une moustiquaire avant l'enquête EDIM, et 1,3% sous une moustiquaire imprégnée.

**Tableau 28 : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant dormi sous une moustiquaire traitée la nuit précédente**

	Pourcentage d'enfants qui :				
	Ont dormi sous une moustiquaire	Ont dormi sous une moustiquaire traitée	Ont dormi sous une moustiquaire mais on ne sait pas si elle est traitée	On ne sait pas s'ils ont dormi sous une moustiquaire	N'ont pas dormi sous une moustiquaire
<b>Sexe</b>					
Masculin	8,7	1,2	7,5	0,3	91,0
Féminin	9,4	1,4	8,1	0,7	89,8
<b>Districts</b>					
Djibouti	7,2	1,1	6,0	0,5	92,3
Autres districts	19,9	2,2	17,7	0,7	79,4
<b>Milieu</b>					
Urbain	9,1	1,3	7,8	0,5	90,4
Rural	7,7	0,7	7,0	1,1	91,2
<b>Total</b>	<b>9,0</b>	<b>1,3</b>	<b>7,7</b>	<b>0,5</b>	<b>90,5</b>

(Source : EDIM-2006)

Par ailleurs, seulement 5,9% des enfants ont été atteints de **fièvre**. Les résultats de l'EDIM montre que la fièvre est moins fréquente chez les enfants dont la mère a fait des études secondaires ou supérieures (4,6%) par rapport à ceux dont la mère est moins scolarisée. Au total, 9,5% des enfants atteints de fièvre ont été traités avec un médicament antipaludéen approprié et 2,9% ont reçu ces médicaments dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes. On constate aussi que la prévalence du paludisme est peu élevée chez les enfants atteints de fièvre (5,9%).

**Tableau 29 : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement anti-paludéen**

	A eu une fièvre dans les 2 dernières semaines	Tout anti-paludéen approprié	Tout traitement anti-paludéen approprié dans les 24 heures
<b>Sexe</b>			
Masculin	5,6	2,3	1,7
Féminin	6,3	16,8	4,1
<b>District</b>			
Djibouti	6,3	9,4	2,7
Autres districts	3,5	10,6	4,7
<b>Milieu</b>			
Urbain	6,1	9,6	2,9
Rural	1,6	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>5,9</b>	<b>9,5</b>	<b>2,9</b>

(Source : EDIM-2006)

**Tableau 30 : Evolution du traitement antipaludéen et de la pneumonie entre 2002-2006**

Traitement antipaludéen et de pneumonie	EDSF/PAPFAM-2002	EDIM- 2006
Traitement antibiotique / pneumonie	35,3%	42,5 %
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée	ND	1,3%
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	ND	9,0 %
Traitement antipaludéen	ND	9,5 %

(Source EDAM/PAPFAM-2002 et EDIM-2006)

☛ A noter que dans le cadre de son programme Survie et le développement de l'enfant, l'Unicef a distribué des moustiquaires traitées à l'insecticide et fourni des soins prénatals pendant ses campagnes de vaccination systématique. Depuis 2002, cette approche intégrée en matière de santé des enfants et des femmes par combinaison de services et d'activités qui s'est révélée particulièrement efficace, a permis de faire baisser les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile.

☛ Sur tout un autre registre, **l'éducation de la petite enfance reste facultative**. L'enseignement préscolaire est essentiellement dispensé par le secteur privé qui ne scolarise qu'un très faible pourcentage d'enfants issus des milieux aisés. On compte 6 écoles privées reconnues par le Ministère de l'éducation nationale dans Djibouti-ville seulement (Eglise protestante, Farandole, la Nativité, Guelleh Batal, Ileys et UNFD).



(Photo 14 : Éducation de la petite enfance – Unicef)

**Tableau 31 : Evolution de la population de l'enseignement préscolaire dans le secteur privé**

Années	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Garçons	46	158	254	256	226	387
Filles	125	158	242	234	235	348
<b>Total</b>	171	316	496	490	461	735

(Source : Ministère de l'éducation nationale –2006)

Toutefois, 4 écoles publiques ont été créées à titre expérimental dans les districts de Dikhil, Tadjourah et Obock pour les enfants de 5 ans scolarisant au total 208 enfants en 2006 (Source annuaire Statistique de l'éducation-2006).

De son côté, le Ministère de la promotion de la femme a défini en 2005 **une politique nationale du développement intégral de la petite enfance (PNDIPED)**. Un plan d'action a été élaboré pour la période 2006-2010. Il s'articule autour de quatre axes majeurs : i) le renforcement du cadre de protection du jeune enfant ; ii) le plaidoyer et la mobilisation pour la mise en œuvre de la politique ; iii) la généralisation de l'enseignement préscolaire ; iv) la prise en charge intégrée de la femme et du jeune enfant.

L'Unicef a porté son appui au développement du préscolaire en soutenant la mise en place d'une classe pilote et en amenant le Ministère de l'éducation nationale à structurer une stratégie plus engagée sur le préscolaire au niveau national et qui s'intègre dans le cadre de la PNDIPED.

Quant au **secteur non formel**, il reste très peu développé à Djibouti. Seules quelques associations et ONGs comme par exemple « Bender-Djedid » et « Al-Biri » commencent à s'y intéresser.

#### **La contribution de l'ONG Bender Djedid au développement de la petite enfance**

La contribution de l'ONG Bender Djedid au développement de la petite enfance se caractérise par : i) la construction d'une école maternelle qui va bientôt fêter ses dix ans (possibilités d'accueil 100 élèves) ; ii) la création d'un centre médical au sein de son siège pouvant apporter les premiers soins aux enfants en difficulté ; iii) l'appui apporté aux enfants orphelins (vivres, vêtements, fournitures scolaires...)

Plus de 600 enfants, dont plus de 50% de filles âgées de 3 à 5 ans, ont pu bénéficier d'une formation de qualité à la maternelle de Bender Djedid. Depuis sa création en septembre 1997, les effectifs élèves sont en continuelle augmentation. A titre d'exemples 89 enfants sont inscrits cette année...

L'installation d'une antenne TV permet aux enfants de suivre sur le petit écran des dessins animés correspondants à leur âge. Les enseignantes saisissent ces moments de détente mais aussi d'apprentissage pour expliquer aux enfants le monde environnant et font travailler également leur imaginaire. Les missions de l'école maternelle de Bender Djedid sont claires : i) favoriser le développement global de l'enfant Djiboutien ; ii) lui offrir les apprentissages de base favorisant son autonomie et son épanouissement ; iii) l'ancrer dès son plus jeune âge dans son milieu socio-culturel ; iv) le préparer au cycle primaire.

L'organisation possède ses propres locaux, ce qui présente un atout considérable lui permettant d'augmenter au besoin ses capacités d'accueil en fonction des demandes... Pour l'heure, trois salles de classes, très bien équipées, sont fonctionnelles. La cour offre aux élèves un espace de 300 m2 très bien aménagée et une véranda protégée contenant toute sortes de jeux (balançoires, toboggan, piscine...). Les élèves évoluent dans un environnement propre et pédagogiquement sécurisant. Leurs acquis scolaires sont globalement satisfaisants avec un début d'initiation aux deux langues officielles du pays l'arabe et le français, ce qui leur permet un passage sans heurts du préscolaire au primaire...

(Source : Bulletin trimestriel de l'ONG Bender Djedid - 2007)

### **Association Al-Biri**

Fondée le 11 avril 1994 à Djibouti ville

#### **♦ Objectifs Principaux**

Jouer un rôle intermédiaire entre la population aisée et les pauvres  
Participer en tant que partenaire au bien-être national et au développement durable.

#### **♦ Domaines d'intervention**

Social ; Education ; Environnement ; Santé ; Protection de la mère et de l'enfant ;  
Lutte contre la pauvreté et la faim.

#### **♦ Ressources Financières**

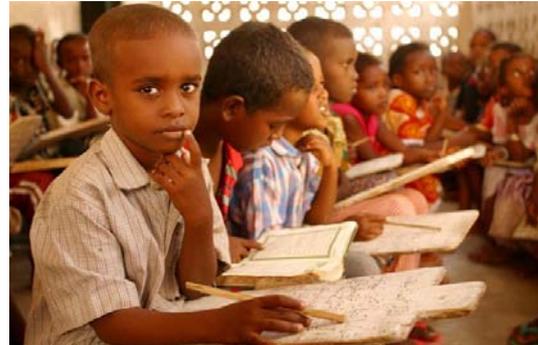
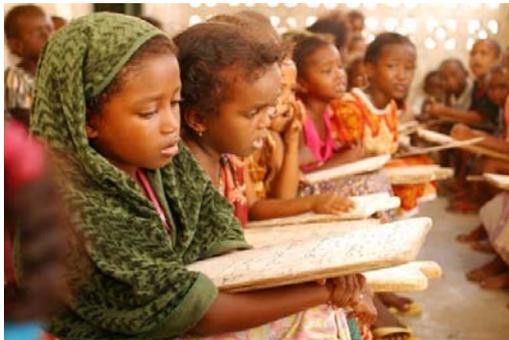
Cotisations ; Dons et legs ; Fonds des bienfaiteurs nationaux et internationaux ;  
Recettes des activités ou des institutions gérées par l'Association.

#### **♦ Principales Réalisations**

- Education : création et gestion des établissements scolaires ; création et gestion des centres culturels ; cours de soutien pour enfants défavorisés.
- Développement socio-économique : micro-financement ; micro-projet ; dons des nourritures et autres.
- Protection de la mère et de l'enfant : participation à la gestion des maternités ; prise en charge médicale des enfants démunis ; concelling dans les maternités des quartiers défavorisés ; prise en charge morale et vestimentaire des enfants orphelins et démunis.
- Environnement : campagne de propreté.

(Source : Conférence de suivi-évaluation de la mise en œuvre du SNIFD – décembre 2006)

Il est important de noter cependant que de nombreuses **écoles coraniques** existent à travers tout le pays et qui dispensent l'enseignement coranique et l'éducation islamique aux enfants de 3 à 6 ans. Un état des lieux dans ce domaine reste intéressant voire indispensable à entreprendre, afin de mieux connaître la population d'enfants scolarisés dans ces structures d'éducation non formelle.



(Photos 15 et 16 - Enfants scolarisés dans les écoles coraniques – Education non formelle- Unicef)

## **b) Constat et problème**

L'état de la situation et des tendances ci-dessus établi montre que les actions entreprises en faveur de la petite enfance sont certes positives avec la baisse respective des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile. Elles s'inscrivent dans la perspective des objectifs du Millénaire et du plan d'action MDE et vont dans le sens d'une amélioration. Mais il se trouve que sur certains plans les résultats affichés restent alarmants, notamment en ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants qui s'est détérioré. Sur le plan de l'allaitement maternel seulement 3,3% des enfants âgés de moins de six mois sont exclusivement nourris au lait maternel, un niveau largement inférieur au taux recommandé. Les principaux obstacles demeurent d'ordre économique et culturel. Ils sont liés à la pauvreté, aux croyances et aux pratiques traditionnelles qui jouent encore un rôle important dans la malnutrition.

D'après l'étude sur l'état des lieux de la SNIFD, traditionnellement, les femmes enceintes se sous-alimentent, ce qui explique en partie que 49% d'entre elles sont anémiées suite à l'accouchement.

L'alimentation des bébés est variée trop tôt par l'introduction de lait de substitution et de jus de fruit, ce qui contribue à rendre vulnérables les enfants et explique en partie leur mortalité importante avant l'âge de 5 ans. Par ailleurs, la couverture vaccinale de routine des enfants de moins de un an qui avait atteint 90% dans les années 1999 est actuellement de 32,2%.

Pour les enfants suspectés de pneumonie seulement 42,5% des enfants de moins de 5 ans ont reçu un traitement antibiotique. Le pourcentage est largement inférieur chez les enfants résidant en milieu rural (19,7%). S'agissant du paludisme, plus 90% des enfants de moins de 5 ans ne dorment pas sous une moustiquaire. De plus, les enfants atteints de fièvre ont été le plus souvent soignés avec d'autres types de médicaments que les antipaludéens. Deux enfants sur trois ont reçu des antipyrétiques comme le paracétamol (36,8%), l'aspirine (22,6%) ou l'ibuprofène (8,1%) soit au total (67,7%). Autrement dit, l'administration de médicaments antipaludéens est plus improbable chez les enfants atteints de fièvre.

#### **D'où le problème de la morbidité et de la mortalité importante des enfants de moins de 5 ans (problème 6).**

Dans le domaine de l'éducation de la petite enfance, l'enseignement préscolaire reste facultatif. Il est surtout assuré par le secteur privé et par quelques rares ONG et associations, et destiné en particulier aux enfants des milieux aisés. Cette discrimination par le revenu ne favorise sans doute pas la scolarisation des enfants en bas âge. Les initiatives prises en faveur de ces derniers, comme la PNDIPED, sont toutes récentes.

#### **D'où le problème de la déficience de la prise en charge sociétale du développement de la petite enfance (problème 7).**

### **c) Causes**

☞ En ce qui concerne le problème de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans :

Causes immédiates : i) le niveau élevé de la malnutrition ; ii) les maladies de l'enfant ; iii) les problèmes néonataux ; iv) l'insuffisance de la couverture vaccinale ; v) la prise en charge inadéquate de la santé reproductive de la mère ; etc.

Causes sous-jacentes : i) l'alimentation insuffisante et pauvre ; ii) la faible disponibilité en aliments riches et en micronutriments ; iii) la pratique de sevrage inadéquate ; iv) le faible poids à la naissance ; v) le faible espacement des naissances ; vi) l'allaitement mal conduit ; vii) la supplémentation inadéquate ; viii) la surcharge de travail de la mère ; ix) le faible suivi de la croissance ; x) l'environnement malsain ; xi) le faible accès à l'eau et à l'assainissement ; xii) la faiblesse de l'éducation en hygiène, santé et nutrition ; xiii) l'insuffisance et l'indaptation de la prévention des soins ; xiv) le coût élevé des services de santé ; xv) le problème de couverture sanitaire et d'accessibilité ; xvi) l'insuffisance et l'inadéquation de la prévention et traitement des mères ; etc.

Causes fondamentales : i) la faiblesse des ressources de la famille ; ii) la faiblesse des mécanismes de prise en charge communautaire ; iii) le personnel de santé non qualifié ; iv) l'inadéquation des politiques macro-économiques et sectorielles ; v) l'insuffisance des ressources en eau ; vi) l'absence de politique claire en matière de gestion de la ressource en eau et à l'assainissement en milieu rural ; vii) l'absence de politiques et stratégies sur la mortalité néonatale ; viii) l'inefficacité de la dépense publique ; ix) les conceptions culturelles à risque ; x) le statut social de soumission de la femme ; xi) la faible accès à l'alphabétisation ; etc.

☞ En ce qui concerne la déficience de la prise en charge sociétale du développement de la petite enfance :

Causes immédiates : i) la faible prise en charge sanitaire, nutritionnelle, éducative et économique ; ii) le manque d'attention et de stimulation en faveur de la petite enfance ; iii) le manque de cadres d'épanouissement personnels et collectifs ; etc.

Causes sous-jacentes : i) la mauvaise gestion du sevrage et de l'alimentation au sein de la famille ; ii) l'insuffisance et l'inadaptation de la prévention et de la prise en charge familiale ; iii) le manque de synergie dans les programmes sur la petite enfance en matière de santé, nutrition et éducation ; iv) la faible prise en charge sociétale et familiale ; v) la baisse sociale de l'intérêt pour la petite enfance ; vi) famille nombreuse et surcharge de travail de la mère ; vii) la faible stimulation et la sous-information à l'endroit de ceux qui ont en charge la garde des enfants ; viii) l'insuffisance des structures préscolaires et iniquité dans leur répartition par rapport à la population scolarisable ; ix) la détérioration de l'environnement urbain ; x) la dévalorisation des classes d'âge, des jeux et jouets ; xii) la faiblesse des programmes d'appui aux parents et aux structures de prise en charge de la petite enfance ; xiii) le déficit d'information sur les besoins en développement, les attentes et les droits de la petite enfance ; etc.

Causes fondamentales : i) l'inexistence d'une véritable politique en faveur de la petite enfance et la non prise en compte des besoins dans l'allocation des ressources ; ii) les attitudes et comportements équivoques par rapport au développement de la petite enfance ; iii) l'absence d'un système d'alerte sur le respect des droits de la petite enfance ; etc.

## 4.2 - L'Enfance (6 - 14 ans)

### ☛ *Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*

<b>OMD 2 : Assurer une éducation primaire pour tous</b>
<b><u>Cible 3</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'ici à 2015 donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires ;</li> </ul>
<b><u>Indicateur</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux net de scolarisation dans le primaire ;</li> <li>• Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième ;</li> </ul>

### ☛ *Ce que visent les objectifs du plan d'action pour un Monde Digne des Enfants (MDE)*

<b>Priorité MDE 2 : Offrir une éducation de qualité</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire de moitié le nombre d'enfants non scolarisés et atteindre en 2010 un taux d'inscription net ou de participation à des programmes d'éducation primaire non traditionnels de bonne qualité d'au moins 90% dans le primaire ;</li> <li>• Eliminer les disparités entre filles et garçons dans le primaire en 2005 et réaliser l'égalité des sexes en matière d'éducation en 2015 ;</li> <li>• Améliorer tous les aspects de la qualité de l'éducation de base en particulier en lecture, écriture et les compétences pratiques et essentielles...</li> </ul>
<b>Priorité MDE 4 - Lutter contre le VIH/SIDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire de 20% en 2005 et de 50% en 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH ; réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; mettre en place des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire, l'accès aux thérapies anti-rétrovirales...</li> <li>• Formuler en 2003 et exécuter d'ici en 2005 des politiques et stratégies nationales pour mettre en place et renforcer des capacités pour créer un environnement favorable aux orphelins et aux garçons et filles séropositifs touchés par le VIH/SIDA...</li> </ul>

#### a) **Situation et tendances**

Pour offrir une **éducation de qualité pour tous**, Djibouti a promulgué une nouvelle loi d'orientation de l'éducation en 2000 décrétant entre autres un enseignement fondamental (cycle primaire de 5 ans + cycle moyen de 4 ans) obligatoire et gratuit pour tous les enfants de 6 à 16 ans.

Dans ce sens, de nouvelles écoles primaires ont été construites à Djibouti-ville comme dans les districts de l'intérieur (519 classes en 2000 et 1.132 salles en 2006). De nouvelles mesures institutionnelles, budgétaires et pédagogiques accompagnées de projets de société et de santé scolaire ont été engagées : i) les enfants ne sont plus renvoyés de l'école avant l'âge de 16 ans, ce qui leur permet de terminer au moins le cycle d'études primaire et les inscriptions ne sont plus systématiquement refusées aux enfants qui n'ont pas de pièces d'identité ; ii) pour dispenser une éducation de qualité de nouveaux programmes scolaires sont développés selon une nouvelle approche basée sur les compétences avec le renforcement de l'enseignement de l'arabe et l'introduction des langues nationales ; iii) une attention particulière est accordée à la formation des instituteurs dont l'effectif passe de 1.067 en 2000 à 1.943 en 2006 ; iv) l'initiative « Ecole amie des Enfants EAdE » de l'Unicef a été élargie à la quasi totalité des écoles du pays, le concept d'EAdF devenant un exemple fort pour la qualité de l'environnement scolaire et du développement de l'enfant.; v) la disponibilité du matériel pédagogique scolaire a également été améliorée. Ainsi, 90.000 kits scolaires ont été distribués à tous les enfants du primaire depuis 2 ans et des fournitures scolaires ont été également octroyées aux enfants des milieux défavorisés au cours des trois dernières années (soit environ 12.000 enfants).

Les dépenses en faveur de l'éducation sur financement extérieur sont passées de 19,2% en 1999 à 24,2% en 2005. De plus, ce secteur a bénéficié de l'initiative de mise en œuvre accélérée de l'EPT (IMOA) de la Banque Mondiale pour l'année 2006.

Années	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
<b>Part des dépenses publiques de l'éducation (financement extérieur)</b>	<b>19,2%</b>	<b>21,9%</b>	<b>21,3%</b>	<b>23,9%</b>	<b>23,1%</b>	<b>24,2%</b>

(Source : Bilan de la réforme/Ministère de l'éducation nationale-2005)

Ces efforts ont permis d'accroître le taux de la population scolaire dans le primaire qui est passé de 47,4% en 2002 à 66,2% en 2006. En termes de chiffres, ce sont 53.743 élèves, filles et garçons qui sont scolarisés dans le primaire.

**Tableau 32 : Evolution de la population scolarisée dans l'enseignement primaire**

Années	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Garçons	24.281	25.301	26.084	27.397	28.010	29.872
Filles	18.473	19.020	20.280	21.316	22.523	23.871
<b>Total</b>	<b>42.754</b>	<b>44.321</b>	<b>46.364</b>	<b>48.713</b>	<b>50.533</b>	<b>53.743</b>

(Source : Ministère de l'éducation nationale –2006)

Les résultats de l'EDIM-2006 fournissent des informations complémentaires quant aux taux net de scolarisation primaire par sexe et par districts :

**Tableau 33 : Taux net de scolarisation primaire**

District	Garçons	Filles	Ensemble
Djibouti	66,8%	66,4%	66,6%
Autres districts	66,3%	62,4%	64,4%
<b>Milieu</b>			
Milieu urbain	67,6 %	66,5 %	67,1 %
Milieu rural	49,8 %	48,2 %	49,0 %
<b>Total</b>	<b>66,7%</b>	<b>65,7%</b>	<b>66,2%</b>

(Source : EDIM 2006)

**Le taux net de scolarisation primaire s'élève à 66,2%.** En zone urbaine, 67,1% des enfants sont scolarisés, contre 49,0% en zone rurale.

S'agissant de **la parité garçons et filles au cycle primaire**, on constate qu'elle est de 0,98. Ce qui indique qu'il n'existe aucune différence entre filles et garçons en termes de fréquentation de l'école primaire. Ce qui atteste que le projet « Augmentation de la scolarisation des filles » initié par l'Unicef dont l'objectif étant d'atteindre le taux de 70% en 2007 est en bonne voie. La politique d'encouragement de la scolarisation des filles a commencé donc à porter ses fruits. Le ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire est passé 0,76 en 2002 à 0,98 en 2006.

**Tableau 34 : Ratio des taux de scolarisation des filles et des garçons au niveau primaire**

	Taux net de scolarisation primaire (TNS), filles	Taux net de scolarisation primaire (TNS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le TNS primaire
<b>Sexe</b>			
Masculin	na	66,7	na
Féminin	65,7	na	na
Djibouti	66,4	66,8	0,99
Autres districts	62,4	66,3	0,94
<b>Milieu</b>			
Urbain	66,5	67,6	0,98
Rural	48,2	49,8	0,97
<b>Total</b>	<b>65,7</b>	<b>66,7</b>	<b>0,98</b>

(Source : EDIM-2006)



(Photo 17 : Cantine scolaire et scolarisation des filles – Unicef)

### Promouvoir l'éducation des filles

Un atelier des partenaires de l'initiative des Nations Unies en faveur de l'éducation des filles (UNGEI) ...organisé par le Ministère de l'Education Nationale en collaboration avec l'Unicef a regroupé autour d'une table les acteurs clés intervenant dans l'éducation des filles et les partenaires au développement, ainsi que les représentants de la société civile.

Les travaux de ces assises avaient pour but de renforcer les capacités du Gouvernement et des partenaires dans le processus de planification stratégique en matière d'instruction des filles...

Au cours de cet atelier, les participants ont analysé le contexte de l'éducation des filles et clarifier les principales causes fondamentales de la faible inscription de la gent féminine à l'échelle nationale.

Cet atelier a eu également pour objectif de balayer certaines règles qui font régner les manques d'harmonie et la conformité dans l'éducation des filles à Djibouti, et enfin de mettre en évidence le processus de planification nécessaire. (D'après SSM)

(Source : La Nation « N°122 du 12/10/06 )

### L'école : Prix de la liberté

Fatouma est la fille aînée d'une famille de 16 enfants. Son père, polygame, a été tué lors d'une guerre civile de 1994. Depuis, sa mère a commencé à vendre des galettes pour nourrir toute sa famille. Fatouma est une exception, car c'est la première fille de tout Ardo à atteindre la classe de Terminale.

*Nous avons voulu connaître davantage son histoire si particulière :*

- 5h30 du matin, Fatouma commence à rassembler la vaisselle sale de la veille et commence à laver. Elle va faire le ménage dans toute la maison parce que ses sœurs sont encore très petites.

- A 6h30, elle commence la livraison des galettes chez les clients et part faire sa tournée dans le quartier. De retour, fatiguée de sa course, elle se prépare hâtivement pour aller au lycée et aide ses petites sœurs à s'habiller pour les conduire à leur école... Après le lycée, elle renne à la maison pour préparer le dîner et s'en va réviser chez ses camarades de classe qui ont l'électricité jusqu'à 22h...

- ...La maison de fortune dans laquelle vit Fatouma avec sa famille (au sens large) n'a pas d'électricité parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer. Pourtant Fatouma va passer son baccalauréat dans deux mois et la seule solution pour réviser demeure la lampe à pétrole. *« Depuis toute petite j'ai commencé à étudier avec la lampe à pétrole, parce que déjà dans mon village nous n'avions pas d'électricité. Même si papa travaillait, nous étions très pauvres »*. Fatouma reconnaît avoir de sérieux problèmes de vue dûs certainement à des années de souffrances. Avec l'intervention d'une ONG dans la région, elle a pu bénéficier récemment d'une paire de lunettes.

- L'école est un luxe à Ardo... Si Fatouma a pu continuer l'école c'est grâce au programme de « school bag » d'Unicef. Il consiste à offrir aux écoliers les plus défavorisés, et parmi eux les orphelins comme Fatouma, la prise en charge de leurs besoins en fournitures et manuels scolaires gratuitement : *« Je n'aurai jamais été aussi loin sans l'aide précieuse de l'Unicef »* nous confie-t-elle. Ma mère n'a pas les moyens de m'acheter les livres, et comme je suis l'aînée de toute la famille je dois réussir pour aller vite travailler et permettre surtout à mes petites sœurs de continuer leurs études.

- *« Etre la première de toute une communauté à atteindre ce niveau d'étude n'est pas une mince affaire. Je ne suis pas une lycéenne comme les autres, je suis la première de tout Ardo à accéder en classe de Terminale et la responsabilité est lourde »*.

- Nous avons demandé à Fatouma si elle avait un rêve, elle nous a répondu spontanément : *« Mon souhait le plus cher c'est d'aller à l'Université, apprendre de nouvelles choses. Je pense que le savoir c'est ce qui nous libère de toute contrainte. Je suis un exemple pour toute la communauté, je dois continuer mes études pour elle. A mon retour de l'université j'enseignerai dans mon village et je me battrais pour que les filles à Ardo ne soient pas déscolarisées si tôt. Malheureusement, je vais devoir chercher du travail après la bac, parce que lorsque je vois notre situation et surtout ma mère...mes rêves d'université s'évanouissent »...*

- En effet la classe de Terminale est décisive dans sa vie. Fatouma a eu beaucoup de mal à braver tous les interdits et à continuer ses études jusque là. Elle sait que ses oncles et toute la communauté l'attendent au détour. Si elle échoue, elle ne passera pas l'été. Au village, on la considère comme une « vieille fille » parce qu'elle a 20 ans et toujours pas mariée. Son grand-oncle est prêt, depuis 5 ans déjà, à la marier à son fils, mais c'est la mère de Fatouma qui repousse sans cesse le délai.

*« Dans ma communauté, les mariages sont tous arrangés. Que les filles le veuillent ou non, elles doivent obéir à la tradition et accepter la parole des sages. Ma mère sait très bien que si elle me marie, elle perdra son seul espoir de sortir de notre vie de misère. C'est pour cela qu'elle m'a toujours soutenue lors des réunions de famille et qu'elle m'a toujours encouragé à continuer l'école. Elle ne me voit pas mariée, elle me voit dans un bureau et lui ramenant un salaire tous les mois »*.

Hésitante, elle regarde autour d'elle pour s'assurer qu'il n'y a personne du village, et continue : *« Ici on ne voit pas l'intérêt de l'école pour une fille. Les parents envoient leurs filles à l'école pour qu'elles apprennent à dire bonjour aux touristes en français et qu'elles sachent lire les chiffres. En CM2 on est capable de faire ça, et les parents nous déscolarisent parce qu'on doit suivre le chemin qu'ils nous ont tracé : le mariage et /ou le travail »*.

- Il faut savoir que cette région est l'une des plus pauvres du pays. Le taux de scolarisation des enfants est le plus faible à Ardo avec une disproportion évidente entre le nombre de garçons (90%) et de filles (10%)...Depuis le départ de Fatouma de Ardo vers Tadjourah et le déménagement de toute sa famille pour la suivre, des parents à Ardo, catégoriques sur le départ de leurs filles, ont aujourd'hui changé d'avis et les ont autorisé à quitter la demeure familiale pour aller étudier au loin.

(Source : Documentation Unicef - Djibouti)

Dans l'**enseignement moyen**, selon l'annuaire statistique du Ministère de l'éducation nationale, le taux brut de scolarisation (TBS) passe de 22,1% à 30,58% avec un accroissement annuel estimé à 8,9%. Des disparités du genre sont observées au niveau des collèges où la part des filles est de 41% à Djibouti-ville et seulement de 26% dans les districts. L'indice de parité entre les sexes passe de 0.61 à 0.65.

**Tableau 35 : Evolution de la population scolarisée dans l'enseignement moyen**

Années	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Garçons	8.438	8.940	10.056	10.872	12.650	12.729
Filles	5.217	5.518	6.539	7.308	8.217	8.400
<b>Total</b>	13.655	14.458	16.595	18.180	20.867	21.129

(Source : Ministère de l'éducation nationale – 2006)

☞ Sur le plan de la **santé scolaire**, une stratégie intersectorielle de santé scolaire est mise en place avec la création de structures ad hoc au sein des Ministères en charge de l'éducation et de la santé pour : i) garantir une égalité des chances et des droits aux élèves ; ii) assurer aux élèves un environnement sain et sécurisé ; iii) développer chez les élèves et les enseignants une culture en matière d'hygiène et de santé.

☞ En matière de **lutte contre le VIH/SIDA**, le lancement de la campagne globale « Unissons-nous pour les Enfants contre le SIDA » a donné une nouvelle énergie aux projets et aux programmes relatifs au VIH/SIDA qui sont orientés vers les jeunes enfants et adolescents, vers la prévention de la transmission du VIH mère-enfant (PTME) et envers les Orphelins et Enfants vulnérables (OEV). Par ailleurs, 150 enseignants dont 80% de ceux qui dispensent des cours sur la santé reproductive dans les écoles ont été formés à la mise en œuvre de l'initiative « Leçons de vie » qui traite de la prévention du VIH/SIDA dans les milieux scolaires. Ainsi, 15 à 20.000 élèves soit 50% des enfants de 11 à 18 ans ont été sensibilisés sur le VIH/SIDA par leurs enseignants et par les pairs éducateurs.

### **b) Constat et problème**

Il ressort de la situation décrite ci-dessus que dans le domaine de l'éducation, malgré les efforts louables du gouvernement, l'offre scolaire est insuffisante. Dans l'enseignement primaire près de 35% des enfants ne sont pas scolarisés. Par ailleurs, les enfants à besoins éducatifs spéciaux, les orphelins et enfants vulnérables, les enfants des rues, les enfants en situation difficile ne sont pas pris en compte par le Ministère de l'éducation nationale.

L'enseignement moyen se caractérise par des capacités d'accueil limitées qui font que beaucoup d'élèves sont exclus du système en fin du primaire, en attendant la mise en place effective de l'enseignement fondamental obligatoire pour les enfants de 6 à 16 ans à partir de la rentrée scolaire de 2007. L'environnement économique s'avère un des facteurs importants de la sous-scolarisation et de la déscolarisation des filles en particulier notamment au niveau de l'enseignement moyen. Les conditions matérielles, économiques et financières dans lesquelles se trouve la scolarité des filles à ce niveau expliquent largement leur faible performance et les nombreux échecs scolaires. Elles consacrent beaucoup plus de temps aux travaux ménagers et domestiques.

Les capacités de prévision et d'évaluation des besoins (carte scolaire) restent insuffisantes. En zone rurale, il existe encore des villages qui ne sont pas encore couverts par le tissu scolaire. La déperdition des enfants, dont le redoublement et l'abandon scolaire, sont encore élevés et les structures de scolarisation des jeunes déscolarisés ou non scolarisés sont quasi inexistantes. Les écarts entre garçons et filles sont en voie d'être éliminés dans l'enseignement primaire certes, mais ils se réduisent lentement dans les autres niveaux d'enseignement.

L'appui au développement de l'enseignement privé reste faible sur les plans matériel et financier, mais le soutien pédagogique est toutefois assuré par le Ministère de l'éducation. Les alternatives d'éducation non formelle, mises à part les écoles coraniques, n'existent pratiquement pas.

La stratégie de scolarisation des **enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux** est encore absente. Toutefois une étude socio-économique des concepts de vulnérabilité et d'enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux (EABES) à Djibouti a été entreprise par le Ministère de l'éducation nationale en 2004. Cette étude révèle que la mise en place d'une stratégie nationale de prise en charge des EABES à Djibouti comporte un nombre important de défis à la fois humains, techniques et financiers. Pourtant, il y a une nécessité pressante aussi bien au sein de l'école qu'en dehors de l'école. L'handicap social connaît une ampleur sans précédent qui supprime même l'handicap physique.

#### **Définition des enfants à besoins éducatifs spéciaux (EABES)**

On définit les enfants à besoins éducatifs spéciaux (EABES) comme des « *enfants ayant des caractéristiques particuliers d'ordre physique, intellectuel, social, affectif, linguistique ou autre* ». Ce sont aussi bien des « *enfants handicapés que les surdoués, les enfants des rues et ceux qui travaillent, les enfants des populations isolées ou nomades, ceux des minorités linguistiques, ethniques ou culturelles ainsi que les enfants d'autres groupes défavorisés ou marginalisés* ». Le terme « besoins éducatifs spéciaux » s'applique à tous les enfants et adolescents âgés de 5 à 18 ans dont le besoin découle d'handicaps ou de difficultés d'apprentissage. Les EABES présentent donc deux dimensions, selon qu'ils se trouvent déjà dans le système éducatif parce qu'ils développent un handicap mineur qui ne les empêche pas d'évoluer dans ce milieu ; ou qu'ils soient atteints d'un handicap dont la prise en charge nécessite des dispositions spéciales.

(Source : Déclaration de Salamanque, article 3)

L'étude EABES a procédé à une enquête sur un échantillon de 6.720 élèves de 6 à 14 ans des écoles primaires publiques de trois grands centres urbains de Djibouti. Il se trouve que sur les 6.720 élèves observés on relève 1.006 cas d'EABES soit un taux global de 15%.

**Tableau 36 : Cas d'EABES observés en milieu scolaire selon le milieu de résidence**

Nombre	Djibouti - Ville			Villes de l'Intérieur			Ensemble
	Balbala	Centre Djibouti	Ensemble Djibouti Ville	Dikhil	Tadjourah	Ensemble Intérieur	
<b>Nombre d'élèves observés</b>	<b>2237</b>	<b>1640</b>	<b>3877</b>	<b>1599</b>	<b>1244</b>	<b>2843</b>	<b>6720</b>
<b>Nombre total de cas d'handicap signalés</b>	<b>267</b>	<b>162</b>	<b>429</b>	<b>187</b>	<b>390</b>	<b>577</b>	<b>1006</b>
Dont :							
Malvoyant	160	77	237	53	115	168	405
Malentendant	60	14	74	35	52	87	161
Physique	38	32	70	40	72	112	182
Autres	9	39	48	59	151	210	258

(Source : Etude EABES – 2004)

Par ailleurs, sur le plan de la santé et en matière de lutte contre le SIDA, des actions positives sont certes entreprises ici et là, notamment en matière d'information et communication, mais ces actions ne sont que ponctuelles et non continues dans le temps. La médecine scolaire tarde à être concrétisée. Les visites médicales annuelles des élèves dans les écoles et collèges n'ont plus lieu depuis belle lurette.

☞ Autrement dit, pour atteindre l'objectif d'une éducation de qualité pour tous au cycle primaire d'ici en 2015, Djibouti a encore du chemin à parcourir. D'où **le problème manifeste de la déficience dans le développement de l'enfant de 6-14 ans sur le plan éducatif (problème 8)**.

### c) Causes

Les causes de la déficience dans le développement des enfants de 6-14 ans sont nombreuses.

Causes immédiates : i) la déficience dans l'éducation familiale ; ii) l'offre scolaire insuffisante ; iii) la qualité déficiente de l'éducation non formelle ; iv) le délaissement sociétal de l'enfant ; v) l'inadéquation entre les différentes formes d'éducation familiale, formelle, non formelle ; vi) l'exposition à un environnement à risque en matière d'hygiène, santé, nutrition, insécurité ; etc.

Causes sous-jacentes : i) l'insuffisance dans la prise en charge familiale ; ii) le travail à domicile ; iii) la faible instruction des enfants ; iv) la déscolarisation précoce ; v) la représentation négative de l'école ; vi) les conflits de valeurs famille/école ; vii) la résistance culturelle à l'école ; viii) les carences dans l'éducation des enfants à besoins éducatifs spéciaux (EABES) ; ix) la faible prise en compte du développement physique, affectif et mental de l'enfant ; x) l'insuffisance d'information sur les besoins de l'enfant ; etc.

Causes fondamentales : i) la faible implication des familles dans les processus éducatifs ; ii) le manque de clarté dans la définition de politiques éducatives et de choix des priorités ; iii) le non-respect du droit de tous les enfants à l'éducation ; iv) l'insuffisance dans l'allocation des ressources aux différents ordres d'enseignement ; etc.

## 4.3 – La protection de l'enfance

### ☞ *Ce que visent les objectifs du plan d'action pour un Monde Digne des Enfants (MDE)*

#### **Priorité MDE 3 : Protéger les enfants contre la maltraitance, l'exploitation et la violence**

- Protéger les enfants contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d'exploitation et de violence ;
- Améliorer le sort des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles ;
- Prendre immédiatement des mesures efficaces pour éliminer les pires formes de travail des enfants et appliquer des stratégies pour éliminer le travail des enfants ;
- Protéger les enfants contre toutes les formes d'exploitation sexuelle, la pédophilie, la traite et le rapt.

#### **Priorité MDE 4 - Lutter contre le VIH/SIDA**

- Réduire de 20% en 2005 et de 50% en 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH ; réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; mettre en place des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire, l'accès aux thérapies anti-rétrovirales...
- Formuler en 2003 et exécuter d'ici en 2005 des politiques et stratégies nationales pour mettre en place et renforcer des capacités pour créer un environnement favorable aux orphelins et aux garçons et filles séropositifs touchés par le VIH/SIDA...

### a) Situation et tendances

En matière de protection de l'enfance, les efforts du Gouvernement sont surtout marqués par l'adoption de textes essentiels comme par exemple : **le Code de la famille, le Code du travail, le Code de la nationalité, le Code pénal, le Code de procédure pénale, le Droit musulman et le Droit coutumier.**

Ces nouveaux cadres juridiques, soucieux des engagements internationaux, intègrent à des degrés divers les dispositions de la Convention des droits des enfants.

Plusieurs domaines ont été déjà couverts par la législation du pays : i) la protection de l'intérêt supérieur de l'enfant ; ii) le nom et la nationalité de l'enfant ; iii) la garantie d'un niveau de vie décent ; iv) la protection des enfants privés de leur milieu familial ; v) la protection contre la torture, les peines, traitements cruels, inhumains ou dégradants ; vi) la protection contre la brutalité et la négligence ; vii) la protection des jeunes filles contre les mutilations génitales (MGF) ; viii) l'administration de la justice pour mineurs ; ix) l'interdiction de la détention en établissement pénitentiaire pour les enfants de moins

de 13 ans ; xi) l'interdiction de l'exploitation économique et sexuelle et la traite des enfants ; xii) l'âge minimum légal pour le mariage est porté à 18 ans pour les garçons et les filles.

Par ailleurs, les manifestations liées aux journées et semaines nationales et/ou internationales (journée de l'enfant djiboutien, journée de l'enfant africain, journée de l'alphabétisation, journée de la femme, journée des droits de l'homme, journée de la lutte contre le VIH/SIDA, la semaine de vaccination, la semaine de l'allaitement maternel, la journée mondiale des handicapés etc.) sont des occasions de forte mobilisation sociale qui sont répercutées par les médias à travers tout le pays et dont le bilan permet d'apprécier le chemin parcouru.

Ainsi, on voit qu'une plus grande importance est accordée à **l'intérêt supérieur de l'enfant** qui guide désormais toutes les décisions de justice d'une part, et à la promotion de la famille et de ses spécificités religieuses et culturelles d'autre part.

**La réforme du Code de la nationalité** est une initiative capitale qui accorde une plus grande importance aux problèmes cruciaux des enfants et des conjoints étrangers.

Djibouti ayant ratifié la grande majorité des conventions de l'OIT et notamment les huit fondamentales dont les n°138 et 182 qui réglementent respectivement l'âge minimum d'accès au travail et l'interdiction des pires formes de travail, **le nouveau Code du travail** réglemente l'âge minimum d'accès au travail des enfants, et interdit les pires formes de travail des enfants. La majorité est fixée à 18 ans et sont considérés comme « jeunes » les mineurs âgés de 16 à 18 ans. Djibouti a également ratifié la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

Par ailleurs, **le Code pénal** fixe la majorité pénale à 18 ans et sanctionne les conditions inhumaines de travail et d'hébergement, le proxénétisme, la prostitution et les avortements, et interdit également la consommation et le trafic des drogues et stupéfiants.

☞ En ce qui concerne **la violence à l'école**, une étude de l'Unicef réalisée en février 2005 révèle que « *le climat scolaire est bon en moyenne, la confiance exprimée envers les adultes très forte et la violence entre pairs y est plutôt limitée* ». Concernant le problème de la violence entre pairs, la victimisation, si elle existe, est limitée mais réelle. En particulier, il existe un noyau d'environ 4 à 5% d'élèves « survictimisés » par les pairs qui mériterait d'être mieux connu et sur lesquels il conviendrait de former les enseignants en attirant leur attention sur l'importance de ces violences répétées. Concernant la violence exercée éventuellement par les adultes, les pratiques pédagogiques sont en pleine évolution dans les écoles djiboutiennes et par exemple le problème de l'usage du châtimement corporel reste relativement important.

☞ Une autre étude relative à **la situation de la violence contre les enfants à Djibouti** a été entreprise par le Ministère de la Promotion de la femme en mai 2005. Cette étude a abordé la problématique de la violence en milieu familial (châtiment corporel, et les MGF), à l'école (climat scolaire, agressivité), dans les autres institutions (centres des soins, centre de détention, centre d'accueil) et au sein de la communauté (délinquance juvénile, violence sexuelle, viols, travail des enfants).

☞ Pour **les enfants en situation difficile**, l'étude concernant **les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)** et celles relative aux enfants de rue en 2002 et aux EABES en 2004, traduisent la prise de conscience des autorités djiboutiennes sur la problématique de cette enfance marginalisée. L'étude sur les Orphelins et Enfants Vulnérables a fait ressortir les différents types de problèmes auxquels les OEV ont à faire face : i) leur éducation de base est compromise ; ii) ils abandonnent souvent l'école ; iii) ils sont plus exposés à l'infection du VIH/SIDA ; iv) ils sont souvent abandonnés par manque de structures d'accueil ; v) certains se retrouvent dans la rue ou sont contraints d'effectuer des travaux dangereux ; vi) les orphelins du SIDA quant à eux, sont psychologiquement traumatisés; vii) d'autres sont privés de l'héritage auquel ils ont droit ; viii) un bon nombre n'a pas de pièces d'état civil.

### Concept et définition des OEV à Djibouti

Les définitions suivantes ont été adoptées lors d'une journée nationale de réflexion organisée par le Ministère de la Promotion de la femme qui a regroupé toutes les parties prenantes :

- **Orphelin** : Est considéré comme orphelin à Djibouti un enfant de 18 ans ou moins qui a perdu sa mère ou son père ou les deux.

- **Orphelin maternel** : Enfant âgé de moins de 18 ans dont la mère et peut être le père sont décédés

- **Orphelin paternel** : Enfant âgé de moins de 18 ans dont le père et peut être la mère sont décédés

De telles définitions doivent faire l'objet de vraies campagnes de sensibilisation et de conscientisation au niveau des familles et des communautés djiboutiennes. En effet, la définition d'un orphelin reconnu par la religion musulmane est différente et restrictive. « *L'enfant démuné peut être orphelin, celui qui a un père ne peut pas être démuné. Alors un enfant orphelin chez nous, la définition qu'on donne est pratiquement celle qui est dans le Coran et la Souna du Prophète : un orphelin est un enfant qui n'a pas de père. Mais en français le mot orphelin peut faire référence à la perte de la mère ou du père, mais dans le Coran c'est uniquement celle du père. Mais actuellement nous avons la mère qui est plus proche des enfants qui subvient à leurs besoins, mais un orphelin c'est d'abord celui qui a perdu son père.* » (Explication donnée par un responsable d'une association à Djibouti).

- **Enfant vulnérable** : c'est un enfant qui est à risque ou dont le bien être est sérieusement hypothéqué du fait qu'un parent est en phase terminale d'une maladie, d'un niveau élevé de pauvreté, d'abandon, de déplacement ou de placement en institution. Aussi, les enfants vivant avec le VIH et les enfants de moins de 5 ans d'une mère vivant avec le VIH sont des enfants vulnérables.

(Source : extrait de l'étude sur les OEV –Ministère de la promotion de la femme)

Au niveau de la réponse apportée actuellement à la problématique des OEV, il y a d'abord la famille. Les orphelins sont pris en charge par les familles. Ce mécanisme est plus répandu en milieu rural. Toutefois, depuis la crise socioéconomique des années 90, la solidarité familiale s'effrite et la communauté reste souvent impuissante devant la situation. Quant aux ONGs, les différents types de prise en charge qu'elles offrent relèvent des domaines éducationnel, psychosocial, nutritionnel et médical. Mais faute de moyens matériels et financiers, leurs activités restent limitées.

### Centre Mère et Enfant

- Seule organisation existante pour les orphelines et filles vulnérables ;
- Capacité d'accueil limitée: 200 filles ;
- Demande croissante d'année en année ;
- Organisation subventionnée par l'Etat (1,6 millions de FD) et financé par des fonds des donateurs ; situé dans Djibouti-ville ; aucune antenne n'existe dans les districts ;
- Le centre offre un abri, l'instruction, l'éducation et des compétences techniques (couture, broderie) ;
- Création d'une section pour les sourds et muets (72 élèves dont 50% filles) ;
- Manque de ressources humaines, matérielles et financières ;
- Des problèmes de réfectoire, d'équipement, d'encadrement, d'hygiène et d'insalubrité qui entravent le bon fonctionnement du centre ;
- La réussite des enfants laisse à désirer ; échec total des enfants l'année dernière !
- Aucun dispositif d'insertion n'est prévu pour les sortants.

(Source : Entretien du Consultant avec la Directrice du Centre – décembre 2006)

☞ A noter cependant que les statistiques des OEV ne sont pas très fiables. Les seuls dont on dispose proviennent de l'ONUSIDA qui avance le nombre de 30.000 orphelins dans le pays dont 5.000 sont des orphelins du SIDA.

**Tableau 37 : Différents domaines et niveaux de vulnérabilité des OEV à Djibouti :**

Différents domaines et niveaux de vulnérabilité des OEV à Djibouti					
Niveau de vulnérabilité	Domaines				
	Santé / Nutrition	Education	Economie	Protection	Psychosociale
<b>Haute (V3)</b>	- Enfant infecté par le VIH / SIDA avec un repas par jour - Enfant âgé de moins de 5 ans dont la mère est séropositive - Nutrition= 1 repas ou moins d'un repas par jour	- Déscolarisé avant fin primaire -Enfant jamais scolarisé - Enfant malade - Enfant mal nourri	-Enfant chef de ménage -Enfant avec 1 ou 2 repas par jour, Enfant dans une famille sans ressources, - Enfant de la rue - Sans abri, - Infecté par le VIH.	Enfant djiboutien ou non, répondant au critères suivantes : - sans parents, - sans domicile, - victime d'exploitation sexuelle, - pratiquant la prostitution	-Enfant victime d'exploitation et d'agression sexuelle, de discrimination pour cause de VIH -Enfant séropositif - Exposé à la drogue, -Enfant adopté et rejeté pour cause de VIH, -Enfant de la rue infecté par le VIH, - Enfant ayant vécu un deuil et ayant été un accompagnateur de fin de vie
<b>Moyenne (V2)</b>	- Tout enfant infecté d'une maladie chronique comme le diabète - Enfant de 0 à 5 ans affecté par le décès de sa mère - Nutrition : 1 ou 2 repas de qualité insuffisante	Absentéisme ; Déscolarisé avant la fin du cycle fondamental ; Manque de soutien pour les fournitures scolaires ; Manque de renforcement de capacité ; Enfant (cours de soutien).	Enfant vivant de 2 repas par jour, Faible revenu ; Famille nombreuse ; Enfant non scolarisé ; Pas d'accès à l'eau potable.	-Victime de violences physiques -Victime d'exploitations diverses : travail, privation de loisirs -Victime de MGF - Enfants enrôlés dans les conflits	- Enfant avec parents séropositifs ; - Enfant vivant dans la rue ; - Enfant victime de violence ;
<b>Basse (V1)</b>	Enfant présentant des pathologies mineures avec 3 repas qui ne correspondent pas aux normes nutritionnelles	-Enfant dont un des parents est malade -Non accès aux loisirs, à la culture ou absence des structures d'épanouissement (bibliothèque) -Enfant de parents séparés	Pas d'accès à l'électricité	- Délinquants juvéniles ; Non prise en compte de tous les aspects de violence et exploitation dans les textes juridiques ; -Enfants privés de liberté sur décision judiciaire.	-Victime de mal (sous ou sur) information sur la maladie de ses parents ; -N'ayant pas bénéficié d'accompagnement psychosocial ; -victime de tâches additionnelles.

(Source : extrait de l'étude sur les OEV –Ministère de la promotion de la femme)

☞ A noter aussi qu'en novembre 2004, le Président de la République a posé la première pierre d'un **nouveau centre d'accueil des enfants orphelins à Balbala**. Entièrement financé par le Fonds koweïtien de développement, cet orphelinat accueillera près de 750 enfants djiboutiens orphelins qui seront logés et nourris. Outre le logement et la nourriture, les enfants suivront des cours élémentaires et apprendront plusieurs métiers qui leur permettront par la suite de pouvoir s'insérer dans la vie active. Le centre ouvrira ses portes en juin 2007.

☞ L'étude sur **les enfants de rue**, menée conjointement par le Ministère de la Jeunesse et l'Unicef et dont l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 60 enfants, a mis l'accent sur les caractéristiques qualitatives de cette population. Les pays d'origine de ces enfants sont l'Ethiopie (73,3%), nés à Djibouti (10%), la Somalie (8,33%), le Somaliland (6,67%), ce qui permet d'appréhender les causes du phénomène en relation étroite avec le contexte de tensions politiques et de guerres qui règnent dans la Corne de l'Afrique, aggravées par les catastrophes climatiques et anthropiques (sécheresses récurrentes, famines, pauvreté généralisée) entraînant des flux migratoires

des réfugiés vers Djibouti. Ces enfants et adolescents dont 58,33% sont orphelins et 43,33% dorment dans les rues, connaissent une immense détresse. Leur réadaptation sociale et psychologique en dehors du camp de réfugiés est essentiellement l'œuvre des ONG et des associations nationales qui leur offrent l'accès aux services sociaux (hébergement, éducation et santé). A noter cependant que si le phénomène des enfants de rue n'a concerné jusqu'ici que des enfants d'origine étrangère, aujourd'hui malheureusement, le phénomène englobe des jeunes djiboutiens en âge scolaire. Il suffit, pour se faire une idée, de jalonner les environs du Port de Djibouti très tôt le matin ou tard le soir sur les artères de la route de Venise, ou encore de se promener à la place Mahmoud Harbi ou vers le marché central, ou encore aux alentours des banques de la place et les supermarchés (tels Nougaprix, Semiramis, Napoléon). Là, leur nombre est difficile à quantifier, mais ils se comptent par dizaines et leurs activités varient de mendiants, nettoyeurs ou gardiens de véhicules, revendeurs, monnayeurs, petits apprentis ou de simples colporteurs. (Source : étude AEBES)

☞ Pour **les enfants en situation de conflits avec la loi**, les constats sur la réforme de la justice ayant insisté sur l'inexistence de tribunaux et prisons pour les délinquants mineurs, la plupart des instruments juridiques sont à présent favorables à une meilleure protection de leurs droits.

☞ Par ailleurs, **l'étude sur la délinquance juvénile** a révélé que la plupart des délinquants sont issus de l'immigration clandestine et sont donc des enfants qui vivent dans la rue sans attache familiale sur le territoire de la République. D'autre part, pour des circonstances dues à une mauvaise application de la loi, la protection de la minorité délinquante est compromise à cause de l'absence totale de moyen, ce qui réduit considérablement les marges de manœuvre du Gouvernement. Toutefois, l'étude mentionne que la création d'un juge pour les mineurs est en cours et la désignation d'un magistrat en charge des dossiers des délinquants juvéniles sera bientôt effective. Toujours est-il que la plupart des délinquants sortent prématurément des circuits scolaires sans diplôme.

## **b) Constat et problème**

L'état de la situation en matière de protection de l'enfance montre que le processus de conscientisation de la population sur l'importance à accorder aux droits de l'enfant se poursuit et s'amplifie en direction des groupes vulnérables, enfants des milieux urbains et ruraux défavorisés. Les initiatives des principaux responsables en vue de faire connaître la politique de leur secteur et de matérialiser les droits qui s'y rattachent, ont grandement contribué à diffuser les dispositions de la Convention des droits de l'enfant (CDE) sur l'ensemble du territoire. L'examen de la législation nationale fait ressortir une harmonisation plus avancée de différents droits en vigueur dans le pays. De nombreuses sources juridiques sont désormais en conformité avec les dispositions de la Convention.

Cela dit, les efforts du Gouvernement pour rendre effectif la CDE restent encore limités par **l'absence d'une véritable politique sociale en matière de protection de l'enfant** et par la faiblesse des moyens notamment en infrastructures et en ressources humaines. L'étude sur la situation de la violence contre les enfants a révélé que des actions et initiatives existent certes, mais elles sont éparpillées et non coordonnées.

L'enregistrement des enfants à la naissance n'est pas encore systématique, mais un projet d'amélioration du système d'enregistrement initié par le Ministère de l'Intérieur et de la décentralisation appuyé par l'Unicef est en cours d'exécution.

L'étude sur la délinquance juvénile a révélé que le problème des mineurs délinquants à Djibouti ne figure pas dans la liste des actions prioritaires de l'Etat. Leur participation à la vie collective ou la possibilité d'acquiescer un emploi laissent à désirer. La protection de la minorité délinquante est par conséquent compromise à cause de l'absence totale de moyens. L'étude relative aux OEV propose des pistes de solutions sous forme de recommandations en direction de l'Etat, au niveau des districts, au niveau de la communauté, au niveau des associations et ONGs et en direction des partenaires au développement qu'il est urgent de mettre en pratique pour venir au secours à cette catégorie d'enfants entièrement désarmés. Autrement dit, les différentes études sus-mentionnées qui ont le mérite d'exister, mettent en exergue **le problème d'exclusion sociale et de l'exploitation de l'enfant à Djibouti (problème 9)**.

### c) Causes

Les causes multiples qui peuvent expliquer le problème d'exclusion sociale et de l'exploitation de l'enfant peuvent se résumer comme suit :

Causes immédiates: i) le manque d'affection des parents directs et d'autres membres de la famille ; ii) la faiblesse des mécanismes de prise en charge des enfants ; iii) la défaillance du système scolaire ; iv) le malaise des enfants ; etc.

Causes sous-jacentes : i) les difficultés des parents à faire face aux besoins des enfants ; ii) la frustration et la démission des parents ; iii) la faiblesse des revenus du ménage ; iv) le manque de disponibilité des parents pour des raisons économiques et sociales ; v) l'insuffisante information des familles sur l'éducation des enfants ; vi) l'insuffisance des structures officielles et manque de ressources ; vii) l'inadaptation des stratégies d'intervention ; viii) l'insuffisance dans la prise en charge communautaire de l'enfance ; ix) le développement de comportements à risques (drogue, prostitution, délinquance) ; x) la crise des valeurs ; xi) les dérives dans les systèmes de socialisation ; xii) les mères seules, divorcées, abandonnées et sans ressources ; xiii) l'ignorance et/ou le non respect des textes de lois sur la protection des enfants ; xiv) la faible connaissance et prise en compte des aspirations des adolescents et des jeunes ; etc.

Causes fondamentales : i) la non reconnaissance des droits des enfants ; ii) la faiblesse des politiques sociales et de leur mise en œuvre ; iii) la pauvreté des parents ; iv) l'ignorance ; v) l'analphabétisme ; vi) l'effritement du tissu social et familial ; etc.



(Photo 18 : Petite fille révisant ses cours à domicile – Unicef)

## 4.4 – L'adolescence et la jeunesse (15 - 24 ans)



(Photo 19 et 20 : Des jeunes pêcheurs et vendeurs de poissons – Unicef)

### ☛ Ce que visent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

#### OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

##### Cible

En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile.

### ☛ Ce que vise les Objectifs du plan d'action pour un Monde Digne des Enfants (MDE)

#### Priorité MDE 1 : Promouvoir une vie meilleure et saine

- Formuler et mettre en œuvre des politiques et programmes nationaux de santé publique axés sur les adolescents en vue de contribuer à leur bonne santé physique et mentale ;
- Mettre à la portée de tous ceux qui sont en âge d'en avoir besoin au plus tard en 2015 des soins de santé en matière de procréation dans le cadre d'un système de soins de santé primaire ;

#### Priorité MDE 4 : Lutter contre le VIH/SIDA

- Réduire de 20% en 2005 et de 50% en 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH ; réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; mettre en place des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire, l'accès aux thérapies anti-rétrovirales ;
- Fixer en 2003 des objectifs nationaux assortis de délais pour réaliser l'objectif de prévention arrêté au niveau mondial tendant à réduire de 25% en 2005 la séroprévalence parmi les jeunes des deux sexes âgés de 15-24 ans et intensifier les efforts pour réaliser ces objectifs.

#### a) Situation et tendances

Un des défis importants associés à la promotion et à l'habilitation des adolescents et jeunes consiste à obtenir une lecture précise de l'ampleur du problème et des caractéristiques déterminants qui le sous-tendent. Or, il y a très peu de données systématiques recueillies dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté pour permettre l'évaluation des conditions socio-économiques des jeunes.

L'enquête exploratoire EDAM-IS 2002 utilisée pour évaluer la pauvreté ne considère pas suffisamment les réalités des jeunes en situation de pauvreté. Elle ne donne qu'un aperçu général des ménages sans éclairer les disparités existant dans les ménages. De plus, ces disparités manquent souvent d'objectivité par rapport aux jeunes de 15-24 ans en particulier qui n'ont pas été identifiés comme groupe cible distinct. Toutefois l'enquête EDSF/PAPFAM-2002 consacre un volet à la santé et orientation des jeunes.

### Ce que nous révèle l'enquête PAPFAM en 2002

- L'analphabétisme est assez répandu chez les jeunes (15-24 ans) de la ville de Djibouti (34% de filles contre 7% de garçons).
- Le taux des jeunes inactifs au moment de l'enquête atteint 90,6% dont 88,3% n'ont jamais travaillé et seulement 2,3% ont travaillé durant les 12 derniers mois précédant l'enquête.
- 5,5% des jeunes déclarent être confrontés à des conflits familiaux.
- Un jeune sur deux pense à l'immigration soit 52,7% ; cette tendance est plus marquée chez les filles que chez les garçons (55% contre 50,2%) ;
- L'âge moyen au mariage est de 26 ans pour les garçons et 21 ans pour les filles.
- Trois jeunes sur dix croient que leur état de santé n'est pas bon.
- S'agissant de la santé reproductive, compte tenu de la liberté relative des relations sexuelles, les jeunes ne sont pas bien informés de la contraception : 66% seulement connaissent une méthode et un tiers seulement est favorable à l'utilisation de la contraception sans conditions préalables.
- La connaissance du SIDA est quasi générale : (98% des garçons, 92% des filles) ; 93% savent que les rapports sexuels sont un moyen de transmission de cette maladie et 6 jeunes sur 10 pensent que des rapports sains sont le moyen de prévention le plus sûr.
- Les premiers rapports sexuels chez les filles commencent à l'âge de 16 ans contre 17 ans chez les garçons.
- S'agissant de la puberté, les jeunes filles (15-24 ans) de la ville de Djibouti connaissent des changements corporels et ce sont souvent leurs mères qui sont dans la plupart des cas, la source essentielle de l'information

(Source : EDSF/PAPFAM-2002)

### ☞ **Ce que dit la politique du Gouvernement en faveur des adolescents et des jeunes**

#### Les objectifs de la politique du Gouvernement

- Permettre aux jeunes de deux sexes à donner leur pleine mesure et promouvoir leur participation active au développement national ;
- Favoriser la participation des jeunes à la vie de la société et aux prises de décision ;
- Promouvoir le bien être social des jeunes et des habitudes de vies saines ;
- Favoriser l'insertion sociale, professionnelle et économique des jeunes ;
- Assurer l'égalité des sexes ;
- Mobiliser l'ensemble des acteurs (familles, collectivités, organismes publics et privés, société civile...) pour le développement de la jeunesse ;
- Favoriser l'accès des jeunes à la citoyenneté ;
- Assurer aux jeunes l'égalité des chances ;
- Promouvoir la responsabilisation des jeunes dans tous les secteurs de la vie ;
- Garantir aux jeunes leurs droits reconnus par la Constitution et par la législation nationale ;
- Informer et sensibiliser les jeunes à leurs droits et devoirs ;
- Protéger les jeunes contre toutes les formes de violence, de déviance (drogues, délinquance, prostitution...) et d'exploitation ;
- Inciter les jeunes à adopter des points de vue constructifs sur les problèmes nationaux et la compréhension entre les nations et les peuples ;
- Inculquer et promouvoir chez les jeunes le sentiment national ;
- Elever et éduquer les jeunes aux valeurs islamiques et culturelles fondant la société djiboutienne.

(Source : Politique de la jeunesse 2001-2005 / MJSLT)

### ☞ **Qu'est-ce qu'a fait le Gouvernement en faveur des adolescents et des jeunes de 15-24 ans ?**

☞ **Dans le domaine de l'éducation**, les progrès enregistrés par le Gouvernement en faveur des adolescents et des jeunes sont appréciables, mais seulement 41,0% des adolescents et jeunes sont scolarisés dans **l'enseignement secondaire général**. Ils sont 38,9% en zone urbaine, contre 18,1% en zone rurale. La parité filles/garçons est de 0,86.

**Tableau 38 : Taux net de scolarisation secondaire**

Lieux	Taux net de scolarisation secondaire		
	District		
	Garçons	Filles	Ensemble
Djibouti	44,9%	37,5%	41,2%
Autres districts	43,7%	33,2%	38,9%
Milieu			
Urbain	45,5%	37,7%	38,9%
Rural	22,7%	13,4%	18,1%
<b>Total</b>	<b>44,1%</b>	<b>37,8%</b>	<b>41,0%</b>

(Source : EDIM- 2006)

Dans l'**enseignement technique et professionnel**, on compte 888 garçons et 468 filles en 2005. L'enseignement technique reste le parent pauvre du système éducatif. Les élèves qui n'ont pas la moyenne requise pour accéder aux lycées d'enseignement général sont orientés dans les lycées techniques et professionnels.

Dans l'**enseignement supérieur**, le Pôle universitaire comptait 461 étudiants en l'an 2000. En 2005/06 le nombre total d'étudiants passe à 1.928 dont 771 filles, soit une augmentation moyenne annuelle des effectifs de l'ordre de 25%.

#### ☞ Dans le domaine de la formation

<b>Le CFPA : « Un centre de qualification professionnelle »</b>
Créé en 1968, le Centre de Formation Professionnelle des Adultes (CFPA) a jusqu'à une période récente, essentiellement prodigué des programmes de formation initiale à destination des jeunes âgés d'au moins 16 ans. Il entend aujourd'hui remplir sa vocation première et se repositionner au cœur du marché de l'emploi. Mais toujours est-il que le centre rencontre beaucoup de difficultés en terme d'équipements. Cette année ils étaient 600 candidats à se présenter au concours d'entrée au CFPA et 350 ont été retenus et reçoivent une formation dans 7 filières comme le secteur tertiaire (agent administratif, employé de bureau, informatique...) et industriel (mécanique auto, soudure, électricité, etc.). une vingtaine de moniteurs exercent dans ce centre. L'Electricité de Djibouti et les Forces Françaises stationnées à Djibouti (FFDJ) sont les principaux recruteurs des élèves sortis du CFPA. Le centre dispose d'une antenne à Tadjourah depuis 1980 qui dispense des formations dans le domaine de la plomberie et les installations sanitaires. Un besoin de changer de filière d'enseignement à Tadjourah se fait sentir et les métiers de la pêche et du tourisme devaient être enseignés. Du fait du lien presque inexistant entre le CFPA, le marché du travail et les autres acteurs de la formation professionnelle, les élèves formés dans ce centre ne trouvent pas directement un emploi rémunéré.

(Source : La Nation plus « Cahier mensuel- Edition n°4 » - décembre 2006)

<b>Le Service national Adapté : « Une aubaine pour les jeunes »</b>
Créé en décembre 2003 par décret présidentiel, le Service National Adapté a pour mission de faciliter l'insertion dans la vie active des jeunes garçons et jeunes filles sans qualification en leur dispensant une formation professionnelle au sein des Forces Armées Djiboutiennes. La durée du Service National Adapté s'étale sur deux ans. Deux années au cours desquelles les jeunes reçoivent d'abord une formation militaire et civique et une formation professionnelle. Au début, ces jeunes qui sont âgés de 18 à 25 ans suivent une formation militaire de 3 mois à l'école militaire de Holl-Holl. Ensuite, dans le but de faciliter leur insertion dans la vie active, les jeunes du SNA reçoivent une formation professionnelle adaptée aux besoins de l'économie nationale. Plus de 21 métiers sont proposés aux jeunes « recrues » afin de les intégrer dans la vie professionnelle. Les métiers auxquels sont formés les « SNA » comme on les appelle communément sont le bâtiment, le transport, la sécurité, l'agronomie, la restauration ou encore la mécanique et le tourisme. Le Service National Adapté constitue en ce sens un des outils que le gouvernement a mis en place pour lutter contre le chômage et le déficit de formation professionnelle Actuellement, le recrutement du 8 <sup>e</sup> contingent des jeunes de Service National Adapté a commencé.

Rappelons qu'à la fin de leurs deux années de formation, les volontaires, ayant satisfait aux épreuves théoriques et pratiques durant leur formation, reçoivent un diplôme professionnel reconnu par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale.

(Source : La Nation plus « Cahier mensuel- Édition n°4 » - décembre 06)

Le SNA demeure le fleuron du projet d'appui à la formation et à l'insertion des jeunes déscolarisés. Partant du constat que le chômage affecte en grande majorité des jeunes de la tranche d'âge de 20-30 ans, le Président de la République n'a pas tardé à dessiner les contours d'un système efficace et adapté au phénomène de déperdition scolaire handicapant la vie professionnelle de la majorité des jeunes Djiboutiens.

La mise en œuvre du SNA institué par décret présidentiel revêt à juste titre l'importance capitale qu'accorde le Gouvernement à la jeunesse djiboutienne, qui représente près de 60% de la population. **« Avec le SNA, mon souci est de redonner confiance à nos jeunes et de leur démontrer qu'ils constituent une valeur inestimable pour la nation en leur évitant le travers de la délinquance »** (Extrait du discours présidentiel prononcé lors du 27<sup>ème</sup> anniversaire de l'Indépendance, le 27 juin 2004)

### ☞ Dans le domaine de la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA

Dans le domaine de la santé en général, les réalisations du Gouvernement sur la période 2002-2006 sont nombreuses et multiples comme mentionnés plus haut dans le volet Femmes, santé et bien-être familial. En ce qui concerne la lutte contre le SIDA le **taux de prévalence du VIH/SIDA** chez les adultes de 15-49 ans est estimé à 2,9%, alors qu'il est près de 6% chez les moins de 20-34 ans, mais seuls 18% d'entre eux ont une bonne connaissance du VIH/SIDA, par rapport aux critères de l'Onusida. Face à la gravité de la pandémie, une dynamique nouvelle a été instaurée et a mobilisé tous les partenaires institutionnels, associatifs et multilatéraux. L'information est au centre de la politique gouvernementale.

**Tableau 39 : Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont une parfaite connaissance des voies par lesquelles le VIH/SIDA est transmis**

Milieu	Connaissent 2 moyens de prévenir la transmission du VIH	Ont correctement identifié 3 préjugés concernant la transmission du VIH	Ont une parfaite connaissance (ont identifié 2 moyens de prévention et 3 préjugés)
<b>District</b>			
Djibouti-ville	40,6	30,0	18,0
Autres districts	42,1	26,7	17,2
<b>Milieu</b>			
Urbain	41,2	30,1	18,2
Rural	28,1	13,4	7,8
<b>Total</b>	<b>40,8</b>	<b>29,6</b>	<b>17,9</b>

(Source: EDIM-2006)

### **Lutte contre le SIDA : « Le Ministère de la Jeunesse (MJSLT) aux avant-postes »**

Très engagé dans la lutte contre le SIDA, le Ministère de la Jeunesse vient de former 240 pairs éducateurs chargés de convaincre leurs camarades d'adopter un comportement prudent. Comme partout ailleurs, les jeunes constituent la tranche d'âge la plus touchée par le virus du SIDA en République de Djibouti... 60% de la population djiboutienne ont moins de vingt ans, ce qui signifie que l'avenir du pays est gravement menacé par le SIDA... La nouveauté en matière de prévention et de sensibilisation, c'est que les filles constituent la grande majorité de ce groupe de pairs éducateurs... Comme il existait déjà au Ministère de la Jeunesse des structures de lutte contre le SIDA mises en place dans chaque Centre de Développement Communautaire (CDC) et connues sous l'appellation de PIJ (Point Information Jeunesse), le responsable du Programme de lutte contre le SIDA (PLS) à la Jeunesse explique qu'il faut comprendre que contrairement au PIJ qui sont des structures de sensibilisation fixes, les pairs éducateurs, eux, sont chargés d'aller partout à la rencontre des jeunes de leur âge. Ils feront, dit-il, du « porte à porte ».

« Nous devons coûte que coûte réussir à provoquer un vrai changement de comportement chez les jeunes », soupire Hasna, une jeune paire éducatrice à pied d'œuvre à Balbala. L'une des grandes missions des pairs éducateurs, c'est aussi de faire en sorte que le plus grand nombre de jeunes djiboutiens prennent la décision d'aller se faire dépister afin d'être fixés sur leur statut sérologique. « Nous avons mis en place un partenariat avec les centres de dépistage afin que les jeunes volontaires qui sollicitent un test soient bien accueillis et que les choses se déroulent le plus rapidement possibles », affirme Guessod...

(Source : La Nation n°13 du 31/01/07)

Dans le cadre du projet « Prévention du VIH/SIDA chez les jeunes » mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Jeunesse (MJSLT) et l'Unicef, les actions suivantes ont réalisées : i) dans au moins 50% des centres de développement communautaire (CDC) des espaces favorisant la participation des jeunes ont été développés ; cinq CDC sur 12 proposent aujourd'hui des activités attractives pour les jeunes. 80% des jeunes ont reçu des informations indispensables à la protection du VIH/SIDA ; ii) dans le cadre de la mobilisation et la prévention chez les jeunes par le Sport à travers l'opération Kit-FIFA, 80% des jeunes adolescentes footballeuses évoluant dans le championnat national et 20% des garçons des équipes de football de quartier composés des jeunes en difficultés ont été formés aux techniques de l'éducation par les pairs ainsi qu'à l'élaboration des messages de prévention ; iii) dans le cadre des rencontres sportives, 10.000 jeunes ont été touchés par des messages de prévention développés par les jeunes eux-mêmes ; iv) grâce à l'unité de communication mobile, trois projections de films suivies de débats sur le VIH/SIDA ont eu lieu à Djibouti-ville et dans les districts de l'intérieur. Ces séances de projections ont réuni au moins 3.000 jeunes ; v) toujours ciblée sur les jeunes, mais prenant cette fois en considération les facteurs de risque spécifiques aux migrations et au manque d'information des milieux spécifiquement défavorisés, tels que les dockers et les camionneurs, l'initiative d'installer des centres d'information et de sensibilisation, en transformant des conteneurs vides avec provision de services de counselling, préservatifs et référant pour les centres de santé environnants, a été un franc succès. L'intérêt des groupes cibles, jeunes et camionneurs, et leur volonté de participer à la transmission des messages s'est révélée déterminante, et a montré la voie pour les activités orientées sur la prévention du VIH sur la zone dite « du corridor » vers l'Ethiopie tout au moins ; vi) une étude CAP (connaissances, attitudes, pratiques des jeunes djiboutiens) a permis à tous les partenaires de mieux cibler leurs messages de sensibilisation envers les jeunes, mais aussi d'intégrer pleinement les jeunes et adolescents dans l'élaboration des messages eux-mêmes ; vii) vingt animateurs et bénévoles de neuf CDC ont reçu au moins une formation en matière d'animation et de mobilisation communautaire centrée sur la participation des jeunes ; viii) les hauts cadres du Ministère de la Jeunesse et cinq jeunes ont été formés à devenir des formateurs sur l'approche et la gestion participative dirigée vers les adolescents et les jeunes, grâce à l'appui du bureau régional l'Unicef ; ix) une stratégie nationale intégrée de communication et de mobilisation pour le VIH a été mise en place par le Secrétariat Exécutif avec le soutien et l'expertise technique de l'Unicef.

#### **Ce que nous révèle l'enquête CAP des jeunes djiboutiens - 2005**

- **Les jeunes de Djibouti** sont quasiment **tous sensibilisés à la question du VIH/SIDA**. 93% en ont déjà entendu parler et plus de 90% savent que c'est une maladie mortelle ;
- Ils ont une **assez bonne connaissance des facteurs de contamination et des méthodes de prévention**, mais gardent un certain nombre d'idées reçues. 73% savent que la fidélité entre deux personnes peut permettre d'éviter le virus et 61% que les préservatifs est un bon moyen de prévention. Mais seuls 16% des 13-24 ans et 18% des 15-24 ans ont une connaissance approfondie du VIH (indicateur ONUSIDA) ;
- **La maladie semble rester virtuelle** malgré des connaissances théoriques. Ils n'ont **pas de comportements particulièrement responsables** face aux risques de contamination. Ainsi, ils sont encore minoritaires à utiliser le préservatif au cours de leur dernier rapport avec un partenaire occasionnel (46% des 15-24 ans et 44% des 13-24 ans) et **le dépistage volontaire est encore peu développé** (30% des jeunes, avec 30% des jeunes qui ne vont pas chercher le résultat de leur test) ;
- **La religion joue un rôle important** dans le regard des jeunes sur la maladie. Deux conséquences : la nécessité d'associer les imams et leaders religieux dans les actions de prévention, et celle de rendre cohérents les messages de prévention avec les règles d'abstinence et de fidélité dictées par la religion ;
- Même si **les points information jeunes (PIJ) et le système des pairs éducateurs semblent avoir fait leurs preuves** et constituent des moyens de sensibilisation de terrain très utiles, les vecteurs de communication les plus efficaces auprès des jeunes restent la télévision et la radio ;

- **Les jeunes non scolarisés ou déscolarisés ont autant de connaissances sur le VIH/SIDA que les autres**, tant la sensibilisation scolaire que la sensibilisation en CDC semblent faire la preuve de leur efficacité ;
- **Les jeunes qui ont le plus de connaissances sur le VIH/SIDA restent cependant les 20-24 ans** poursuivant leurs études à l'Université de Djibouti. Ce sont aussi ceux qui sont les plus prudents dans leurs comportements (relations sexuelles occasionnelles moins fréquentes et plus protégées) ;
- **Les jeunes garçons débutent tôt** (et apparemment de plus en plus tôt) **leur vie sexuelle**. Contrairement aux jeunes filles qui ne sont pas particulièrement précoces au regard des données existantes sur d'autres pays (Burundi, Rwanda). Ainsi, 30% des garçons de 13-15 ans ont déjà eu un rapport sexuel, contre 5% des filles du même âge.
- **Les garçons utilisent davantage les préservatifs** que les filles (sauf lors du 1<sup>er</sup> rapport), même s'ils restent minoritaires à le faire.
- **La majorité des garçons** considère que la **1<sup>ère</sup> relation sexuelle** d'un jeune peut avoir lieu entre **13 et 15 ans**, alors que la majorité des **filles** pensent qu'elle devrait avoir lieu entre **16 et 19 ans**. C'est donc dès le collège qu'il faut commencer des actions de sensibilisation et d'information sur la maladie et les méthodes de prévention.
- On ne distingue **pas de différences notoires dans les connaissances et comportements des jeunes entre les différents districts du territoire**. Seuls les districts d'Arta et de Balbala semblent légèrement être moins bien informés que les autres.
- **Les centres de développement communautaires CDC sont connus et appréciés**, notamment comme lieux de rencontre entre jeunes et de sensibilisation, et comme lieux d'éducation pour les jeunes déscolarisés. Mais ils sont autant connus et **fréquentés par les garçons** qu'inconnus et **désertés par les filles** qui n'y trouvent pas leur place. Pour devenir des lieux pour tous, émerge légèrement la nécessité de développer les activités pour les filles et les actions intergénérationnelles. Les sensibilisations (notamment au VIH) sont un bon vecteur dans ce sens (d'autant plus que les jeunes recommandent d'associer les parents aux actions de prévention).
- **Les jeunes ont avant tout besoin d'être soutenus** pour s'insérer professionnellement (activités génératrices de revenus, formation professionnelle...), et pour réussir et poursuivre leurs études (aide aux devoirs, livres, cours du soir, mais aussi soutien matériel pour la poursuite des études).
- **Les CDC peuvent développer les actions** dans ce sens, tout en restant des lieux de sensibilisation, d'information et d'accès à des activités de loisirs encadrés pour les jeunes, notamment ceux qui sont déscolarisés ou non scolarisés.

(Source : Enquête CAP –MJSLT/Unicef-2005)

☞ De son côté, la Direction de la santé de la mère et de l'enfant consacre un volet important à **la santé reproductive des adolescents et jeunes** en coopération avec le UNFPA. Dans le cadre de ce programme des centres de mobilisation sociale (CMS) ont été mis en place dans certains établissements d'enseignement secondaires, dans les CDC et au sein de quelques associations visant à mieux sensibiliser les jeunes face aux dangers que représentent : i) les IST/SIDA ; ii) les grossesses précoces ; iii) les comportements néfastes à la santé. Le programme met par ailleurs l'accent sur la prévention et vise à promouvoir un comportement responsable en leur permettant de : i) mieux connaître leur corps ; ii) mieux prendre en main leur vie sexuelle et affective ; iii) mieux mesurer les dangers encourus en cas de comportements à risques ; iv) mieux réagir en cas d'infection/maladie

#### **Qu'est-ce qu'un Centre de Mobilisation Sociale (CMS) ?**

Un CMS est un pôle relais d'information et de prise en charge des adolescents en Santé Reproductive. Les institutions susceptibles d'accueillir un CMS sont : i) les Etablissements Scolaires Moyens et Secondaires ; ii) les Centres de Développement Communautaire (CDC) ; iii) les Associations et ONG.

Ses objectifs visent : i) la réduction de la vulnérabilité des jeunes en matière de Santé de la Reproduction ; ii) l'aménagement d'un espace d'écoute et d'information approprié ; iii) assurer une meilleure prise en charge des jeunes. **Une Cellule fixe d'Ecoute, de Conseil et d'Orientation** offre des entretiens individuels et confidentiels à tous les jeunes qui le souhaitent. Des personnes ressources de l'institution d'accueil, les Pairs/Educateurs, ainsi que des personnes médicales externes assurent des permanences au niveau de la cellule

Des CMS se trouvent au Lycée d'Etat, au LIC, au Lycée de Balbala, au Collège d'enseignement moyen CEM de Fukuzawa, au CEM d'Ambouli ; au CDC Hadji-Dideh ; au CDC d'Einguella et au CDC du Stade.

(Source : Ministère de la santé – Direction Santé mère et enfant – 2006)

## ☞ En matière de lutte contre la consommation des stupéfiants et drogues

La politique de la jeunesse a également mis l'accent sur des programmes médico-sociaux de prévention et de lutte contre le Sida, la délinquance ou la drogue en privilégiant l'offre d'activités sportives, de soutien psychologique ou pédagogique. Pour lutter contre la consommation des stupéfiants et drogues qui touchent les jeunes, **un comité national de lutte contre la drogue (CNLD)** a vu le jour en 2000 accordant un soutien aux projets des associations impliquées dans la prévention et l'éducation.

- Le Khat, le Damai, le haschich, la chicha, la colle, l'essence et les dissolvants sont les drogues les plus répandues à Djibouti.
- Les drogues étaient en question lors de la journée nationale « santé scolaire et universitaire » célébrée pour la première fois à Djibouti le 14 mai 2007 au Lycée de Djibouti.

(Source : Nation 16 mai 2007)

**Tableau 40 : Répartition en pourcentage des fumeurs selon le sexe et milieu de résidence**

Tabac	Fumeurs	Non-Fumeurs
<b>Sexe</b>		
Hommes	<b>36,3%</b>	63,7%
Femmes	<b>5,4%</b>	94,6%
<b>Milieu</b>		
Urbain	20,7%	79,3%
Rural	20,2%	79,8%
<b>Total</b>	<b>20,6%</b>	79,4%

(Source : EDIM-2006)

En ce qui concerne **les jeunes face au tabagisme**, une enquête menée par le Ministère de la santé en milieu scolaire en 2003 a révélé que 19% des jeunes consomment toutes formes de tabac dont 23,7% de garçons et 12,2% de filles. 11% fument couramment la cigarette dont 15% de garçons et 10,5% de filles. Par contre, les résultats de l'EDIM-2006 ci-dessus indiquent que 20,6% de la population sédentaire sont des fumeurs. 36,3% des hommes sont des fumeurs contre seulement 5,4% des femmes. Les fumeurs sont à 20,7% en milieu urbain contre 20,2% en milieu rural.

De même un **autre fléau social** que connaît Djibouti est celui de **la consommation du khat** (plante à effet euphorisant assimilée à une drogue douce). Les données de l'EDIM-2006 font cependant état d'une possible régression de la consommation comme le laissent supposer les résultats suivants :

**Tableau 41 : Répartition en pourcentage des consommateurs de khat par sexe et milieu**

Khat	Chaque jour	1fois/semaine	Occasionnellement	Jamais	Total	%
<b>Sexe</b>						
Hommes	39,7	3,5	0,3	56,4	100,0	43,5
Femmes	3,1	4,1	0,4	92,4	100,0	7,6
<b>Milieu</b>						
Urbain	21,2	3,9	0,4	69,3	100,0	25,4
Rural	20,6	3,0	0,0	76,4	100,0	23,4
<b>Total</b>	<b>21,1</b>	<b>3,8</b>	<b>0,3</b>	74,7	100,0	<b>25,3</b>

(Source : EDIM-2006)

Autrement dit, près d'un quart de la population sédentaire consomment du khat. Parmi eux, 21,1% consomment tous les jours ; 3,8% le consomment une fois par semaine et 0,3% occasionnellement. Le sexe est aussi un déterminant de la consommation du khat : 43,5% des hommes sont des consommateurs contre seulement 7,6% des femmes. Le milieu de résidence n'a pas une grande influence sur la consommation du khat. (25,4% pour le milieu urbain contre 23,6% pour le milieu rural. Cette différence est encore plus faible pour les consommateurs quotidiens (21,2% contre 20,6%).

## ☞ Dans le domaine de l'emploi

« ...Ahmed est un jeune djiboutien qui a quitté le circuit scolaire après la classe de CM2. Comme bon nombre de ces camarades il est rentré à la vie active sans aucune qualification. Après avoir bénéficié d'une formation d'un an en plomberie, il a monté sa propre petite entreprise. Les gens font appel à ses services et ce métier lui permet de gagner convenablement sa vie. « Vous savez, le problème de notre jeunesse réside dans le fait que tout le monde veut travailler dans un bureau ». Même ceux qui ont quitté l'école très tôt dédaignent les petits métiers. Ceci a fait que des étrangers exercent ces jobs et occupent une part importante dans l'économie informel. Avec la mise en place du Fonds de Développement Economique de Djibouti (FDED) qui démarrera bientôt ses activités, le Gouvernement veut promouvoir l'auto emploi et mettre à la disposition des jeunes des crédits pour qu'ils puissent créer leur propre entreprise et ainsi accéder à des crédits avec un taux d'intérêt préférentiel. La question de l'emploi est au centre des préoccupations du Gouvernement. (D'après Kenedid Ibrahim)

(Source : La Nation Plus « Cahier mensuel » - édition N°4 – 12/06)

### La création d'emplois : « Une des priorités du gouvernement »

Partout dans le monde, la question de l'emploi mobilise des plans et des stratégies. Les Etats ne lésinent pas sur les moyens afin de juguler le chômage et surtout celui des jeunes. A Djibouti où certaines études menées dans ce sens signalent un taux de chômage élevé, le gouvernement a inscrit la création d'emplois au rang de ses priorités.

Le Service National Adapté crée il y a de cela trois années fait partie de ces initiatives qui ont redonné espoir à plus d'un millier de jeunes qui, après une formation diplômante, ont la priorité à l'embauche tant dans le secteur public que privé. Le Fonds de Développement Economique de Djibouti (FDED) qui démarrera incessamment ses activités s'inscrit lui aussi dans cette politique qui vise à offrir aux jeunes, qui ont des projets à réaliser, des crédits afin qu'ils puissent créer leur propre entreprise. Par ailleurs, le projet de cette décennie, c'est à dire le futur port de Doraleh permettra lui aussi de créer un nombre important d'emplois.

Par l'ouverture des avancements pour les agents de l'Etat et la création pour l'année 2007 de quelques 1.400 postes budgétaires, lesquels permettront le recrutement de jeunes diplômés dans la fonction publique, sans oublier l'adoption récente du statut des journalistes, la question de l'emploi est au cœur de l'actualité en cette fin d'année. (D'après Kenedid Ibrahim)

(Source : La Nation « Plus » ; Cahier mensuel- Edition n°4 - décembre 06)

## ☞ Dans le domaine de la jeunesse, des sports, de la culture et des loisirs

Dans la redynamisation d'une politique en faveur de la jeunesse et de la lutte contre le désœuvrement des jeunes, le Gouvernement a lancé la pratique du sport sur l'ensemble du territoire, y compris l'éducation physique et sportive en milieu scolaire. Le soutien aux infrastructures et associations sportives, l'encouragement des jeunes à s'adonner à une activité physique ou socioculturelle sont des actions clés des autorités en faveur de l'intégration sociale et de la lutte contre la marginalisation et la délinquance des jeunes.

La tenue en juin 2004 des **assises nationales du sport** a concrétisé cette volonté de répondre au plus près des besoins et des aspirations des sportifs djiboutiens. La réhabilitation de l'ancien stade municipal de Djibouti dans le cadre du projet Goal mené par la FIFA a permis d'y envisager l'installation d'un **centre national technique**. Un programme de réhabilitation des plateformes sportives dans les districts se met progressivement en place. Des terrains vagues ont été aménagés dans les quartiers défavorisés. Des professionnels du sport et animateurs socioculturels ont été formés.

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports a également mis un point d'honneur sur **le sport féminin** en créant une Commission nationale féminine. Le grand prix du Chef de l'Etat de l'année 2004 a été décerné à des associations de promotion du sport féminin.

La promotion des arts et de la culture a été également élevée au rang de priorité. L'année 2004 a vu l'ouverture de « la galerie d'art God » et la création d'un **Institut des Arts** qui a permis de former 150 jeunes aux rudiments de la musique, du théâtre et des arts plastiques au cours de la période 2004-2006. Le projet de réhabilitation du théâtre des Salines est une autre illustration des investissements consentis par le Gouvernement en faveur de l'enrichissement culturel national. L'organisation annuelle du « Fest Horn » depuis 7 ans est une preuve manifeste pour le développement d'un environnement propice au spectacle et à la musique.

**La création des centres de développement communautaire (CDC)**, aux lieux et places de maisons des jeunes a permis de renforcer l'implication des jeunes dans les processus de décision au sein des quartiers et de transférer la responsabilité de certaines activités vers la société civile. La mise en place des comités de gestion issus de la société civile dans chaque CDC concrétise les objectifs de responsabilisation et de gestion participative. Une impulsion considérable a en effet été donnée à la construction, la réhabilitation et à l'aménagement des CDC sur l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs les associations sont au centre du processus de la valorisation des jeunes. **La réalisation de l'annuaire statistique des associations** répond au besoin de recenser les structures participatives. Une certaine souplesse des procédures administratives a été instaurée pour encourager l'émergence de nouvelles associations à vocation sportive et culturelle

## **b) Constat et problème**

Au vu des résultats qui précèdent, on constate que des efforts louables ont été entrepris par le Gouvernement en faveur des adolescents et jeunes dans pratiquement tous les secteurs les concernant (éducation, santé, sport, culture, loisir, formation professionnelle, emploi etc.). Toutefois, il se trouve que presque 59% des adolescents et jeunes de 15-24 ans ne sont pas scolarisés dans l'enseignement secondaire. La transition entre l'enseignement fondamental (primaire et moyen) et le secondaire n'est pas automatique faute de capacités d'accueil. Beaucoup d'élèves, garçons et filles, sont donc orientés vers la vie active à partir de l'âge de 16 ans. Ils sont par conséquent victimes d'une vulnérabilité grandissante et sont exposés au chômage, à l'analphabétisme, à l'abandon scolaire, aux IST/SIDA, aux grossesses précoces, aux avortements clandestins, aux drogues, à la consommation du tabac et le khat, à la délinquance etc. Face à cette situation alarmante, le Ministère de la Jeunesse a organisé un atelier de consultation de jeunes en janvier 2007, afin de trouver avec eux des solutions et remèdes aux maux et problèmes auxquels ils sont confrontés.

### **La question Jeune**

« ...Le Ministère de la Jeunesse a lancé à l'INAP les travaux de consultation nationale de la jeunesse. Plus d'une centaine de jeunes issus des différents quartiers de la capitale et des districts de l'intérieur participent à ces assises aux côtés des représentants du mouvement associatif... Comme le Ministre l'a souligné dans son discours d'ouverture, cette consultation nationale s'inscrit dans le cadre du 5<sup>ème</sup> Forum du développement Economique de l'Afrique qui s'est tenue à Addis Abeba du 15 au 19 novembre dernier... »

Pour le Ministre il est donc impérieux « *d'impliquer davantage les jeunes dans le processus de développement économique de l'Afrique, associer et favoriser sa participation à la prise de décisions tant sur le plan de la conception que de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets qui les concernent* ». Tout en rappelant l'intérêt particulier que le Président de la République accorde à la jeunesse, le Ministre a annoncé la mise en place prochaine d'un Conseil National de la Jeunesse djiboutienne, le CNJD, une structure consultative, autonome et démocratique qui servira de cadre national de concertation, d'expression et d'action... Le Ministre n'a pas manqué de saluer l'apport constant qu'apportent les organisations du Système des Nations Unies, notamment le PNUD et l'UNICEF, en faveur de la jeunesse...

(Source : La Nation « N°5 du 11/01/07 »)

☞ Le Conseil national de la jeunesse djiboutienne (CNJD) a été officiellement mis en place par le Président de la République en mars 2007.

### **Le Conseil National de la Jeunesse Djiboutienne (CNJD)**

Article 1 : Il est créé par les présents statuts, un Conseil National de la Jeunesse Djiboutienne. Le CNJD est la plate forme nationale de concertation, d'expression et d'action des Associations, Organisations et Mouvements de Jeunesse de Djibouti. Il est placé sous la tutelle du Ministère en charge de la Jeunesse.

Article 4 : Le CNJD est apolitique et à but non lucratif. Il a pour **seul but** : la promotion et l'épanouissement des jeunes à Djibouti par un rôle consultatif, proactif et représentatif auprès des institutions nationales et internationales agissant sur les sujets relatifs à la Jeunesse.

Article 5 : Le CNJD a pour **objectifs généraux** de : i) favoriser le dialogue entre les jeunes, les pouvoirs publics et les organismes étrangers internationaux et assurer la prise en charge de leurs besoins ; ii) favoriser les conditions de promotion de la jeunesse à travers la concertation, l'expression et l'action ; iii) favoriser la participation des jeunes à la vie effective de la société et au processus de prise de décision ; iv) contribuer à l'insertion socio-économique des jeunes et promouvoir la culture d'entreprise en milieu jeune ; v) mobiliser la jeunesse pour la consolidation de la démocratie participative ; vi) former et éduquer les jeunes à l'esprit de civisme ; vii) promouvoir l'auto emploi des jeunes ; viii) promouvoir le sport, les arts et la culture ; ix) former la jeunesse sur les valeurs sociales et la culture de la paix ; x) promouvoir la formation citoyenne des jeunes ; xi) favoriser l'apprentissage par les jeunes de leurs droits et devoirs ; xii) impulser et soutenir la solidarité nationale et internationale par et pour les jeunes ; xiii) préparer et assurer la représentation de jeunes à toutes les concertations locales, nationales et internationales ; xiv) contribuer à la lutte contre les fléaux sociaux et la pauvreté ; xv) contribuer à la promotion de la santé des jeunes et notamment celle des adolescents ; xvi) mobiliser les jeunes en faveur de la protection de l'environnement et la promotion du développement durable.

(Source : La Nation n°29 du jeudi 8 mars 2007 - Extrait du statut du CNJD)

☞ Les problèmes majeurs qui en découlent sont entre autres celui de **l'insertion sociale et économique des adolescents et des jeunes (problème 10)** d'une part, et celui en particulier des **risques de grossesses et d'accouchement concernant les jeunes filles et femmes de moins 20 ans, (problème 11)** d'autre part.

### **c) Causes**

☞ Pour les difficultés d'insertion sociale et économique des adolescents et des jeunes, (problème 10) les causes identifiées sont :

Causes immédiates : i) le chômage et le sous-emploi des jeunes ; ii) la faible qualification professionnelle ; iii) le faible développement des capacités des jeunes ; iv) la situation d'insatisfaction économique de la jeunesse ; etc.

Causes sous-jacentes : i) la saturation du marché de l'emploi ; ii) le manque de création d'emplois ; iii) le manque de ressources pour l'auto-emploi ; iv) le désintérêt pour la formation professionnelle ; v) la primauté de l'enseignement général sur l'enseignement technique et professionnel ; vi) les structures de formation inadéquates et insuffisantes ; vii) la faiblesse de la qualification dans le secteur informel ; ix) la faible scolarisation et déperdition scolaires ; x) la faible qualité de l'enseignement formel ; xi) le décalage entre les contenus d'enseignement et la réalité ; xii) le sentiment d'une absence d'avenir ; xiii) la désintégration des structures associatives et communautaires ; xiv) l'insuffisance des structures d'insertion sociale ; etc.

Causes fondamentales : i) la faiblesse de la prise en compte des jeunes dans les politiques sectorielles ; ii) l'insuffisance du budget ; iii) l'insuffisance du fonds d'insertion pour l'emploi ; iv) la faiblesse de la conscience de développement ; v) la pauvreté ; vi) la faiblesse de l'épargne ; vii) la faiblesse de la productivité du travail ; etc.

☞ Pour les risques de grossesse et d'accouchement des adolescentes et des jeunes femmes de moins 20 ans, (problème 11) les causes identifiées sont :

Causes immédiates : i) la malnutrition et les carences en micronutriments ; ii) les maladies ; iii) la faible prise en charge des grossesses et accouchements à risque ; iv) les grossesses non désirées et avortements ; etc.

Causes sous-jacentes : i) l'alimentation inadéquate et déséquilibrée ; ii) l'insécurité alimentaire ; iii) la faiblesse des soins familiaux ; iv) les faiblesses de soins dans les services de santé ; v) la faible conscience des risques ; vi) l'insuffisance du suivi de la grossesse ; vii) la surcharge de travail ; viii) l'accouchement non-assisté ou à domicile ; ix) la faiblesse de l'hygiène à l'accouchement ; x) le travail de la femme jusqu'au dernier moment ; xi) les soins et prise en charge inadéquats ; xii) les mariages précoces ou non désirés ; xiii) la non maîtrise de la sexualité et de la fécondité ; xiv) le faible recours au planning familial ; xv) l'interdiction légale de l'avortement ; xvi) l'accès au planning familial difficile pour les adolescents ; xvii) le manque d'information sur les comportements favorables à la santé ; xviii) les faibles revenus des familles ; xix) l'insuffisance et accès difficile aux structures sanitaires ; xx) l'insuffisance des structures de référence obstétriques ; xxi) l'insuffisance de personnel paramédical ; xxii) la faible implication des services de santé dans les communautés ; etc.

Causes fondamentales : i) la faiblesse de la politique en faveur de la sécurité alimentaire familiale et la prise en charge de la santé ; ii) les contraintes socioculturelles ; iii) la prise en compte insuffisante des besoins de la femme dans les politiques d'éducation et de formation ; v) la faiblesse de la politique en faveur de la promotion de la femme ; etc.

# 5 – Lacunes de capacités des titulaires de droits et des détenteurs d'obligations

☞ A noter que c'est au cours de l'atelier qui a eu lieu en décembre 2006 et qui a regroupé plusieurs cadres du pays, des représentants des ONG et associations locales, des jeunes, ainsi que des représentants des agences, fonds et programmes du Système des Nations Unies, que l'analyse causale de la situation des femmes, qui précède, a été établie et les problèmes majeurs identifiés. C'est au cours de ce même atelier, et dans le prolongement de la réflexion, que les lacunes de capacités des titulaires de droits et des détenteurs d'obligations, qui suivent, ont été également identifiées.

## 5.1- Les titulaires de droits

Il s'agit des **femmes**, des **petits enfants**, des **enfants**, des **adolescents et des jeunes, filles et garçons**.

☞ **Ils ont pour rôles de** : i) exiger ou revendiquer leurs droits conformément aux Conventions internationales (droits de l'homme, CDE, CEDEF) ratifiées par le Gouvernement ; ii) revendiquer l'égalité de chance dans l'accès à la santé et aux soins appropriés, à une éducation de qualité, à l'emploi, à l'accès à l'eau, à l'assainissement etc. iii) refuser toute injustice et en particulier la discrimination ; iv) revendiquer le droit à l'information ; à la liberté d'expression ; v) participer à l'amélioration du cadre et conditions de vie ; vi) s'impliquer davantage dans la mise en oeuvre des programmes les concernant ; vii) exiger le suivi régulier de leur état de santé ; viii) revendiquer une prise en charge de qualité ;

☞ **Leurs lacunes sont** : i) la méconnaissance de l'existence des Conventions internationales ; ii) la méconnaissance de droits fondamentaux ; iii) le manque d'information et de communication ; iv) l'incapacité à réclamer les droits ; v) la faible capacité à influencer sur les politiques ; vi) l'extrême situation de précarité ; vii) la faible capacité d'organisation et d'action ; viii) le manque de moyens matériels, humains et financiers ; etc.

## 5.2- Les détenteurs d'obligations

Les détenteurs d'obligations ou ayants devoirs identifiés pendant l'atelier ont été les suivants : l'Etat ; les élus locaux ; les chefs de village et les leaders communautaires ; les chefs religieux et coutumiers ; la famille et les parents ; la société civile, les ONGs et associations ; le secteur privé ; les médias ; les partenaires au développement.

☞ **Ils ont pour rôles :**

**1- L'Etat** : i) développer et mettre en œuvre des politiques adaptées en faveur des femmes et enfants ; ii) sensibiliser les populations, hommes et femmes, sur leurs droits ; iii) promouvoir une culture d'équité et d'égalité entre les sexes par la mise en place des mesures et actions institutionnelles et de sensibilisation ; iv) soutenir l'intégration de la dimension genre dans tous les plans, programmes et projets ; v) assurer un accueil et des services de qualité aux couches les plus vulnérables de la population ; vi) créer des conditions d'un accès équitable aux services publics ; etc.

**2- Les élus locaux** : i) assurer l'interface entre l'Etat et les communautés pour améliorer le bien-être des populations ; ii) prendre en charge la gestion de l'environnement et du cadre de vie ; iii) mettre en place un cadre institutionnel adéquat ; iv) faire respecter la réglementation ; v) participer à la mobilisation des ressources financières et au financement des projets ; vi) appuyer les efforts des communautés ; vii) informer, éduquer et communiquer ;

**3- La communauté, les leaders communautaires et les chefs de village :** i) contribuer au fonctionnement et à la gestion des infrastructures en eau, des écoles, des centres de santé, des centres de développement communautaire (CDC) ; ii) contribuer, coopérer et appuyer les efforts nationaux ; etc.

**4- Les chefs coutumiers et religieux :** i) soutenir les efforts du Gouvernement en matière d'intégration de la femme dans le développement et la protection des enfants ; ii) faire preuve d'une ouverture d'esprit à l'égard des actions de sensibilisation et des campagnes d'information pour faire évoluer les mentalités ; etc.

**5- Les parents, la famille :** i) offrir les meilleurs soins aux petits enfants et femmes enceintes en matière de soins, d'alimentation, nutrition, hygiène, stimulation ; ii) offrir un environnement protecteur et un encadrement psychosocial et affectif de qualité aux enfants et aux adolescents ; iii) assurer un soutien aux femmes enceintes pendant leur grossesse ; etc.

**6- La société civile, les ONGs et associations :** i) contribuer aux efforts du Gouvernement ; ii) participer aux campagnes d'information et de sensibilisation ; iii) contribuer à la défense des droits des femmes et enfants ; iv) intervenir au niveau de la politique ; v) développer des modèles de prise en charge communautaire de petits enfants, enfants, adolescents et femmes vulnérables ; etc.

**7- Les médias :** soutenir les efforts du Gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement par la médiatisation à travers la presse, la radio et la télévision ;

**8- Le secteur privé :** i) soutenir les efforts du Gouvernement ; ii) appuyer les campagnes de sensibilisation ; iii) prendre part aux activités d'aide et de soutien ;

**9- Les partenaires au développement :** i) soutenir les efforts du Gouvernement en mobilisant des ressources ;

**☞ Leurs lacunes sont :**

**1- L'Etat** est handicapé dans ses actions à cause de l'insuffisance des capacités humaines, matérielles et financières. Il y a en fait un décalage entre les ambitions et les capacités d'exécution. Les engagements pris sont limités et les responsabilités diluées. Ce qui explique les faiblesses dans la concrétisation des droits de la femme. Par ailleurs, il existe un problème d'accès aux ressources financières, et même lorsque celles-ci existent, elles sont insuffisamment utilisées, d'où la faiblesse dans la capacité d'absorption des fonds. On note également une lenteur dans l'adoption des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires et promotionnelles, ainsi que des difficultés dans l'application de certains textes. On relève aussi une absence de suivi et d'évaluation des projets, programmes financés par les partenaires techniques et financiers. On constate de même les politiques chiffrées, axées sur des objectifs et indicateurs de suivi précis, font souvent défaut. Enfin, le système de protection sociale laisse à désirer.

**2- Les élus locaux** n'appréhendent pas toujours l'étendue du transfert des responsabilités qui leur sont conférées. Par ailleurs, ils sont souvent victimes d'un manque de structures mises à leur disposition et d'une insuffisance de moyens matériels et financiers, ce qui limite leur champ d'actions. La culture de développement local leur fait également défaut.

**3- La communauté, les leaders communautaires et les chefs de village** sont limités dans leurs interventions à cause de la pauvreté. Ils manquent de ressources aussi bien humaines que financières pour mener des actions communautaires. Ils n'appréhendent pas non plus leur sens de responsabilité dans la gestion des infrastructures communautaires.

**4- Les chefs coutumiers et religieux** manquent de culture générale. Ils ont tendance à trop souvent se référer à la tradition et à la religion. Leur esprit d'ouverture laisse à désirer. Leur attachement aux pratiques traditionnelles néfastes, comme les MGF par exemple, montre que les actions d'information et sensibilisation dans ce sens restent souvent vaines.

**5- Les parents, la famille, les maris** ont un sens de responsabilité qui se révèle parfois défaillant à cause de la famille nombreuse, du chômage et le manque de ressources financières, mais aussi d'un manque d'information et de communication. Ils ont tendance à s'en remettre à d'autres pour la garde des enfants (les aînés, autres membres de la famille, les bonnes, etc.)

**6- La société civile, les ONGs et associations** ont tendance à ignorer leur sens de responsabilité et la force de proposition ainsi que le rôle catalyseur qu'elles peuvent jouer au sein de la société. Elles s'en remettent à l'Etat et aux partenaires au développement pour offrir des services. Elles méconnaissent souvent les Conventions internationales et ignorent en quelque sorte les droits fondamentaux des femmes et des enfants, ce qui explique leur intervention insuffisante dans la défense de ces droits par suite d'un accès difficile à l'information et à l'utilisation des moyens de communication. Leur mobilisation est souvent limitée par manque de moyens à tous les niveaux (humain, organisationnel, administratif et financier) et par manque de capacités et compétences.

**7- Les médias** manquent de moyens humains, matériels et financiers. Leurs interventions sont limitées et souvent contrôlées quand il s'agit de la vulgarisation du respect des droits humains.

**8- Le secteur privé** ne se sent pas concerné dans les actions gouvernementales. Son engagement en faveur des femmes et enfants est quasi inexistant.

**9- Les partenaires au développement** interviennent timidement dans le processus de développement. De plus, on relève des lourdeurs dans leurs procédures d'exécution souvent complexes et des retards dans le déboursement des fonds. Leur plaidoyer en faveur de l'application des droits et conventions et autres instruments internationaux est estimé insuffisant. On constate par ailleurs un manque de cohérence et d'harmonisation au niveau des actions entreprises entre différents partenaires techniques et financiers. Ils ont tendance à proposer des solutions uniques pour des situations différentes.

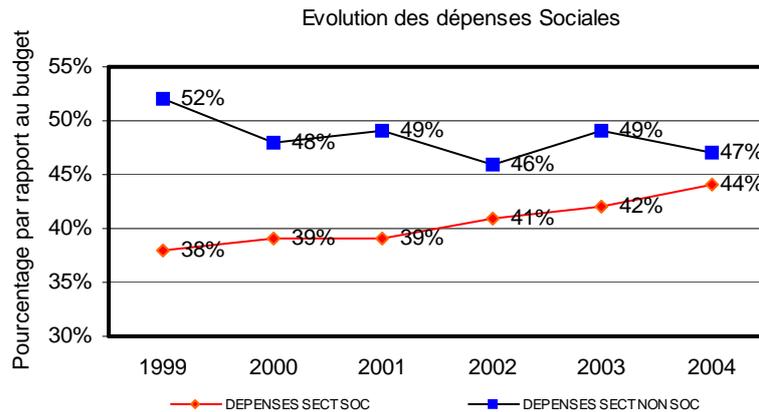


(Photo 21 et 22 : Fille et garçon en zone rurale – Unicef)



## 6 - Conclusions

Il ressort de l'analyse de la situation ci-dessus mise en relief, que la volonté politique en faveur de l'amélioration des conditions de vie des femmes et enfants, des jeunes et adolescents, existe, et elle est manifeste. Les progrès qui ont été réalisés par le Gouvernement dans ce sens sont notables, comme en témoigne d'ailleurs le graphique ci-dessous relatif aux ressources budgétaires allouées aux secteurs sociaux durant les cinq dernières années. La nomenclature du budget national indique que les dépenses sociales se sont accrues d'année en année en passant de 38% en 1999 à 44% en 2004.



(Source : Budget national 2006- Ministère des finances)

De plus, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, les autorités du pays ont organisé une réunion avec le groupe de coordination des institutions financières arabes en novembre 2005 pour mobiliser d'autres ressources extérieures nécessaires en faveur des projets concernant notamment les secteurs de l'éducation, la santé, l'habitat social, l'eau et l'assainissement. Les financements annoncés des institutions financières arabes sont évalués à près de 370 millions de dollars US. Par ailleurs, le programme d'investissements publics pour les années 2006-2008 va est également en faveur des femmes et enfants, comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 42 : Programme d'investissements publics 2006-2008 (en millions de Francs Djibouti)**

Secteurs	Bailleurs	Nature	Coût
<b>Agriculture – Elevage – Eau</b>			
Programme sécurité alimentaire	BID	Prêt	269
Programme sécurité alimentaire	BID	Don	69
Développement micro finances rurales	FIDA	Prêt	619
Système d'alerte famine rapide (FEWS)	USAID	Don	177
Construction de 23 forages	Fonds saoudien	Prêt	712
Projet Eau /Energie	IDA	Prêt	1.239
<b>Actions sociales</b>			
ADETIP (travaux d'intérêts publics)	IDA	Prêt	3.557
Fonds social de développement	BAD	Prêt	1.447
Appui au Ministère de la femme	BAD	Don	174
Appui à la lutte contre la pauvreté	PNUD	Don	122
<b>Éducation</b>			
Construction écoles et collèges	BAD	Prêt	1027
Construction écoles et collèges	BAD	Don	82
Construction écoles et lycées	BID	Prêt	848
Construction écoles et lycées	FADES	Prêt	2380

Construction écoles et collèges	Japon	Don	1400
Construction écoles et lycées	Fonds saoudien	Prêt	1246
Amélioration capacités des écoles	IDA	Prêt	1777
Alphabétisation des jeunes filles et femmes	BID	Don	45
Alphabétisation des jeunes filles et femmes	BID	Prêt	189
Scolarisation des filles	UNICEF	Don	75
Accès équitable à l'éducation de base	USAID	Don	1780
Equipements du CRIPEN	OPEP	Prêt	240
<b>Santé</b>			
Divers projets de santé	OMS	Don	300
Santé de reproduction	FNUAP	Don	275
Développement services de santé	IDA	Prêt	2670
Lutte contre le VIH/SIDA	IDA	Don	2136
Lutte contre le VIH/SIDA	Fonds mondial	Don	2124
Equipements de santé	USAID	Don	2136
Divers projets de santé	UNICEF	Don	157
Renforcement service de santé	BAD	Don	222
Renforcement service de santé	BAD	Prêt	666
Renforcement service de santé	OPEP	Prêt	444
Développement services de santé	BID	Prêt	840
Construction d'un hôpital	BID	Prêt	1012

(Source : Budget national 2006 – Coût en millions de francs Djibouti / 1 US\$ = 177 FD)

☞ **Mais que disent la Convention des Droits de l'Enfant (CDE) et la Convention pour l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) :**

<b>Droits de l'Enfant</b>
<p><b>En vertu de la Convention relative aux Droits de l'Enfant, chaque enfant a :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Droit au principe de non-discrimination (sans distinction de race, de couleur, de sexe...)</li> <li>- Droit aux mesures prises dans l'intérêt supérieur de l'enfant</li> <li>- Droit à la vie</li> <li>- Droit au nom, à la nationalité, à l'état civil</li> <li>- Droit à la protection de l'identité</li> <li>- Droit de voir respecter la responsabilité de ses parents ainsi que d'assurer son développement, son éducation et son orientation</li> <li>- Droit à la protection contre les déplacements illicites et l'adoption illégale</li> <li>- Droit à la liberté d'expression, de pensée, de conscience et de religion</li> <li>- Droit à la liberté d'association et de réunion pacifique</li> <li>- Droit à la protection contre toute immixtion dans sa vie privée, sa famille, son domicile</li> <li>- Droit à l'accès à une information adéquate</li> <li>- Droit à la protection contre la violence et la négligence</li> <li>- Droit à la protection et aide spéciales pour un enfant privé de son milieu familial</li> <li>- Droit à la protection contre les conflits armés</li> <li>- Droit aux soins spéciaux en cas d'handicap</li> <li>- Droit à la santé et l'accès à des services de santé</li> <li>- Droit à la sécurité sociale</li> <li>- Droit à un niveau de vie décent</li> <li>- Droit à l'éducation</li> <li>- Droit au repos, aux loisirs, jeux et activités récréatives, à la vie culturelle et artistique</li> <li>- Droit à la protection contre le travail, la traite, l'exploitation à des fins sexuelles ou autres usages de stupéfiants et de substances psychotropes</li> <li>- Droit à la protection contre la torture et la privation de la liberté</li> <li>- Droit à la dignité et valeur personnelle même s'il a enfreint la loi</li> </ul>

(Source : Unicef - La Situation des enfants dans le monde 2005)

## **Droits de la Femme**

*L'expression « discrimination à l'égard des femmes » vise toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans toute autre domaine*

### **En vertu de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF), toute femme a le droit de :**

- Voter à toutes les élections et dans tous les référendums publics...
- De prendre part à l'élaboration de la politique de l'Etat et à son exécution, occuper des emplois publics, exercer toutes les fonctions publiques à tous les échelons du Gouvernement
- De participer aux organisations et associations non-gouvernementales
- De représenter leur Gouvernement à l'échelle internationale et de participer aux travaux des organisations internationales
- Avoir des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'acquisition et le changement et la conservation de la nationalité
- Avoir des droits égaux à ceux de l'homme en ce qui concerne la nationalité de leurs enfants
- Avoir droit à l'éducation sur la base de l'égalité
- Accès aux études et obtention de diplômes, dans l'enseignement préscolaire, général et technique, professionnel et technique supérieur, aux mêmes programmes et aux mêmes examens...
- Eliminer toute conception stéréotypée des rôles de l'homme et de la femme à tous les niveaux en encourageant l'éducation mixte...
- Octroi de bourses et autres subventions pour les études
- Accès aux programmes d'éducation permanente, y compris aux programmes d'alphabétisation pour adultes et fonctionnelle
- Réduction des taux d'abandon féminin des études et l'organisation de programmes pour les filles et femmes ayant quitté l'école prématurément
- Participer activement aux sports et à l'éducation physique
- Accès aux renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles
- Eliminer la discrimination dans le domaine de l'emploi
- Droit au travail
- Droit au libre choix de la profession, à la promotion et à la stabilité de l'emploi, droit à des congés payés
- Droit à l'égalité de rémunération
- Droit à la sécurité sociale, retraite, chômage, de maladies, d'invalidité vieillesse....
- Droit à la protection de la santé et à la sécurité des conditions de travail. Garantir le droit effectif au travail en raison de leur mariage ou de leur maternité
- Interdire le licenciement pour cause de grossesse
- Instituer l'octroi de congés de maternité payés
- Encourager la fourniture des services sociaux
- Assurer une protection spéciale aux femmes enceintes
- Eliminer la discrimination dans le domaine de la santé
- Eliminer la discrimination dans le domaine de la vie économique et sociale
- Droit aux prestations familiales
- Droit aux prêts bancaires, prêts hypothécaires et autres formes de crédit financier
- Droit de participer aux activités récréatives, aux sports et à tous les aspects de la vie culturelle
- Participer à l'élaboration et à l'exécution des plans de développement
- Accès aux services adéquats dans le domaine de la santé
- Bénéficier directement des programmes de sécurité sociale
- Recevoir tout type de formation et éducation
- Organiser des groupes d'entraide et des coopératives pour les salariés ou indépendants
- Participer à toutes les activités de la communauté
- Accès au crédit et aux prêts agricoles
- Bénéficier de conditions de vie convenables
- Droit de contracter le mariage

- Droit de choisir librement son conjoint et de ne contracter le mariage que de son libre et plein consentement
- Avoir les mêmes droits et responsabilités au cours du mariage et lors de sa dissolution
- Avoir les mêmes droits et responsabilités concernant les enfants, quel que soit leur état matrimonial
- Décider librement du nombre et de l'espacement des naissances
- Avoir les mêmes droits et responsabilités en matière de tutelle, de curatelle, de garde et d'adoption
- Droits personnels au mari et à la femme concernant le choix de la profession ou occupation
- Droits personnels à chacun des époux en matière de propriété, d'acquisition, de gestion d'administration, de jouissance et de dispositions des biens
- Fixer un âge minimal pour le mariage qui soit inscrit sur un registre officiel

(Source : Extrait de la Convention CEDEF des Nations Unies - Site web - 2006)

#### **Droits accordés aux jeunes par la Constitution**

A noter aussi que la politique du Gouvernement en faveur de la jeunesse mentionne que **les droits accordés aux jeunes** par la Constitution seront garantis dans la pratique, notamment :

- i) le droit à la liberté d'expression ;
- ii) le droit à la protection contre l'exploitation, la discrimination et la violence sous toutes ses formes ;
- iii) le droit d'être représenté dans les organismes décisionnels ;
- iv) le droit d'accéder à tous les avantages de la citoyenneté (éducation, formation, emploi, services juridiques, santé, loisirs) ;
- v) le droit à la propriété individuelle et collective ;
- vi) le droit à la vie associative.

(Extrait du document de politique nationale de la jeunesse / 2001 – 2005 - MJSLT)

☞ A la lecture respective de trois encadrés ci-dessus - relatifs aux droits des femmes, enfants et des jeunes - croisée comparativement avec le bilan de l'analyse de la situation, il se trouve que **bon nombre de droits** – aussi bien des femmes que des enfants et adolescents et jeunes – **ne sont encore, ni entièrement respectés, ni totalement satisfaits**. Certains sont même insuffisamment promus et d'autres non protégés.

Autrement dit, pour atteindre en 2015 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les objectifs du Plan d'action pour un Monde digne des enfants (MDE), dans le respect des droits des femmes et enfants, il reste à Djibouti beaucoup de chemin à parcourir.

## 7– Recommandations

Les recommandations qui suivent, sont issues d'une confrontation de recommandations qui résultent de la première conférence de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement qui a eu lieu en décembre 2006, ainsi que celles émanant de la consultation nationale des jeunes qui s'est tenue en janvier 2007 d'une part, et celles se dégageant bien entendu de la présente analyse de la situation des femmes et enfants d'autre part.

Ces recommandations sont proposées en guise de mesures d'amélioration, afin de renforcer et de pérenniser les progrès appréciables réalisés en faveur des femmes et enfants, adolescents et jeunes :

### **Dans le domaine de la politique et de la prise de décision**

- Prévoir à la hausse le quota de 10% en matière de participation des femmes à la prise de décision, et dans les fonctions électives et de l'administration publique, et tendre vers la parité en se conformant au seuil des normes internationales ;
- Créer un observatoire national chargé de veiller aux droits de la femme et de l'enfant ;
- Développer les capacités organisationnelles et humaines des organisations de la société civile, notamment celles des organisations des femmes et des jeunes à plaider pour leurs droits ;

### **Dans le domaine de la santé et de l'environnement**

#### Pour la santé communautaire :

- Multiplier les points d'eau en milieu rural afin de lutter contre la soif et soulager les femmes et les fillettes de leur surcharge de travail, tout en réactivant la gestion traditionnelle de ces points d'eau ;
- Entreprendre des actions d'éducation à la santé et de sensibilisation pour lutter contre la malnutrition (sensibilisation des mères et des familles pour qu'elles ne se sous-alimentent plus pendant la grossesse et pour qu'elles adoptent un allaitement maternel exclusif au moins pendant les 6 premiers mois de la vie de leur enfant, afin de mettre toutes les chances de leur côté) ;
- Renforcer la sensibilisation à la vaccination pour que la couverture atteigne 80% telle que prévue par les OMD ;
- Renforcer la communication afin d'obtenir une large adhésion de la population à la politique sanitaire et surtout à la participation aux coûts ;
- Sensibiliser les femmes pour renforcer la promotion des accouchements assistés dans une structure de santé ;
- Sensibiliser pour favoriser l'adoption de bons comportements en matière de santé et d'hygiène ;
- Poursuivre et renforcer la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes (MGF) en y associant les religieux ;

#### Pour la santé reproductive et la lutte contre le VIH/SIDA :

- Associer les religieux à la sensibilisation sur la contraception et l'espacement des naissances ;
- Poursuivre la médiatisation de bonnes pratiques en matière de santé de la reproduction ;
- Lutter contre les accouchements à domicile et les avortements clandestins ;
- Sensibiliser les mères durant les consultations prénatales sur l'utilité et même la nécessité de la césarienne en cas de risque pour la mère ou l'enfant ;
- Former les équipes médicales pour qu'elles détectent suffisamment tôt les grossesses à risque et évacuent les patientes surtout en milieu rural ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Poursuivre et intensifier la prévention contre le VIH à travers les médias et à travers les pairs éducateurs ;
- Renforcer l'information, l'éducation et la communication relatives aux méthodes contraceptives modernes ;
- Pour la malnutrition sévère, mettre à profit l'appui communautaire et familial dans la stratégie de lutte contre la malnutrition ;

- Améliorer l'utilisation et la fréquentation des structures de santé par les femmes et les jeunes ;
- Donner une priorité nationale à la prévention et à la lutte contre les drogues, les produits nocifs comme le khat, la chicha, le haschich notamment en direction des adolescents et des jeunes ;
- Promouvoir un comportement responsable des jeunes ainsi que la santé reproductive et sexuelle des adolescents ;

#### Pour la nutrition

- Dépister systématiquement les problèmes nutritionnels des enfants et des mères durant les consultations prénatales, postnatales, en consultation pédiatrique, durant les vaccinations, et à toute occasion ;
- Mettre en place un système de suivi régulier des problèmes nutritionnels ainsi que l'évaluation des interventions effectuées ;
- Promouvoir les bonnes habitudes alimentaires, l'augmentation de la diversité alimentaire et la consommation de fer et de vitamine A ;
- Renforcer les équipes mobiles dans les districts en matière de lutte contre la malnutrition ;
- Installer des unités de nutrition dans tous les centres de santé pour assurer une prise en charge adéquate des mal-nutris, le suivi et la surveillance de la croissance infantile ;

#### Pour l'accès à l'eau et à l'assainissement et la réduction de la surcharge de travail de la jeune fille

- Chercher à rapprocher les points d'eau des habitations en vue d'alléger les corvées des femmes et des jeunes filles ;
- Améliorer les moyens d'approvisionnement, de stockage et de conservation pour une meilleure qualité de l'eau ;
- Mettre en place des programmes de mobilisation sociale pour la conservation, la sécurisation et la gestion des points d'eau par la mise en place des comités de gestion et de développement ;
- Développer davantage d'interventions en matière d'assainissement en milieu rural ;

#### **Dans le domaine de l'éducation, alphabétisation et éducation non formelle**

- Accroître l'offre scolaire dans le primaire, le secondaire et surtout dans le préscolaire ;
- Mettre à disposition des ressources suffisantes à la mise en œuvre des projets et programmes d'éducation des filles au niveau du formel et du non-formel ;
- Faire de l'enseignement non-formel un moyen d'accélération de l'éducation des filles ;
- Renforcer les capacités des acteurs à mobiliser des ressources matérielles et financières pour la promotion de l'éducation des filles ;
- Renforcer les capacités de participation de l'enseignement préscolaire et de l'enseignement privé dans la promotion de l'éducation des filles ;
- Sensibiliser les enseignants au problème du genre ;
- Impliquer systématiquement les communautés dans les projets d'éducation ;
- Promouvoir l'alphabétisation des femmes par la mise en œuvre d'un plan annuel d'alphabétisation ;
- Poursuivre et renforcer les activités de plaidoyer et de mobilisation sociale en faveur de l'éducation, la formation et l'intégration socio-économique des femmes ;
- Mener des activités de plaidoyer en faveur de la protection des droits des familles pauvres par la sensibilisation des services publics au respect du droit et des règlements concernant la délivrance de pièces et actes administratifs ;
- Réduire les coûts de l'éducation au profit des enfants de groupes vulnérables et notamment des filles par un accès gratuit aux fournitures et manuels scolaires ;
- Renforcer la qualité et la pertinence de l'éducation et de la formation par rapport aux besoins socio-économiques du pays ;

#### **Dans le domaine de la vie économique et de l'emploi**

- Valoriser les petits métiers exercés par les femmes ;
- Faciliter l'accès aux services financiers des femmes les plus isolées des districts de l'intérieur du pays ;
- Mener une étude sur les femmes dans le secteur informel afin de dégager une typologie des activités qu'elles entreprennent ;

- Tenir des campagnes de sensibilisation auprès des employeurs pour améliorer de la situation des femmes sur le marché de l'emploi ;
- Créer un fonds spécial d'appui aux activités génératrices de revenus pour aider les femmes affectées par le VIH/SIDA ;

#### **Dans le domaine de la protection sociale des femmes et enfants**

- Améliorer les connaissances en matière de violence fondée sur le genre y compris les MGF ;
- Développer des structures de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence;
- Intensifier la lutte contre les MGF par la mise en place d'un programme national pour l'abandon de toutes les formes d'excision ;
- Mettre en place des cellules d'écoute, d'aide et de soutien aux femmes en difficultés au sein des ONG et associations ;
- Entreprendre une étude quantitative sur les enfants à besoins éducatifs spéciaux et les orphelins et enfants vulnérables ;
- Encourager la création des structures d'accueil pour les orphelins et enfants vulnérables ;
- Renforcer les capacités des ONG s'occupant des enfants de rue et délinquants ou enfants en situation de conflits avec la loi ;

#### **En ce qui concerne les adolescents et jeunes**

- Promouvoir l'éducation non-formelle ;
- Valoriser les filières techniques et professionnelles dans l'éducation formelle;
- Développer les programmes de formation sur la gestion des entreprises ;
- Développer l'apprentissage de l'anglais et l'arabe ;
- Développer la formation professionnelle en faveur des jeunes n'ayant pas de qualifications ;
- Développer des programmes des stages de qualification à l'endroit des jeunes déscolarisés ou non scolarisés
- Faciliter l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- Développer l'alphabétisation fonctionnelle chez les jeunes filles en difficulté ;
- Promouvoir la formation des jeunes femmes à l'entrepreneuriat ;
- Renforcer la législation pour protéger les filles contre toute forme d'exploitation tels que les mutilations génitales, la pédophilie, les viols, la prostitution, la pornographie, et contre tout travail susceptible d'être dangereux etc ;
- Renforcer les programmes d'éducation à la santé de la reproduction ;
- Favoriser la formation et la sensibilisation des jeunes sur les enjeux de l'environnement au sein des CDC et les associations ;
- Inciter et encourager les CDC à entreprendre des programmes de salubrité publique dans les quartiers ;
- Favoriser la formation des jeunes pour lutter contre le VIH/SIDA, les IST, le paludisme et la tuberculose par l'éducation par les pairs ;
- Elargir le programme d'éducation à la santé, la lutte contre le tabac et les drogues ;
- Disponibiliser davantage le préservatif dans les CDC ;
- Densifier les éducateurs de santé dans les structures de jeunesse comme les CDC ;
- Mettre en place des mécanismes d'appui financier aux initiatives des jeunes ;
- Stimuler la créativité des jeunes dans la promotion des valeurs et des traditions culturelles ;
- Créer des infrastructures et des services adéquats dans les zones rurales et urbaines pour permettre aux jeunes de participer aux activités physiques, culturelles, artistiques, récréatives et des loisirs.



## 8- Domaines d'interventions prioritaires

Les initiatives futures du Gouvernement qui sont planifiées sur le court et moyen terme entre 2006-2010 sont nombreuses et s'inscrivent dans la perspective des OMD et les cibles du Plan MDE.

Il y a en premier lieu **le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP)** planifié jusqu'en 2015.

Il y a aussi la nouvelle **Initiative nationale de développement social (INDS)** lancé par le Président de la République en janvier 2007, comprenant **un programme d'intervention d'urgence** pour venir en aide aux populations vivant dans des conditions extrêmement difficiles dont les femmes et les enfants.

Il y a ensuite, au niveau sectoriel, plusieurs plans triennaux ou quinquennaux qui existent et qui sont mis en œuvre. Il s'agit entre autres :

- **le plan d'action triennal 2006-2008 du Ministère de l'agriculture chargé des ressources hydrauliques** en parfaite adéquation avec le processus de développement humain durable visant notamment la lutte contre la pauvreté, la faim et la soif ;

- **le plan d'action du Ministère de l'éducation 2006-2008** qui met cette fois l'accent sur la qualité de l'éducation (amélioration de la qualité et de la pertinence des enseignements et des apprentissages) avec entre autres la réduction des disparités géographiques et de genre, le renforcement de la mobilisation sociale en faveur de l'éducation, le développement de la politique du livre scolaire, l'amélioration de la formation initiale et continue des enseignants, la mise en place de stratégies et de structures opérationnelles d'hygiène et de santé scolaire, le développement du préscolaire, l'intégration des enfants ayant des besoins spéciaux, l'extension de l'offre d'alphabétisation et d'éducation non formelle adaptée aux besoins et aux spécificités du public-cible, l'introduction des technologies de l'information et de la communication dans les programmes d'enseignement. .

- **Au Ministère de la Promotion de la femme du bien être familial et des affaires sociales :**

- il y a d'abord **la seconde phase de la SNIFD** qui sera mise en œuvre sur la période 2008-2012.
- Il y a ensuite **le plan d'action relatif à la politique nationale du développement intégré de la petite enfance djiboutienne 2006-2010 (PNDIPED)** qui s'articule autour de quatre programmes majeurs : i) le renforcement du cadre de protection du jeune enfant ; ii) le plaidoyer et la mobilisation pour la mise en œuvre de la politique ; iii) la généralisation de l'enseignement préscolaire ; et iv) la prise en charge intégrée de la femme et du jeune enfant.
- Il y a aussi **le plan d'action 2007-2011 visant à concrétiser la stratégie nationale pour l'abandon de toutes formes d'excision et infibulation (SNAEI)** par la communication et la mobilisation sociale, par l'éducation formelle et non formelle, par la mise en place des mesures d'accompagnement et par le renforcement des capacités institutionnelles.
- Il y a enfin **le plan d'action quinquennal pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV)** établi suite à l'analyse de situation qui a eu lieu en la matière en 2006.

- **Au niveau de la santé, il y a :**

- **le plan d'action quinquennal (2007-2011)** en cours d'élaboration.
- **le plan pluriannuel (2007-2011) en matière de couverture vaccinale** qui est déjà établi.
- **le plan d'action relatif à la lutte contre la tuberculose (2006-2010) ;**
- **le plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA (2003-2007) ;**

- **Au Ministère de la jeunesse, des sports et des loisirs, il y a :**

- **Une nouvelle politique de la jeunesse** en cours de préparation ;
- **Une stratégie nationale multisectorielle de lutte contre l'usage et le trafic des stupéfiants et drogues.**

☞ La logique voudrait que le programme de coopération 2008-2012 de l'Unicef puisse s'inscrire ou s'intégrer dans le cadre des programmes sectoriels du Gouvernement ci-dessus mentionnés, dont certains sont déjà appuyés et soutenus par l'Unicef.

Toutefois, ayant des missions bien précises qui relèvent des domaines d'interventions qui lui sont proprement dévolues et qui ciblent particulièrement les femmes et les enfants, et compte tenu des problèmes majeurs identifiés qui ressortent de la présente analyse de la situation, l'Unicef pourrait, dans la continuité des actions entreprises durant le cycle de programmation précédent, intervenir dans les domaines suivants :

- 1- Sur le plan de **la santé du couple mère et enfant**, l'Unicef pourrait contribuer : i) à faire baisser les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, ainsi que celui du taux de mortalité maternelle ; ii) à aider le Gouvernement à lutter notamment contre le problème de la malnutrition des enfants en bas âge, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, le paludisme et la tuberculose ; iii) à améliorer la couverture vaccinale des enfants ; iii) contribuer à améliorer la santé reproductive des femmes ; iv) à améliorer l'enregistrement des naissances ; v) à améliorer l'accès à l'eau et à l'assainissement notamment en milieu rural pour limiter la surcharge de travail des jeunes filles et femmes ;
- 2- Sur le plan du **bien-être familial**, l'Unicef pourrait contribuer à la stratégie d'intégration de la femme dans le développement, et dans les programmes de lutte contre les MGF et la violence fondée sur le genre.
- 3- **Dans le domaine de l'éducation**, l'Unicef pourrait contribuer à faire augmenter le taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire et moyen tout en mettant un accent particulier à la scolarisation des filles au niveau de l'enseignement secondaire, étant donné que la parité fille/garçon est presque atteinte dans le primaire. L'Unicef pourrait également intervenir sur le plan de **l'alphabétisation et de l'éducation non formelle** des jeunes filles et femmes en vue d'améliorer leurs capacités et compétences les permettant d'avoir beaucoup plus accès aux opportunités économiques ;
- 4- En ce qui concerne **la protection de l'enfant**, sa mission première, l'Unicef pourrait contribuer davantage à promouvoir le développement d'un environnement protecteur notamment en faveur des orphelins et enfants vulnérables, enfants de rue, enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux, enfants en situation de conflit avec la loi.
- 5- S'agissant de la pandémie du **VIH/SIDA**, l'Unicef pourrait contribuer dans la lutte contre la propagation du VIH et chercher à inverser la tendance actuelle, notamment chez les femmes, adolescents et jeunes ;
- 6- Enfin, pour ce qui est **des adolescents et jeunes**, l'Unicef pourrait intervenir en faveur de leur meilleure insertion dans la vie active, et notamment dans la prévention des grossesses à risques des jeunes filles et femmes de moins de 20 ans, et aussi dans la lutte contre la consommation des drogues et stupéfiants.

# Annexe 1

## **Diagrammes des causes**

**Problème 1** : La surcharge de travail de la femme et de la jeune fille ;

**Problème 2** : Les femmes victimes de violences sexuelle, physique et morale

**Problème 3** : Le développement insuffisant des capacités et compétences des femmes

**Problème 4** : L'accès limité de la femme aux opportunités économiques

**Problème 5** : Le statut social et culturel défavorable de la femme

**Problème 6** : La morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans

**Problème 7** : La déficience de la prise en charge sociétale de la petite enfance (0-5 ans)

**Problème 8** : La déficience dans le développement de l'enfant (6-14 ans)

**Problème 9** : L'exclusion sociale et exploitation de l'enfant et de l'adolescent

**Problème 10** : Les difficultés d'insertion sociale et économique des adolescents et jeunes (15-24 ans)

**Problème 11** : Les risques de grossesse et d'accouchement de l'adolescente et la femme de moins de 20 ans























# Annexe 2

## Sources et références des données

- 1- Convention sur les Droits de l'enfant / CDE-Unicef
- 2- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes CEDEF-Unicef
- 3- Bilan et perspectives du Président de la République, M. Ismail Omar Guelleh - 2005
- 4- Analyse de la situation des femmes et des enfants / Unicef-2001
- 5- Brochure pour un Monde digne des enfants / Unicef – juillet 2002
- 6- Rapport de Djibouti relatif à un Monde Digne des Enfants – MPE / Unicef / novembre 2006
- 7- Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement - PNUD/2005
- 8- Rapport National sur le Développement Humain - 2006 / PNUD
- 9- Rapport sur la mise en œuvre de la Convention des Droits de l'enfant (en cours d'élaboration – novembre 2006 - Ministère de la Justice)
- 10- Stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement (SNIFD)/MPF- 2002
- 11- Etude sur l'état des lieux de la SNIFD/MPF-2006
- 12- Rapport de la première conférence de suivi-évaluation de la SNIFD / MPF-2006
- 13- Loi portant Code de la famille – janvier 2002
- 14- Stratégie nationale pour l'abandon de toutes formes d'excision et d'infibulation (SNAEI) – novembre 2006 - Ministère de la Promotion de la femme et du bien-être familial / Unicef
- 15- Etude sur la violence à l'école- février 2005 – Education nationale /Unicef
- 16- Rapport de consultation sur la délinquance juvénile- Simane Idriss Harbi /novembre 2002
- 17- Politique nationale du développement intégré de la petite enfance djiboutienne (PNDIPED)- octobre 2005 - Ministère de la Promotion de la femme et du bien-être familial /Unicef
- 18- Analyse de la situation des orphelins et enfants vulnérables (OEV) / février 2006-Ministère de la Promotion de la femme et du bien-être familial /Unicef
- 19- Enquête djiboutienne sur l'enregistrement des enfants à la naissance/février 2005-Ministère de la Promotion de la femme et du bien-être familial /Unicef
- 20- Etude sur la situation de la violence contre les enfants- mai 2005 - Ministère de la Promotion de la femme et du bien-être familial
- 21- Revue à mi-parcours du programme 2003-2007-Djibouti /Unicef -2005
- 22- Revue à mi-parcours du programme 2003-2007-Djibouti /UNFPA-2005
- 23- Rapport annuel de l'Unicef - décembre 2005
- 24- Bilan Commun de pays CCA - 2006- Djibouti / Système des Nations Unies
- 25- Enquête Démographique Auprès des Ménages - EDAM IS et EDSF/PAPFAM –2002
- 26- Enquête Démographique Indicateurs Multiples –EDIM-/2006-DISED
- 27- Document Cadre Stratégique de Réduction de la pauvreté (CSLP) - janvier 2004
- 28- Schéma Directeur de l'Éducation 2001- 2010 / septembre 2000
- 29- Plans d'action de l'éducation 2000-2005 et 2006-2008 /Ministère de l'Education
- 30- La Réforme de l'École - Bilan des réalisations 1999-2004/Ministère de l'Education
- 31- Annuaire Statistique de l'Education - 2005/2006
- 32- Rapports finaux d'alphabétisation des adultes 2003/2004/2005/2006 –UNFD
- 33- Etude sur les besoins en AENF/Ministère de l'éducation/Coop.française/décembre 2005
- 34- Assises nationales sur l'AENF/Ministère de l'éducation-septembre 2006
- 35- Étude socio-économique des concepts de vulnérabilité et des enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux (EABS) à Djibouti / Ministère de l'éducation nationale/BM-2004
- 36- Evaluation du projet éducation PAAE- Document Banque Mondiale/octobre 2005
- 37- Rapport OMS / Mise en place d'une stratégie de santé scolaire à Djibouti - 2004
- 38- Enquête pilote -Médecine scolaire préventive- Ministère de la Santé/UNFPA- septembre 2006
- 39- Etude de la vulnérabilité à la sécurité alimentaire PAM-mars 2005
- 40- Forum de réflexion sur la santé 05-06 avril 2006 – Rapport final / Ministère de la santé
- 41- Etude CAP sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes djiboutiens/Rapport du 30 mars 2005 / Ministère de la jeunesse-Secrétariat Exécutif de lutte contre le SIDA-Unicef
- 42- Politique nationale de la jeunesse 2001-2005 /Ministère de la jeunesse
- 43- Rapport de la consultation nationale des jeunes/ Ministère de la Jeunesse - Janvier 2007
- 44- Rapport sur la situation de la drogue à Djibouti-Ministère de l'Intérieur /FNP/Police judiciaire/Office central de lutte anti-drogue –2001
- 45- Budget 2006 –Ministère des finances –République de Djibouti
- 46- Plusieurs numéros récents du journal « la Nation »



# Annexe 3

## Objectifs du Millénaire (OMD) – Objectifs du Plan d'action MDE – Objectifs du DSRP

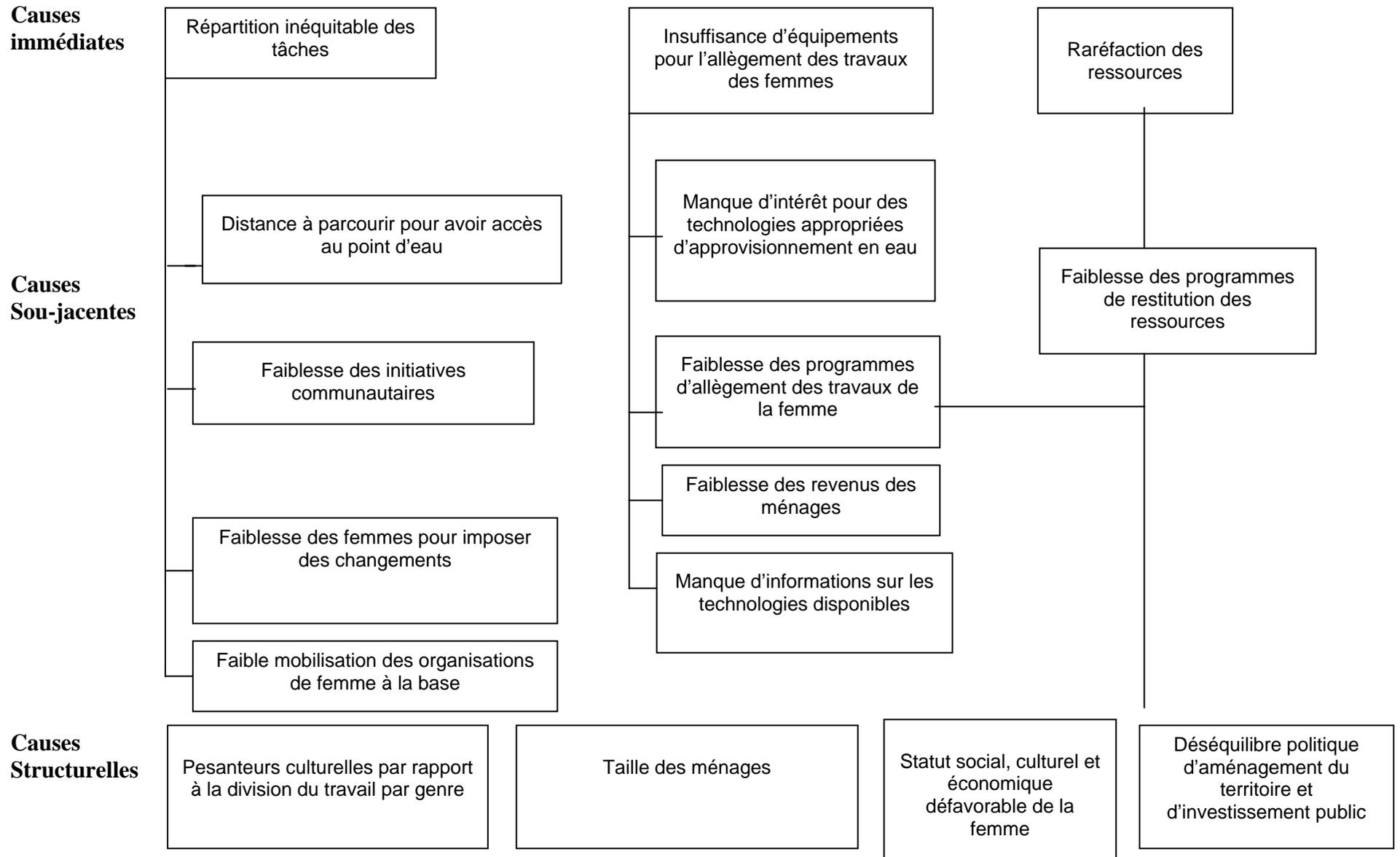
Objectifs OMD	Objectifs MDE	Objectifs DSRP
<p><b>1-Eliminer l'extrême pauvreté</b></p> <p>-Réduire de moitié d'ici à 2105 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour</p> <p>-Réduire de moitié d'ici à 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim</p>	<p><b>1-Promouvoir une vie meilleure et saine</b></p> <p>-Réduire d'un tiers au moins le taux de mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans et diminuer ce taux de deux tiers d'ici à 2015</p> <p>-Réduire d'un tiers au moins le taux de mortalité maternelle en vue de faire diminuer ce taux de deux tiers d'ici à 2015</p>	<p><b>1-Relancer la croissance économique</b></p> <p>-Stabiliser le cadre macro économique</p> <p>-Promouvoir un environnement favorable à l'investissement privé</p> <p>-Positionner Djibouti comme place commerciale, financière et économique de référence dans la région</p>
<p><b>2-Assurer une éducation primaire pour tous</b></p> <p>-Donner d'ici à 2015 à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires</p>	<p>-Réduire d'un tiers au moins les taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans et surtout de moins de deux ans et d'un tiers au moins les taux d'insuffisance pondérale à la naissance</p>	<p>-Développer de nouvelles sources de croissance</p>
<p><b>3-Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b></p> <p>-Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2010, et si possible à tous les niveaux d'ici à 2015 au plus tard</p>	<p>-Réduire d'un tiers au moins le nombre de ménages ne disposant pas d'installations sanitaires et n'ayant pas accès à l'eau potable à un prix abordable</p> <p>-Elaborer et mettre en œuvre des politiques et des mesures nationales en faveur de la petite enfance et du développement intégral de l'enfant</p>	<p><b>2- Promouvoir le développement progressif des ressources humaines</b></p> <p>-Améliorer l'accès et la qualité à tous les niveaux et garantir un accès équitable et sans restriction à une éducation fondamentale efficace</p> <p>-Accroître significativement l'accès à la santé notamment pour les populations pauvres et améliorer la qualité des soins et l'équité du système.</p>
<p><b>4-Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans</b></p> <p>-Réduire des deux tiers d'ici à 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans</p>	<p>-Formuler et mettre en œuvre des politiques et programmes nationaux de santé publique axés sur les adolescents en vue de contribuer à leur bonne santé physique et mentale</p>	<p>A noter que cet objectif vise l'amélioration du taux de prévalence du paludisme - des cas de tuberculose détectés et soignés - du taux de mortalité infantile - du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans - du taux de couverture vaccinale – du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale - du taux de mortalité maternelle - la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié - du taux de prévalence contraceptives chez les femmes en âge de procréer - du pourcentage de mutilations génitaleschez les filles de 5 à 10ans, du taux de prévalence du VIH/SIDA...)</p>
<p><b>5-Améliorer la santé maternelle</b></p> <p>-Réduire de trois quarts d'ici à 2015 le taux de mortalité maternelle</p>	<p>-Mettre à la portée de tous ceux qui sont en âge d'en avoir besoin au plus tard en 2015 des soins de santé en matière de procréation dans le cadre d'un système de soins de santé primaire</p>	

<p><b>6-Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies</b></p> <p>-D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle</p> <p>-D'ici à 2015 avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle</p> <p><b>7-Assurer un environnement durable</b></p> <p>-Réduire de moitié d'ici à 2015 le % de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable</p> <p>-Réussir d'ici à 2015 à améliorer sensiblement la vie des habitants de taudis</p> <p><b>8-Mettre en place en partenariat mondial pour le développement</b></p> <p>-Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert et non discriminatoire</p> <p>-S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés</p> <p>-Répondre aux besoins particuliers des petits états insulaires en développement</p> <p>-Traiter globalement le problème de la dette des pays en voie de développement</p> <p>-En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile</p>	<p><b>2-Offrir une éducation de qualité</b></p> <p>-Etendre et améliorer l'éducation et les soins complets en faveur de la petite enfance et enfants vulnérables et défavorisés</p> <p>-Réduire de moitié le nombre d'enfants non scolarisés et atteindre en 2010 un taux d'inscription net ou de participation à des programmes d'éducation primaire non traditionnels de bonne qualité d'au moins 90% dans le primaire</p> <p>-Eliminer les disparités entre filles et garçons dans le primaire en 2005 et réaliser l'égalité des sexes en matière d'éducation en 2015</p> <p>-Améliorer tous les aspects de la qualité de l'éducation de base en particulier en lecture, écriture et les compétences pratiques et essentielles</p> <p>-Elever de 50% le niveau d'alphabétisation des adultes et des femmes d'ici à 2015</p> <p><b>3-Protéger les enfants contre la maltraitance, l'exploitation et la violence</b></p> <p>-Protéger les enfants contre toutes les formes de maltraitance, de délaisement, d'exploitation et de violence</p> <p>-Améliorer le sort des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles</p> <p>-Protéger les enfants contre les répercussions des conflits armés et veiller au respect du droit international humanitaire et des instruments relatifs aux droits de l'homme</p> <p>-Prendre immédiatement des mesures efficaces pour éliminer les pires formes de travail des enfants et appliquer des stratégies pour éliminer le travail des enfants</p>	<p>-Promouvoir le rôle de la femme dans le processus de développement</p> <p>-Promouvoir l'emploi et des activités génératrices de revenus</p> <p>-Protéger les couches vulnérables de la population</p> <p><b>3- Susciter un développement local durable améliorer l'accès à l'eau potable et aux services universels</b></p> <p>-Aménager le territoire et favoriser le développement local</p> <p>-Assurer le développement urbain intégré et promouvoir l'habitat social</p> <p>-Améliorer l'environnement urbain</p> <p>-Assurer l'accès des pauvres à l'eau potable</p> <p>-Développer les transports publics urbains et interurbains</p> <p>-Assurer une disponibilité en eau suffisante pour l'alimentation des populations, l'approvisionnement du cheptel et le développement des activités génératrices des revenus</p> <p>-Développer les secteurs productifs de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche</p> <p>-Renforcer la sécurité alimentaire</p> <p>-Diversifier les activités rurales</p> <p>-Développer les infrastructures rurales</p> <p>-Assurer l'accès aux services universels de base</p> <p>-Assurer la prévention et la gestion des catastrophes</p>
--	--	---

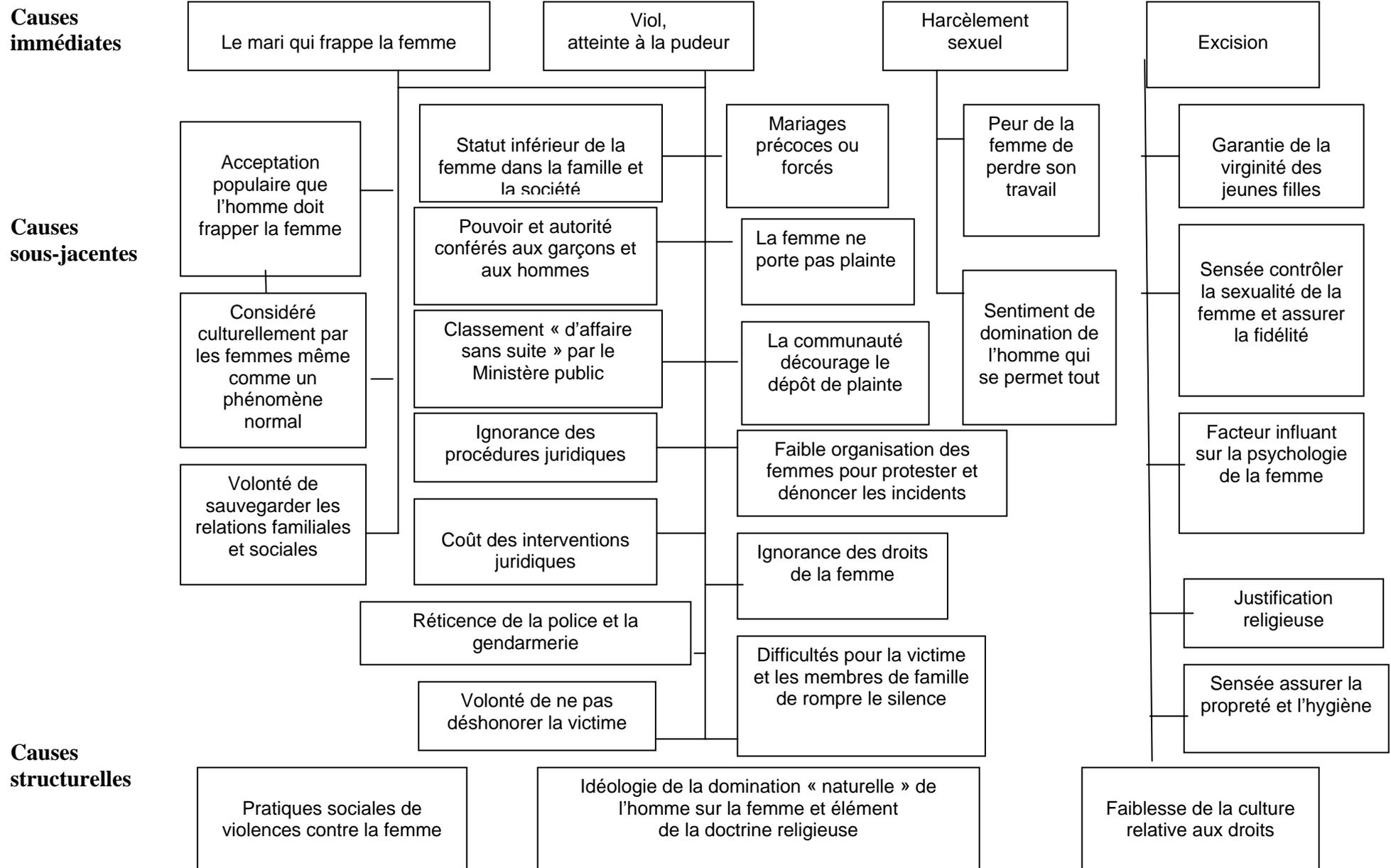
<p>-En coopération avec l'industrie pharmaceutique rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables</p> <p>-En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages de nouvelles technologies, en particulier les NTIC soient accordés à tous</p>	<p>-Protéger les enfants contre toutes les formes d'exploitation sexuelle, la pédophilie, la traite et le rapt</p> <p><b>4-Lutter contre le VIH/SIDA</b></p> <p>-Fixer en 2003 des objectifs nationaux assortis de délais pour réaliser l'objectif de prévention arrêté au niveau mondial tendant à réduire de 25% en 2005 la séro prévalence parmi les jeunes des deux sexes âgés de 15-24 ans et intensifier les efforts pour réaliser ces objectifs...</p> <p>-Réduire de 20% en 2005 et de 50% en 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH...80% des femmes enceintes aient accès à l'information et aux services de prévention du VIH/SIDA...réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant...mettre en place des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire, l'accès aux thérapies anti-rétrovirales...</p> <p>-Formuler en 2003 et exécuter d'ici en 2005 des politiques et stratégies nationales pour mettre en place et renforcer des capacités pour créer un environnement favorable aux orphelins et aux garçons et filles séropositifs et touchés par le VIH/SIDA</p>	<p><b>4-Promouvoir une bonne gouvernance, renforcer la démocratie, la décentralisation, la gestion transparente des ressources publiques</b></p> <p>-Consolider les acquis démocratiques</p> <p>-Promouvoir la bonne gouvernance locale et le développement participatif</p> <p>-Mettre en place une justice proche du citoyen pour un accès égal à tous et des jugements équitables qui sécurise les investissements et protège la propriété</p> <p>-Rapprocher l'administration des citoyens, développer les capacités du secteur public et moderniser l'administration</p> <p>-Promouvoir la bonne gouvernance économique et financière</p> <p>-Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</p>
---	--	---



## Problème 1 : La surcharge de travail de la femme et de la jeune fille



## Problème 2 : Les femme, victimes de violences physique, sexuelle et morale



### Problème 3 : Le développement insuffisant des capacités et des compétences de la femme

#### Causes immédiates

Analphabétisme

Faible accès aux structures de formation valorisante

Faible accès à l'information « capacitante » en tant que citoyenne, productrice, mère, femme

#### Causes sous-jacentes

Faible scolarisation des filles

Abandon de l'école (déscolarisation) par les filles

Méthodes d'alphabétisation peu motivantes car non axées sur la résolution de problèmes

Peu d'opportunités d'éducation alternative

Mariage précoce et grossesses précoces

Manque de confiance en soi

Charge de travail

Supports et stratégies d'information et de communication inadéquats

#### Causes structurelles

L'idéologie dominante sur l'homme sur la femme

Environnement culturel et pesanteurs sociologiques

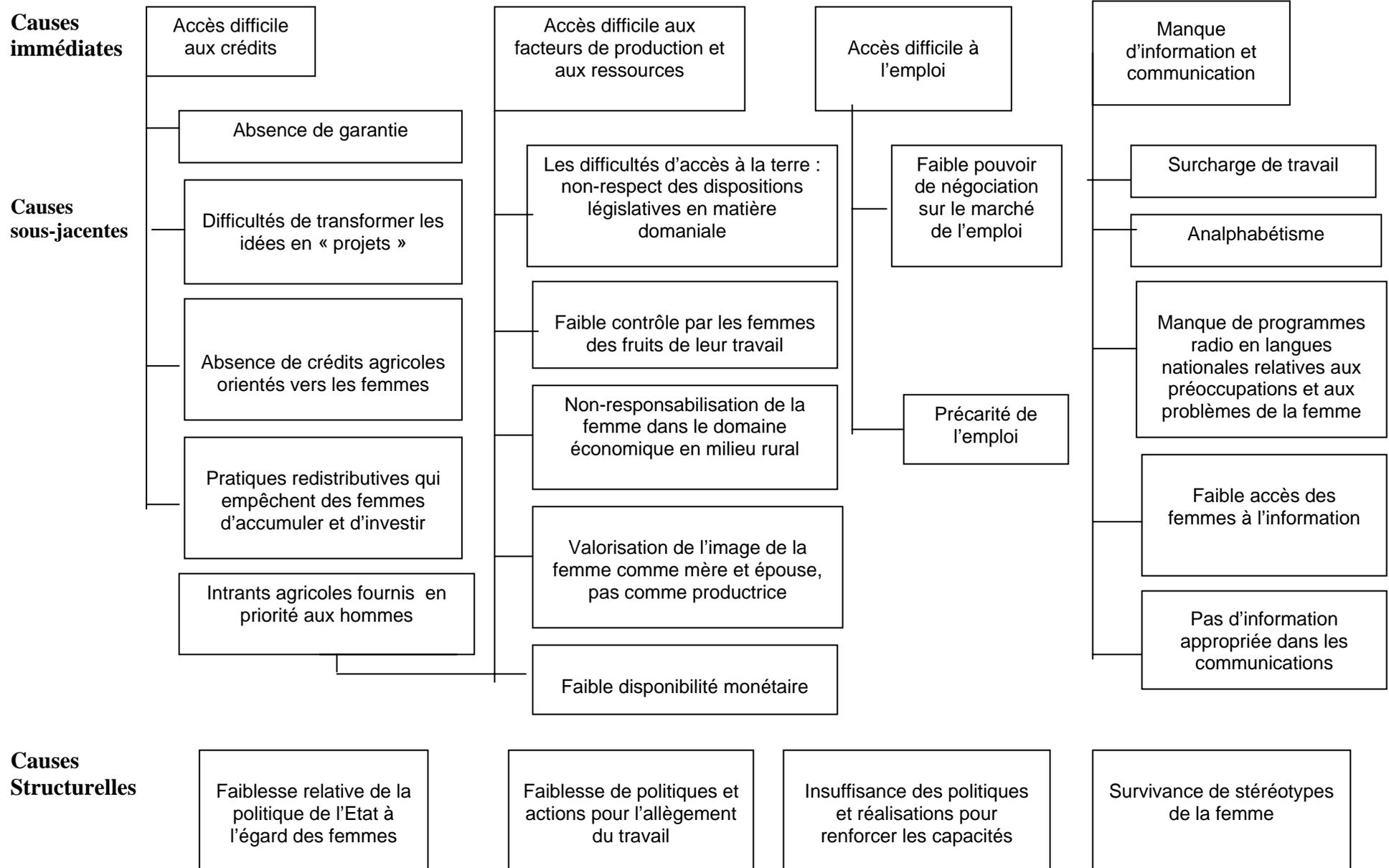
Perception du garçon comme futur générateur de revenus pour la famille et la sécurité sociale des parents

Influence du contexte religieux et culturel défavorable à la femme

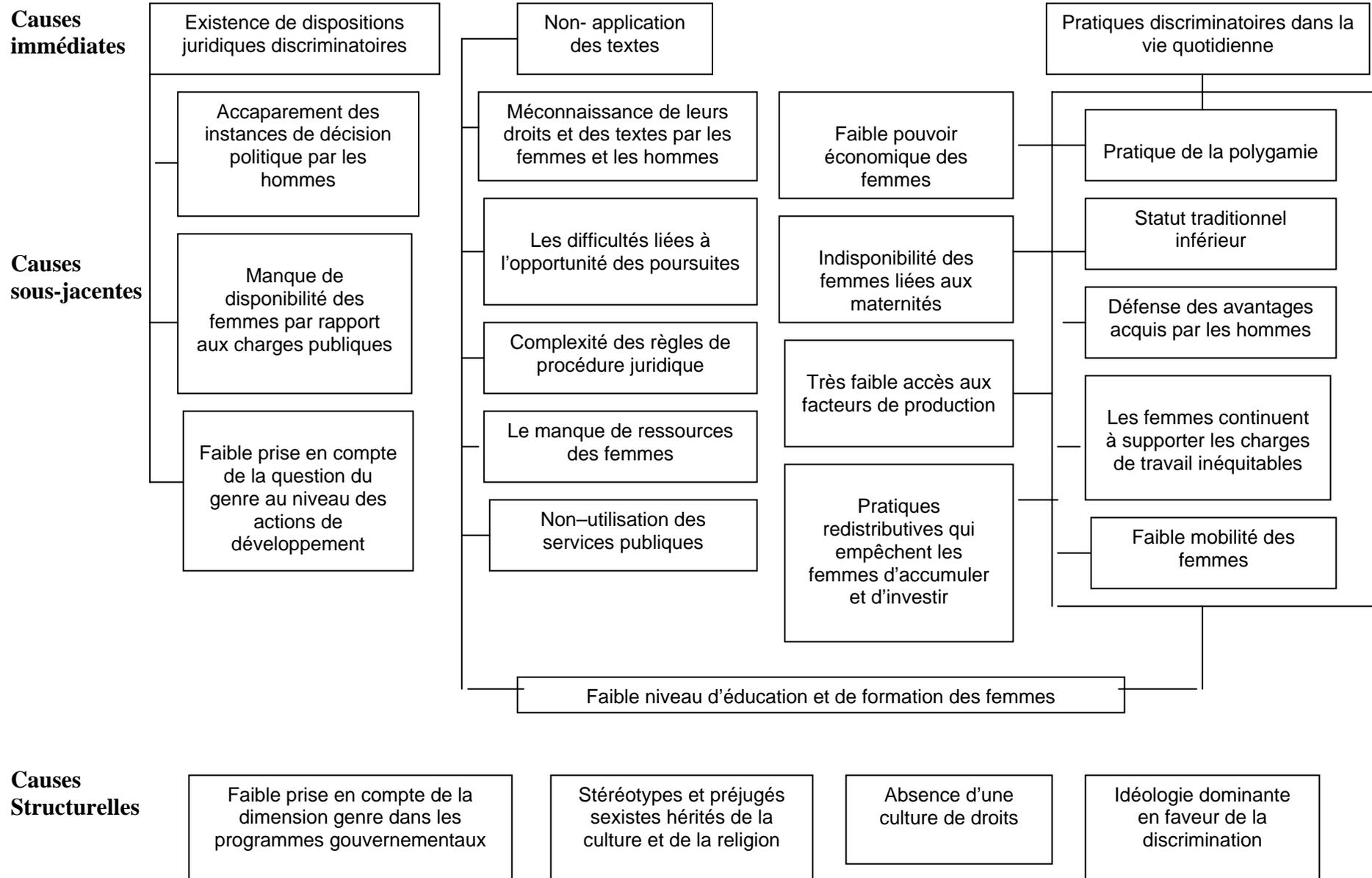
Faible prise en compte de la discrimination de genre dans les politiques et programmes de formation et d'information

La division défavorable du travail selon le genre

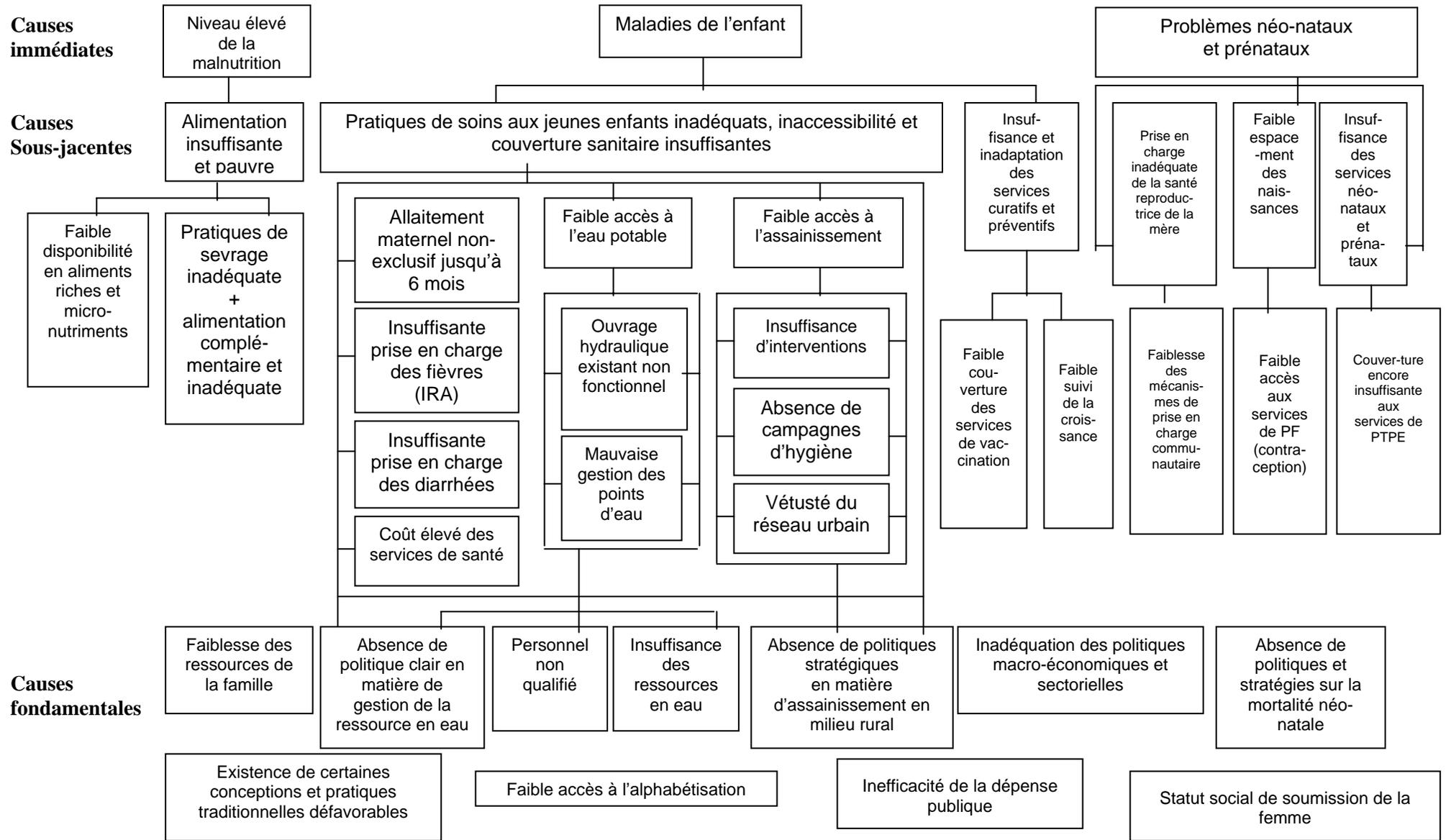
## Problème 4 : L'accès limité de la femme aux opportunités économiques



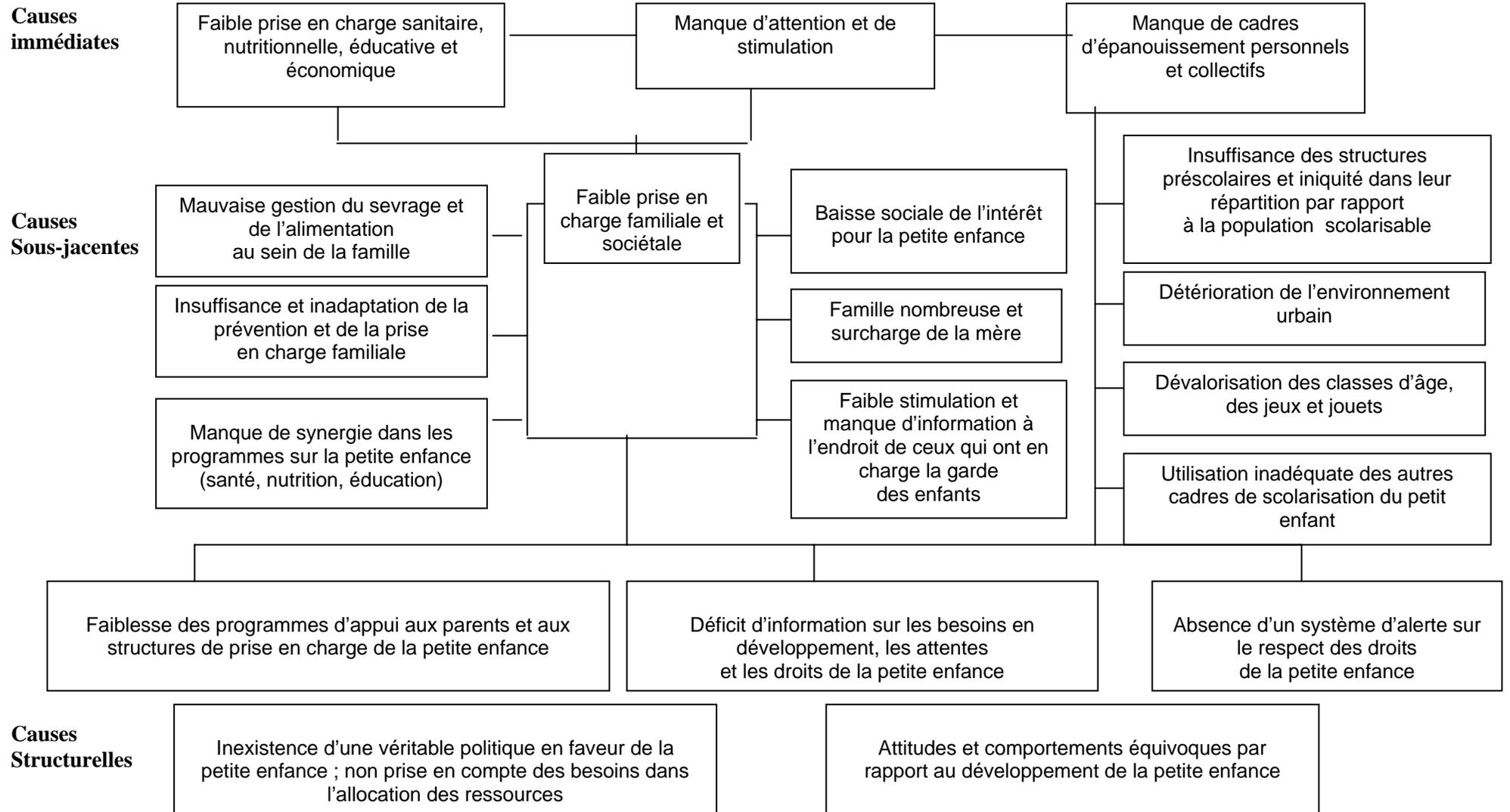
## Problème 5 : Le statut social et culturel défavorable de la femme



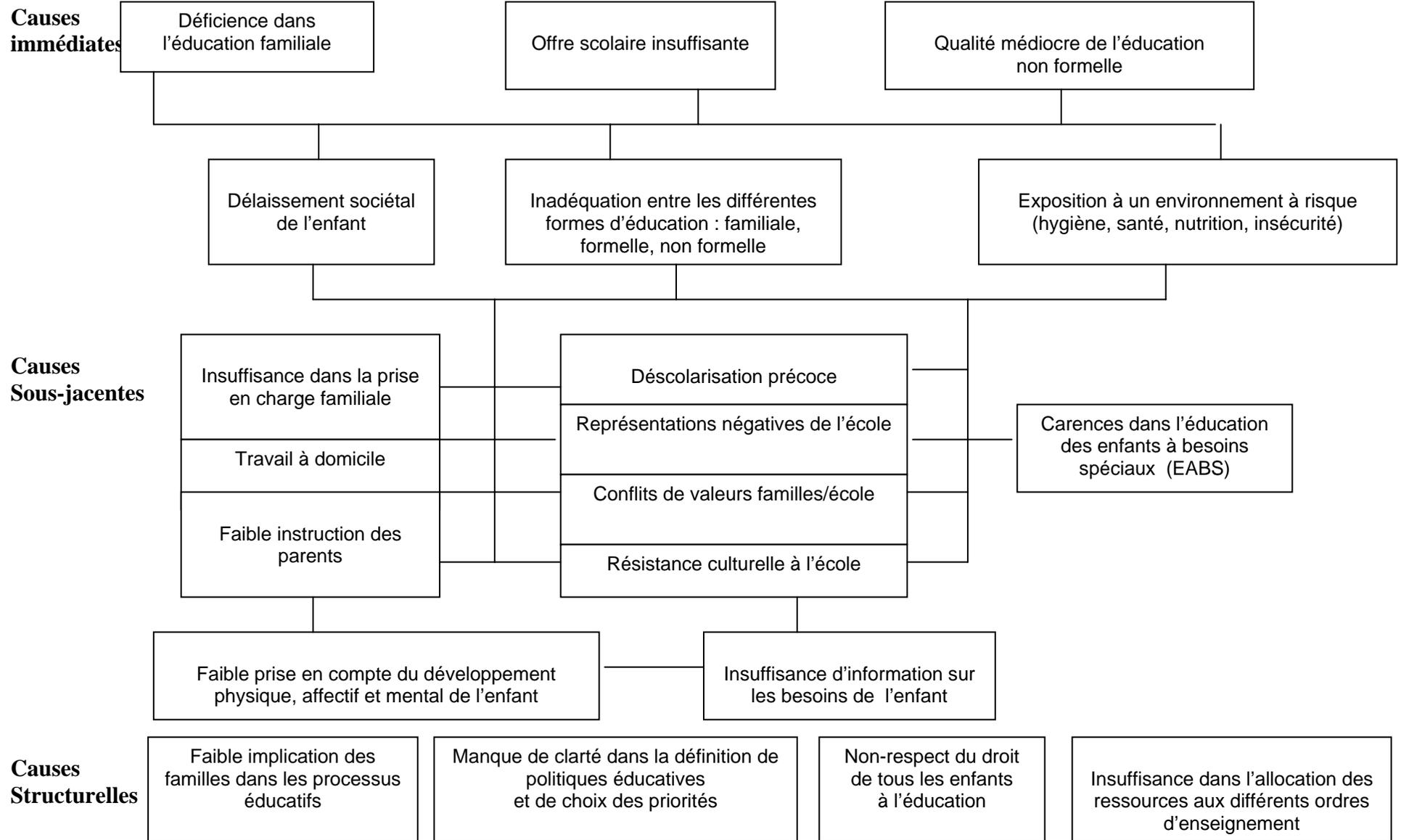
## Problème 6 : La morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans



## Problème 7 : La déficience de la prise en charge sociétale du développement de la petite enfance (0 – 5 ans)



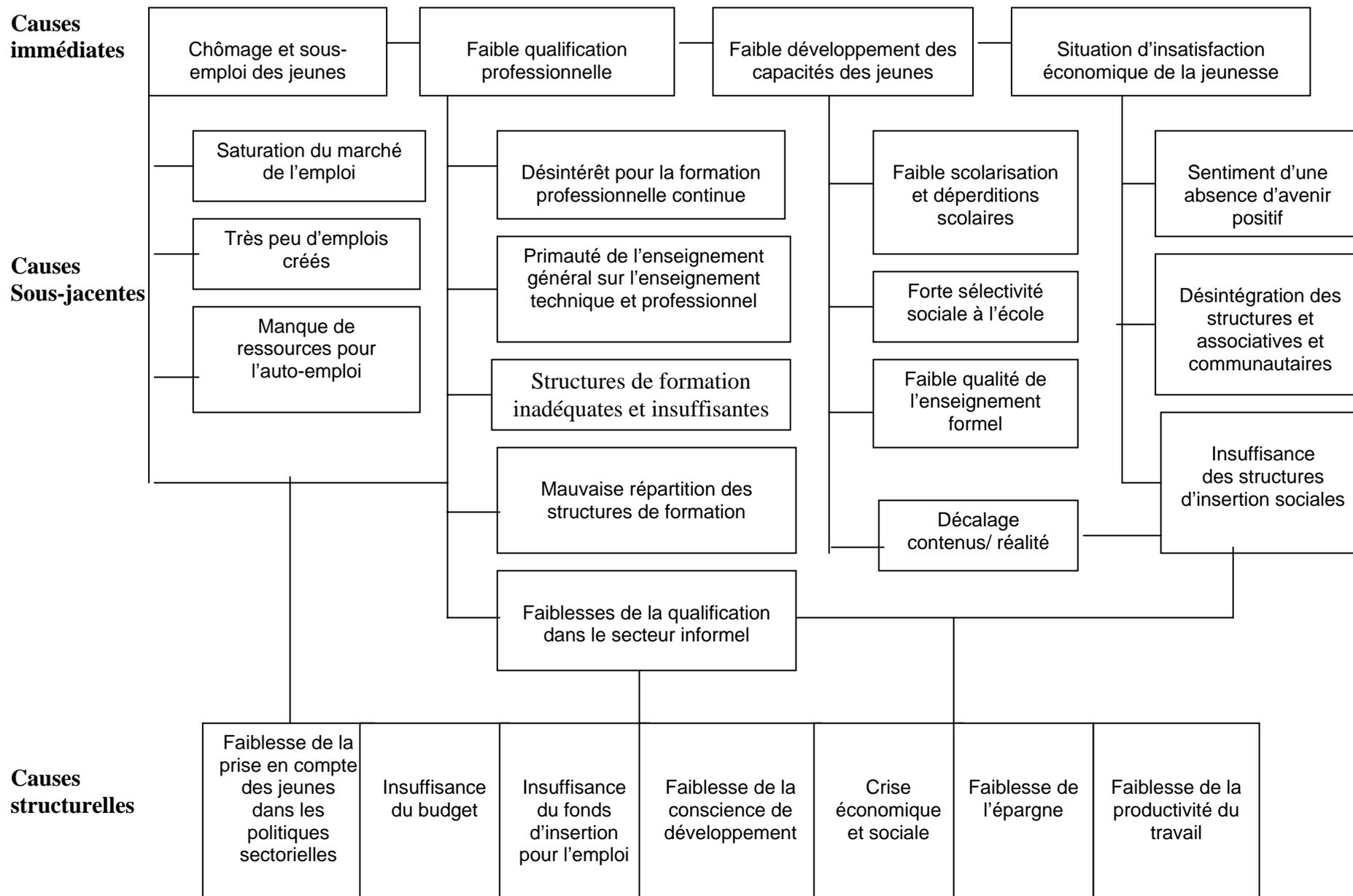
## Problème 8 : La déficience dans le développement de l'enfant ( 6 - 14 ans )



## Problème 9 : L'exclusion sociale et exploitation de l'enfant et de l'adolescent



## Problème 10 : Les difficultés d'insertion sociale et économique des adolescents et jeunes (15 - 24 ans)



## Problème 11 : Les risques de grossesse et d'accouchement de l'adolescente et de la femme de moins de 20 ans

