

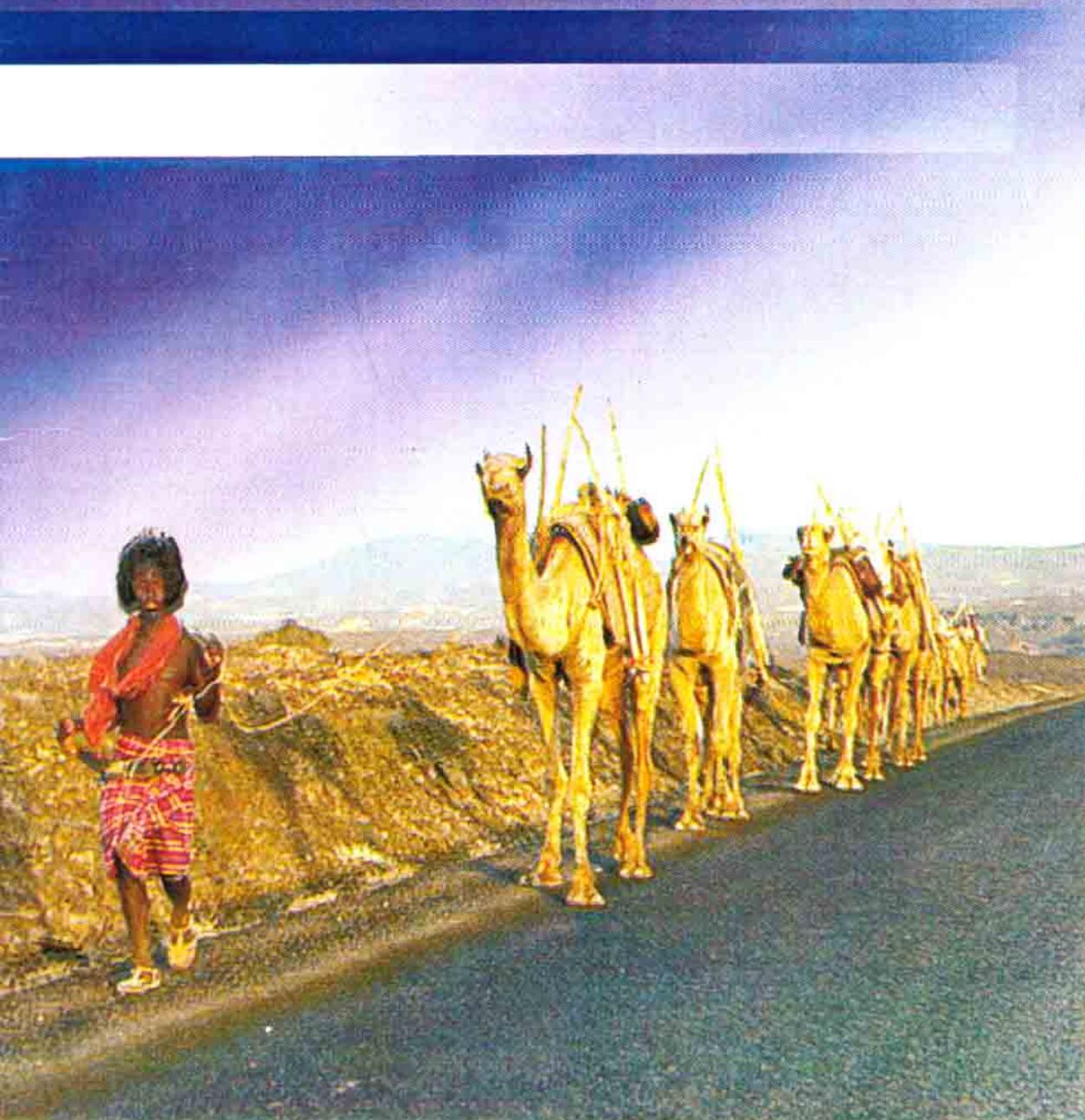
RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI

# Rapport National

SUR LE

## DÉVELOPPEMENT HUMAIN

2004



“ La dimension féminine en tant qu'élément clé pour atteindre les objectifs de développement du Millénaire ? ”

## Avant-propos

C'est en 2000 que le PNUD a lancé le premier Rapport National sur le Développement Humain (RNDH). Ce rapport a non seulement fait le point sur le développement humain durable à Djibouti, mais il a également contribué à ouvrir le débat sur cette question. Le présent rapport, deuxième du genre à Djibouti, se propose d'approfondir ce débat en explorant la question pointue du rôle de la dimension féminine dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire (ODM).

Dans la Déclaration du Millénaire de septembre 2000, 191 Chefs d'Etat et de Gouvernement, dont Son Excellence le Président Ismail Omar Guelleh pour la République de Djibouti, ont formellement adopté une série d'objectifs avec indicateurs correspondant connus sous le nom d'Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) :

1. Réduire de moitié l'extrême pauvreté et la faim.
2. Assurer l'éducation primaire universelle.
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
4. Réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans.
5. Réduire de trois quarts la mortalité maternelle.
6. Inverser la tendance en matière de propagation du VIH/sida et du paludisme.
7. Réaliser un développement durable et assurer la viabilité de l'environnement.
8. Etablissement d'un partenariat mondial pour le développement, avec des objectifs pour l'aide, les échanges et l'allègement de la dette.

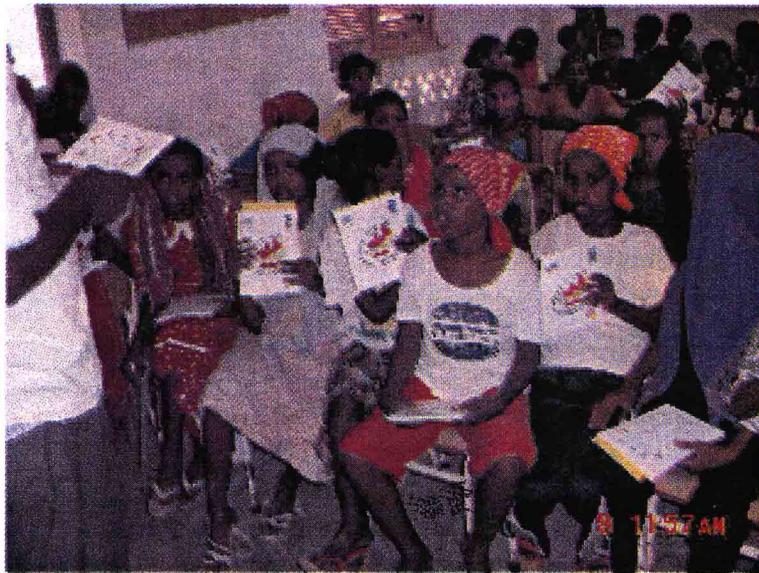
Ce rapport s'est lancé le défi de faire jaillir la dimension féminine comme l'élément central de la stratégie pour atteindre les ODM, précisément parce que le capital humain est le seul facteur viable à la portée du pays pour permettre son développement et qu'il est inconcevable de prétendre tabler sur les potentialités humaines du pays pour déterminer son essor économique en ignorant la dimension féminine.

Le processus de rédaction de ce rapport a ceci d'original qu'il a été mené parallèlement à une opération de sensibilisation sans précédent à Djibouti : la Caravane sur le développement humain. Cette Caravane a parcouru l'ensemble du pays afin de sensibiliser la population sur le contenu du RNDH en utilisant des moyens d'expression artistique. L'objectif principal de la Caravane a été d'assurer une appropriation du concept de développement humain par la population djiboutienne en général, et les femmes, les nomades et les écoliers en particulier. Les enseignements tirés de la Caravane et les doléances de la population ont été intégrés dans le RNDH 2004 pour refléter au mieux la participation de la population dans le processus d'élaboration du rapport.

Ce rapport national sur le développement humain 2004 est donc un rapport fait tant pour que par les djiboutiens. Nous espérons qu'il constituera un outil essentiel aux mains des différents acteurs du pays aussi bien les autorités gouvernementales que la société civile et les partenaires au développement.

**Mme Mbaranga Garasabwe**

**Représentant Résident du PNUD à Djibouti**



# Table des matières

AVANT PROPOS DU REPRÉSENTANT RÉSIDENT DU PNUD	3
VUE D'ENSEMBLE	9
<b>CHAPITRE 1- DEVELOPPEMENT HUMAIN : DEFINITION, MESURE ET CONTEXTE NATIONAL</b>	<b>14</b>
1.1 CONCEPT DE DEVELOPPEMENT HUMAIN : DEFINITION ET MESURE	14
1.2 L'ETAT DU DEVELOPPEMENT HUMAIN A DJIBOUTI	15
1.3 LA SITUATION DE LA FEMME A DJIBOUTI	17
1.4 LA DIMENSION FEMININE COMME ELEMENT CLE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE	19
1.5 LA METHODOLOGIE : LE PROCESSUS DE PREPARATION DU RNDH	20
<b>CHAPITRE 2- REDUIRE L'EXTREME PAUVRETE DE MOITIE</b>	<b>24</b>
2.1 LE CONTEXTE ET LE PROFIL DE LA PAUVRETE A DJIBOUTI	24
2.2 CAUSES ET DETERMINANTS DE LA PAUVRETE A DJIBOUTI	25
2.3 PAUVRETE ET DIMENSION FEMININE	25
2.4 PROMOUVOIR L'AUTONOMISATION ET LA PARTICIPATION DE LA FEMME	26
2.5 RECOMMANDATIONS	34
<b>CHAPITRE 3- ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUTES LES FILLES</b>	<b>36</b>
3.1 L'EDUCATION POUR TOUS DANS LES PAYS ARABES ET EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	36
3.2 L'ANALPHABETISME : UN PROBLEME DIFFICILE A ELIMINER	37
3.3 EDUCATION ET DIMENSION FEMININE DANS LES ZONES RURALES	39
3.4 EDUCATION, DIMENSION FEMININE ET SANTE	39
3.5 DIAGNOSTIC DU SYSTEME EDUCATIF	40
3.6 BILAN DES ETATS GENERAUX	43
3.7 LA FEMME, AGENT DU DEVELOPPEMENT HUMAIN	44
3.8 CIBLES ET OBJECTIFS	45
3.9 CONCLUSIONS	45
<b>CHAPITRE 4- AMELIORER LA SANTE MATERNELLE ET REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE</b>	<b>48</b>
4.1 UN ETAT DES LIEUX DE LA SANTE A DJIBOUTI	48
✓ Facteurs socio-économiques et culturels	56
✓ Dysfonctionnements du système de santé	56
4.2 UN DEFI SANITAIRE POUR LES FEMMES : LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES (MGF) A DJIBOUTI	58
<b>CHAPITRE 5- COMBATTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LES AUTRES MALADIES</b>	<b>72</b>
<b>1. LE VIH/SIDA : UN PROBLEME DE DEVELOPPEMENT</b>	<b>72</b>
1.1 LE SIDA, " UN FAIT SOCIAL TOTAL	72

1.2 LE SIDA, PLUS QU'UN SIMPLE PROBLEME DE SANTE	73
1.3 QUELQUES DONNEES SUR L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE	73
1.4 LES FEMMES A L'EPICENTRE DE L'EPIDEMIE ?	74
1.5 GLISSEMENT DE L'EPIDEMIE VERS LES MILIEUX RURAUX	74
1.6 LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET LA FEMINISATION DE LA PAUVRETE	74
<b>2. L'EVOLUTION DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN REPUBLIQUE DE DJIBOUTI</b>	<b>75</b>
2.1 HISTORIQUE	75
2.2 LES CAS DE SIDA	75
2.3 LES PORTEURS DU VIH	76
2.4 LES PREVALENCES DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX	77
2.5 ANALYSE DES DONNEES NOUVELLES SUR LE SEROPREVALENCE NATIONALE	78
2.6 L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DU VIH/SIDA	80
<b>3. L'ORGANISATION DE LA REPONSE NATIONALE FACE AU SIDA</b>	<b>81</b>
3.1 LA PERIODE 1987-1993 : UNE REPONSE VIGOUREUSE ET ARTICULEE	81
3.2 LA PERIODE 1994-2000 : ENTRE L'INACTION ET L'IRRESPONSABILITE	81
3.3 LA PERIODE 2001-2003 : PLANIFICATION STRATEGIQUE ET MOBILISATION DES RESSOURCES	82
<b>4. LA DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE EN REPUBLIQUE DE DJIBOUTI</b>	<b>83</b>
4.1 UNE NOUVELLE APPROCHE AXEE SUR LES PVVS	83
4.2 L'ANALYSE DU SILENCE IMPOSE A DJIBOUTI PAR L'EPIDEMIE	83
<b>5. LES REPRESENTATIONS CULTURELLES DU SIDA A DJIBOUTI</b>	<b>84</b>
5.1 LE SIDA - SANCTION OU PUNITION DIVINE	84
5.2 LE SIDA - " MALADIE PAS COMME LES AUTRES "	84
5.3 LA CULPABILITE : UNE PLACE DE CHOIX APRES LE DIAGNOSTIC	85
5.4 LA DISSIMULATION DE LA MALADIE : " ELLE EST LA, MAIS JE N'EN PARLE PAS, JE LA CACHE "	85
5.5 LE SIDA - UNE " HONTE SOCIALE "	85
5.6 LE SIDA - " MALADIE QUI ISOLE, DISCRIMINE, REJETTE ET EXCLU "	86
<b>6. L'ANALYSE DES CAUSES, CONSEQUENCES ET IMPACT DE L'EPIDEMIE</b>	<b>86</b>
6.1 APPROCHE POUR L'ANALYSE DES SITUATIONS, CAUSES DE VULNERABILITE	86
6.2 LES DIFFERENTES SITUATIONS DE VULNERABILITE AVANT L'INFECTION	86
<b>7. LA CHAINE DES CONSEQUENCES</b>	<b>89</b>
7.1 APPROCHE : EN QUOI CONSISTE L'IMPACT ET SON EXAMEN ?	89
7.2 EXAMEN DES CHANGEMENTS DURABLES APRES L'INFECTION	90
7.3 ASPECTS PSYCHOLOGIQUES	90
7.4 LES ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES	92
7.5 LES ASPECTS SOCIO-SANITAIRES	93
7.6 LES ASPECTS ETHIQUES, JURIDIQUES ET LA DIMENSION FEMININE	93
<b>8. LA DIMENSION FEMININE AU COEUR DE L'IMPACT DISPROPORTIONNE POUR LES FEMMES</b>	<b>94</b>
8.1 L'AMPLEUR DE LA DISCRIMINATION	94
8.2 LA VULNERABILITE DE LA FEMME EXACERBEE PAR LA PAUVRETE ET LES CONFLITS	94
8.3 LA CHAINE DES CAUSES ET DES CONSEQUENCES POUR LES FEMMES	95
1. LA TUBERCULOSE	96

2. LE PALUDISME	98
3. LES MALADIES DIARRHEIQUES	99
4. RECOMMANDATIONS	100
<b>CHAPITRE 6- PRESERVER L'ENVIRONNEMENT AFIN D'AMELIORER LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DES FEMMES</b>	<b>104</b>
6.1 LA CORVEE D'EAU : UNE TACHE PENIBLE RESERVEE AUX FEMMES	104
6.2 LE ROLE DE LA FEMME DANS LA GESTION DE L'ASSAINISSEMENT	106
6.3 LES FEMMES ET LA GESTION DES DECHETS SOLIDES	107
6.4 LA RECHERCHE DE BOIS DE CHAUFFE : UNE CORVEE INSOUTENABLE POUR LES FEMMES	108
6.5 LA PREVENTION DES CATASTROPHES : UN ENJEU CRUCIAL POUR LE PAYS	110
6.6 COMBATTRE LA PAUVRETE POUR PRESERVER LES RESSOURCES NATURELLES	111
6.7 RECOMMANDATIONS	114
<b>CHAPITRE 7- METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT GLOBAL POUR LE DEVELOPPEMENT</b>	<b>116</b>
7.1 ECHEC DE LA SOLIDARITE INTERNATIONALE	116
7.2 CONTRAINTES DE FINANCEMENT DU DEVELOPPEMENT	120
7.3 MOBILISATION DES RESSOURCES PAR LES FEMMES	127
<b>ANNEXES</b>	<b>129</b>



## Vue d'ensemble

***Le processus de développement humain devient injuste et discriminatoire dès lors que la plupart des femmes sont exclues des avantages qu'il procure.***

Le développement humain est un processus visant à élargir les possibilités offertes aux individus. Ces possibilités sont de mener une vie longue et saine, d'acquérir des connaissances et d'avoir accès aux ressources nécessaires pour disposer d'un niveau de vie décent. Pour suivre l'évolution du développement humain, un outil simple est indispensable, à savoir, l'Indicateur du Développement Humain (IDH), qui mesure le niveau moyen d'un pays en terme de potentialités humaines élémentaires. D'autres indicateurs complètent l'IDH tels que l'ISDH (Indicateur Sexospécifique du Développement Humain) qui mesure l'égalité entre les sexes.

Djibouti se caractérise actuellement par des indicateurs sociaux en dessous des normes des pays en développement à revenu faible et des pays arabes avec un PIB/tête estimé à 850 \$, et un IDH de 0,462 en 2001 qui le classe à la 153<sup>ème</sup> place sur un total de 175 pays. La situation de développement humain à Djibouti indique une situation de pauvreté relative et de pauvreté extrême touchant respectivement 74,4% et 42,2% de la population en 2002. L'accès aux soins des ménages les plus pauvres et particulièrement des femmes reste limité. En 2002, le taux moyen de chômage (59%) est en forte hausse par rapport à son niveau de 1996. Le taux de chômage est particulièrement élevé parmi les ménages pauvres et chez les pauvres extrêmes. La situation des femmes est encore plus dramatique : 68,8% des femmes actives sont au chômage, contre 54,6% pour les hommes.

Au cours de ces dernières années, la situation de la femme djiboutienne

s'est nettement améliorée. Toutefois, les récentes enquêtes sur la pauvreté et la santé de la famille ont montré que les femmes djiboutiennes continuent de souffrir de disparités considérables. Représentant environ 52% de la population totale, elles contribuent pourtant faiblement au développement du pays et leur participation dans la prise de décisions, malgré de nettes avancées, demeure limitée.

Le RNDH 2000 s'est attaché à faire le point sur la situation du développement humain. En reprenant ce dernier, le RNDH 2004 espère aller au delà de ce constat afin de faire jaillir la dimension féminine comme l'élément central de la stratégie pour atteindre les Objectifs de développement du Millénaire (ODM), précisément parce que le capital humain est le seul facteur viable à la portée du pays pour permettre son développement.

***La pauvreté est presque toujours liée à la pauvreté monétaire qui génère à son tour d'autres formes de pauvreté : pauvreté sociale, pauvreté due à l'instruction, pauvreté humaine et les indicateurs mesurant la participation féminine font plutôt état de l'exclusion de la femme***

Au cours des années 1990, la détérioration des indicateurs sociaux s'est particulièrement accélérée à Djibouti. D'après les résultats de l'enquête EDAM-IS2, la pauvreté relative et l'extrême pauvreté touchent respectivement 74,4% et 42,2% de la population totale en 2002.

La pauvreté reste généralisée à Djibouti, mais elle affecte davantage les femmes du fait du poids des traditions et de pesanteurs culturelles. Le rôle, traditionnellement dévolu à la jeune fille et à la femme au sein de la société se cantonnant aux responsabilités familiales, ne leur permet pas de favoriser leur autonomie financière et sociale.

La dimension féminine étant récemment mise en avant dans les préoccupations de développement, les structures économiques et administratives du pays n'ont jusqu'à présent qu'une intégration relativement faible des femmes. La principale raison qui explique cette situation est que l'initiative axée autour de l'égalité des sexes émane des bailleurs de fonds et que pour l'instant l'appropriation nationale est faible.

L'action du Gouvernement est pour l'essentiel limitée par l'absence de mécanismes institutionnels internes à l'administration centrale pour l'intégration de la dimension féminine. Pour être efficace, la stratégie de réduction de la pauvreté doit permettre d'instaurer l'accès égalitaire aux services sociaux de base et d'assurer l'autonomisation financière des femmes.

***Pour promouvoir un développement humain et garantir ainsi la démocratie, il importe que la femme puisse jouir de ses droits et être appelée à participer à la gestion et aux prises de décisions politiques.***

L'éducation est un droit fondamental inscrit dans la déclaration des droits de l'Homme, et considérée comme la pierre angulaire du développement. L'éducation à Djibouti devient une priorité comme dans le reste des pays en développement. Une amélioration s'affiche ces dernières années, mais la situation reste dans l'ensemble préoccupante. La faiblesse du taux de scolarisation, le taux d'analphabétisme élevé, les fortes disparités entre les sexes, placent Djibouti parmi les pays les moins avancés.

A Djibouti, comme ailleurs en Afrique, les causes de la faible scolarisation des filles sont nombreuses. Une étude menée en 2001 a fait ressortir un certain nombre d'obstacles à la scolarisation des enfants, tels que le poids de la tradition (préférence de l'éducation des garçons par rapport à celle des filles) ; la pauvreté ; les exigences familiales qui imposent des restrictions et entravent le droit des enfants à une éducation de base (les tâches quoti-

diennes des enfants notamment des filles, les mariages précoces, etc.).

Malgré le net progrès enregistré depuis l'Indépendance, Le taux d'analphabétisme féminin est de 56%, ce taux handicape lourdement l'émancipation de la femme djiboutienne.

La disparité entre filles et garçons dans les différents niveaux de l'école fondamentale montre une nette avance pour les garçons. La disparité entre les zones rurales et les zones urbaines est alarmante. Dans les zones rurales, les inégalités entre les sexes sont encore plus préoccupantes. En effet, L'analphabétisme des femmes dans les milieux ruraux est généralisé, la qualité de l'enseignement de base est insuffisante.

La formation de la femme djiboutienne ne sera assurée que par l'amélioration globale du système éducatif du pays, celle-ci permettra une meilleure intégration dans des activités économiques indépendantes, et ainsi générer des richesses.

L'éducation est un facteur incontournable pour la prévention des maladies. Pour la contamination par le VIH/SIDA, les femmes sont beaucoup plus vulnérables que les hommes. L'éducation doit permettre à la future mère de protéger ses enfants (vaccination, suivi médical), de prendre connaissance des méthodes contraceptives pour espacer les naissances, d'assurer à son enfant une quantité nécessaire de protéines.

***La situation précaire de la santé de la population djiboutienne résulte de l'interaction de plusieurs facteurs parmi lesquels la pauvreté et les conditions d'habitat. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes sont les plus vulnérables.***

Les principales structures sanitaires et leurs équipements ont connu dans les années 1990 une certaine dégradation. Parmi les contraintes qui entravent l'accessibilité et la qualité des soins, l'insuffisance du personnel en quantité et en qualité pose problème tout comme l'insuffisance des médicaments essentiels dans les structures sanitaires.

Le curatif a toujours occupé une position prépondérante dans le système de santé djiboutien. Or, la plupart des pathologies responsables de la morbidité et de la mortalité à Djibouti, peuvent être évitées à travers des activités de prévention telles que l'information et la sensibilisation de la population.

La pratique des mutilations génitales féminines (MGF) représente un problème de santé à Djibouti car elle est à peu près systématique, avec un taux de prévalence de 98%. Les études ont montré une corrélation entre les MGF et les complications obstétricales et gynécologiques ainsi que les complications néonatales. Les complications à l'accouchement sont plus fréquentes chez les femmes ayant subi des MGF et notamment chez les femmes ayant subi des MGF de type III.

En 1998, un programme de Lutte contre les MGF a été constitué à Djibouti avec pour objectif de mobiliser des fonds au niveau des agences tant nationales qu'internationales pour la lutte contre les MGF. Depuis sa création, les activités liées aux MGF sont plus structurées. Toutefois, malgré cette impulsion, il semblerait que ce projet n'ait pas eu l'impact escompté. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait allant de l'absence de ressources, l'absence d'une prise de position condamnant les MGF par les plus hautes autorités du pays, à l'absence de recul et d'analyse des échecs des campagnes et actions de lutte contre les MGF menées jusqu'à ce jour.

***L'impact du sida est plus sévère sur les pauvres et en particulier pour les femmes.***

Parmi les nouvelles infections constatées, le nombre de femmes progresse plus rapidement que celui des hommes. Toutes les analyses faites dans ce contexte ramènent la dimension féminine au centre de l'épidémie. Ainsi, selon l'ONUSIDA, le programme

spécialisé des Nations Unies sur le sida, les femmes en âge de procréer sont en passe de devenir, chaque jour qui passe, une proportion grandissante des personnes infectées par le virus.

Bien que le Sida affecte aussi bien les hommes que les femmes, il faut insister encore et inlassablement sur le fait que ces dernières sont plus exposées pour des raisons biologiques, épidémiologiques, économiques et sociales. Une autre évidence acceptée et mise en exergue par toutes les études sérieuses est que l'épidémie est alimentée incontestablement par des situations où les politiques macroéconomiques ont entraîné de fortes disparités et augmentent des inégalités hommes-femmes criantes.

L'impact du sida est plus sévère sur les pauvres et en particulier pour les femmes. Il est encore plus accentué lorsque c'est la jeune femme qui est touchée, surtout s'y ajoutent les violations des droits de la personne humaine. C'est au sein de la famille que la situation de la femme se dégrade très rapidement. La violation des droits est moins accentuée pour les hommes, elle existe plus subtilement lorsque son statut social est élevé et manifeste quand il est pauvre.

***Le partenariat pour le développement doit être un pacte social entre les bailleurs de fonds, le gouvernement et la société civile ; il doit intégrer les besoins des femmes et explorer de nouvelles initiatives de mobilisation de ressources.***

Au cours de la décennie écoulée, l'aide publique au développement (APD) n'a cessé de diminuer. Elle représente aujourd'hui environ 0,2% du PIB des pays riches. L'essentiel du financement extérieur de l'économie djiboutienne provient aujourd'hui de l'aide publique au développement qui, avec un peu moins de 60 millions de dollars chaque année<sup>2</sup>, représente près du dixième du produit intérieur brut. La République de Djibouti est l'un

<sup>2</sup> Les flux d'aide reçus par la République de Djibouti pour les deux années 2000 et 2001 étaient en moyenne 57 millions de dollars US, selon le CAD

des pays qui reçoit le plus d'aide au développement en Afrique subsaharienne. A titre de comparaison par rapport à certains pays de la sous région, Djibouti a toujours été, de loin, le pays ayant bénéficié des faveurs des bailleurs de fonds internationaux même si la tendance s'est inversée au profit des pays comme l'Erythrée. Cette assistance extérieure est surtout composée d'aide bilatérale avec 48% du flux total d'aide publique au développement. Ceci s'explique sans doute par les liens historiques que Djibouti entretient avec la France. Cette dernière est le premier partenaire au développement devant le Japon qui a considérablement augmenté son assistance, notamment dans le domaine des infrastructures socio-économiques (routes, forages).

Cependant, le ralentissement économique intervenu dans les principaux pays développés notamment aux États-Unis, la situation déprimée des marchés mondiaux d'investissement, l'incertitude géopolitique régnant dans certains pays africains, et enfin l'environnement économique peu encourageant (pauvreté, faible croissance, corruption, infrastructures insuffisantes, etc.) influent sur l'attitude des investis-

seurs à l'égard des pays du continent. Ces contraintes extérieures conjuguées avec la faiblesse des ressources nationales constituent des obstacles insurmontables pour les pays en développement pour éradiquer la pauvreté qui est aussi au centre des agendas des organisations internationales.

Le poids de la dette constitue également un des principaux obstacles au développement des pays pauvres. Le remboursement de cette dette provoque une véritable hémorragie financière privant ces pays de ressources nécessaires pour les besoins sociaux de base tels que l'éducation ou la santé. La marginalisation des pays pauvres se fait également sentir au niveau de l'accès aux nouvelles technologies.

Le partenariat consistera en la mise en place de rapports plus étroits, de complémentarité entre les divers auteurs d'un projet. Ce partenariat pour le développement doit être un pacte social entre les bailleurs de fonds, le gouvernement et la société civile ; il doit intégrer les besoins des femmes et explorer de nouvelles initiatives de mobilisation de ressources.



PN  
UD

## Développement humain

# CHAPITRE 1- DEVELOPPEMENT HUMAIN : DEFINITION, MESURE ET CONTEXTE NATIONAL

## 1.1 CONCEPT DE DEVELOPPEMENT HUMAIN : DEFINITION ET MESURE

C'est en 1990 que le premier Rapport mondial sur le développement humain définissait le concept de développement humain et les moyens de le mesurer. Ce concept va au-delà des approches antérieures dans sa façon de considérer le lien entre les personnes et le développement dans la mesure où il place la dimension humaine au centre des questions de développement. En effet, le développement humain est un processus visant à élargir les possibilités offertes aux individus. En principe, ces possibilités peuvent être infinies et évoluer au cours du temps. Cependant, quel que soit le niveau de développement, les trois principales possibilités, du point de vue de personnes, sont de mener une vie longue et saine, d'acquérir des connaissances et d'avoir accès aux ressources nécessaires pour disposer d'un niveau de vie décent. En l'absence de ces possibilités fondamentales, un grand nombre d'autres opportunités restent inaccessibles.

Le développement humain a ainsi deux aspects. Le premier concerne la mise en place de champs des possibles, tels que l'amélioration de la santé, des connaissances et des aptitudes. Le second a trait à l'utilisation que les individus font des potentialités qu'ils ont acquises, qu'ils les consacrent à la production, aux loisirs, ou aux activités culturelles, sociales ou politiques.

Le concept de développement humain est beaucoup plus vaste que les théories classiques du développement économique. Les modèles de croissance économique se rapportent à l'augmentation du PNB plutôt qu'à l'amélioration des conditions de vie. Le développement des ressources humaines, quant à lui, considère les êtres humains comme des facteurs entrant dans un processus de production. Les politiques du bien être social voient les individus comme les bénéficiaires du processus de développement, et non comme des participants à ce processus.

Le concept de développement humain englobe et dépasse à la fois les théories citées plus haut dans la

### ENCADRE 1.1

#### Quatre éléments essentiels du paradigme du développement humain

Le paradigme du développement humain s'articule autour de quatre grandes composantes :

- La productivité. Les personnes doivent avoir la possibilité d'accroître leur productivité, de participer pleinement aux processus de production de revenus et d'accéder à un emploi rémunérateur. La croissance économique constitue donc un sous-ensemble des modèles de développement humain.
- La justice sociale. Les individus doivent avoir accès à l'égalité des chances. Tous les obstacles entravant les potentialités économiques et politiques doivent être éliminés de manière à permettre aux individus de jouer un rôle actif dans la société et de tirer parti de ces potentialités.
- La durabilité. L'accès à ces potentialités doit être assuré non seulement aux générations actuelles, mais aussi aux générations futures. Il importe de renouveler toutes les formes de capital : matériel, humain et naturel.
- Le contrôle des personnes. Les individus doivent être les acteurs du développement plus encore que leurs destinataires. Les personnes doivent participer pleinement aux décisions et aux processus qui décident du cours de leur vie.

Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 1995

mesure où il analyse toutes les questions relatives à la société du point de vue des individus. Il se concentre sur l'élargissement des possibilités de choix et s'applique de la même manière aux pays en développement et aux pays industrialisés.

Le concept de développement humain est nettement plus profond et plus riche que ce qu'en restitue n'importe quel indicateur composite ou même une série détaillée d'indicateurs statistiques. Pourtant pour suivre l'évolution du développement humain, un outil simple est indispensable. C'est pour cette raison que l'indicateur du développement humain (IDH) est néanmoins utile en ceci qu'il permet de simplifier une réalité complexe, ce qui est sa fonction première.

L'IDH constitue une mesure plus complète que le revenu par habitant. En effet, le revenu ne constitue qu'un moyen du développement humain, et non une fin. Et ce n'est pas non plus au seul revenu que se résument les vies humaines. En ce concentrant sur des aspects dépassant le revenu et en considérant le revenu comme une mesure supplétive du niveau de vie, l'IDH dresse un tableau plus complet de la vie humaine que ne le ferait le revenu considéré seul.

Toutefois, et dans une perspective d'approche complémentaire, les enseignements fondamentaux de l'IDH doivent être complétés par d'autres indicateurs afin de saisir d'autres dimensions importantes telles que l'égalité des sexes, mesurée par l'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH) et l'indicateur de la participation des femmes (IPF).

## 1.2 L'ETAT DU DEVELOPPEMENT HUMAIN A DJIBOUTI

La situation économique de la République de Djibouti a été fortement bouleversée, depuis le début des années 90, tant par le conflit armé interne que par une série de contraintes exogènes, parmi lesquelles le déclin de l'aide extérieure et un afflux massif de réfugiés en provenance des pays voisins.

Djibouti se caractérise actuellement par des indicateurs sociaux en dessous des normes des pays en développement à revenu faible et des pays arabes avec un PIB/tête estimé à 890 dollars, et un indicateur de développement humain de 0,462 en 2001 qui le classe à la 153ème place dans le classement mondial sur un total de 175 pays.

### ENCADRE 1.2

#### IDH, ISDH et IPF

**IDH :** L'indicateur du développement humain mesure le niveau moyen d'un pays en termes de potentialités humaines élémentaires. Il indique ainsi dans quelle mesure les habitants d'un pays considéré mènent une vie longue et saine, ont accès à l'éducation et à la culture et jouissent d'un niveau de vie décent. L'IDH porte sur la situation moyenne de l'ensemble des habitants d'un pays : les inégalités de répartition entre différents groupes sociaux doivent donc être calculées séparément.

**ISDH :** L'indicateur sexospécifique du développement humain mesure le niveau de développement atteint dans les mêmes potentialités humaines que l'IDH, mais en tenant compte des inégalités sociologiques entre les femmes et les hommes. La méthodologie retenue revient à pénaliser les inégalités. Ainsi, l'ISDH d'un pays donné diminue lorsque le niveau de développement des femmes et des hommes considérés ensemble baisse, d'une part, mais aussi lorsque l'écart de développement entre les deux sexes se creuse, d'autre part. Plus les écarts entre les hommes et les femmes en termes de potentialités élémentaires sont importants, plus l'ISDH d'un pays est faible par rapport à son IDH. L'ISDH constitue donc simplement un IDH pondéré, ou corrigé à la baisse, en fonction des inégalités entre les sexes.

**IPF :** L'indicateur de la participation des femmes se concentre sur la question de savoir si les hommes et les femmes sont à même de participer activement à la vie politique et économique et de prendre part aux processus de décisions. Alors que l'ISDH porte sur l'amplification des potentialités, l'IPF se penche sur l'usage qui est fait de ces potentialités en vue de profiter des possibilités offertes par la vie.

Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 1995

La situation du développement humain à Djibouti indique une situation de pauvreté relative et de pauvreté extrême touchant respectivement 74,4% et 42,2% de la population en 2002. Les résultats de l'enquête djiboutienne auprès des ménages (EDAM-IS2) menée en 2002 montrent que le phénomène de pauvreté est généralisé et touche toutes les catégories sociales et toutes les zones géographiques. L'incidence de la pauvreté est plus profonde en milieu rural, avec 97% de pauvreté extrême et 83% de pauvreté relative, et affecte beaucoup plus les femmes que les hommes.

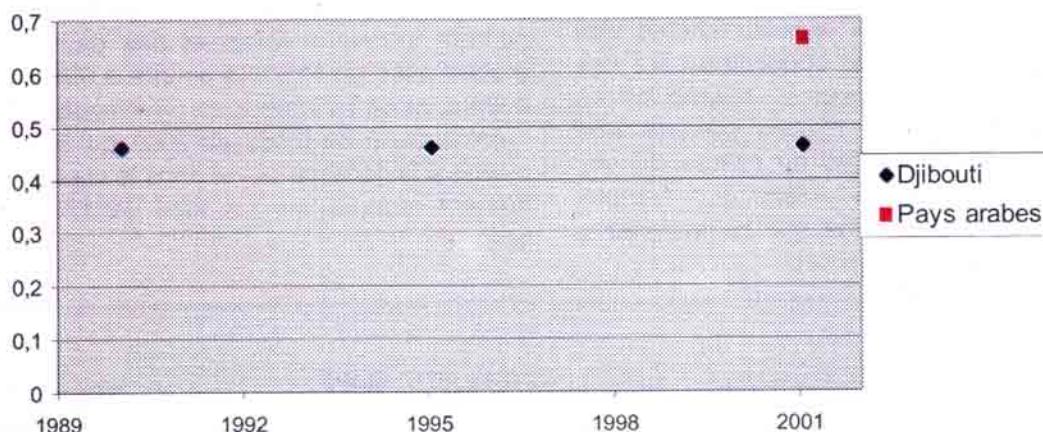
D'après les données de l'EDAM-IS2, malgré les progrès notables enregistrés au cours de la décennie quatre-vingt-dix, moins d'un enfant sur deux (42,7%) est scolarisé à Djibouti en

2001/02, contre 30% en 1999/00. Bien que le taux brut de scolarisation ait progressé dans toutes les régions du pays, les disparités d'accès à l'école primaire demeurent très marquées entre les zones urbaines (52,9%) et rurales (12,4%). Les inégalités liées au sexe restent importantes dans le primaire, avec un indice de parité filles/garçons estimé à 0,77 en milieu urbain et à 0,50 en milieu rural.

L'enquête djiboutienne sur la santé de la famille (EDSF/PAPFAM) menée en 2002 montre que près de 43% des personnes âgées de 6 ans et plus sont analphabètes. L'ampleur de l'analphabétisme plus marquée chez les femmes (52,8%) par rapport aux hommes (32%) traduit l'extrême précarité des populations pauvres en général et des femmes en particulier qui doi-

DIAGRAMME 1.1

Indicateur du Développement Humain en tendances



Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2003

vent faire face à des obstacles importants pour s'insérer dans la vie professionnelle. En 2002, l'analphabétisme touche davantage les populations rurales (76,3%) que les citadins (35,2%) selon les données de l'EDSF.

La situation sanitaire de Djibouti est globalement alarmante compte tenu du manque de qualification du personnel et de l'insuffisance de médicaments

essentiels dans les structures sanitaires. L'accès aux soins des ménages les plus pauvres et particulièrement des femmes est particulièrement limité et les taux de mortalité maternelle et de mortalité infanto-juvénile sont extrêmement élevés<sup>3</sup>. Le système de santé djiboutien étant axé sur les soins curatifs, les disparités dans l'accès sont importantes entre la ville de Djibouti et les districts de l'intérieur.

<sup>3</sup> Le taux de mortalité maternelle est estimé à 546 à 100 000 naissances vivantes en 2002. Le taux de mortalité infantile est évalué à 103,1 pour 1000 naissances vivantes d'après l'enquête djiboutienne sur la santé infantile (ESDF), DISED, mai 2003.

La propagation du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles constitue une autre préoccupation à Djibouti, notamment chez les femmes et les jeunes. Même si le taux de prévalence moyen est relativement bas (2,9%), l'épidémie infecte plus les personnes économiquement productives (6% pour les 15-35 ans) et l'incidence risque de croître rapidement compte tenu du fait que la moitié des effectifs de cette tranche d'âge ont des comportements à risque.

La question de l'approvisionnement en eau des populations se pose avec acuité tant en termes de quantité disponible, de qualité et de la régularité de fourniture. D'après les résultats de l'enquête sur la santé de la famille djiboutienne, seuls 32,2% des ménages ont accès à l'eau courante en 2002. La situation de l'eau est caractérisée par de fortes disparités dans l'accès à la fois géographique<sup>4</sup> et en fonction du niveau de vie de la population. La mauvaise qualité de l'eau est un puissant vecteur de maladies diarrhéiques, cardio-vasculaires, et d'épidémies de choléra et de dysenterie. De plus, la désorganisation du circuit d'approvisionnement contraint les ruraux, surtout les femmes et les jeunes filles, à parcourir des distances longues pour se rendre aux rares points d'eau.

Le problème de l'assainissement et de l'hygiène représente une menace importante à l'environnement et constitue une source d'aggravation de la situation sanitaire. L'accès à l'assainissement collectif ne concerne que 25% des ménages dans certains quartiers de la ville de Djibouti.

Près des deux tiers de la population djiboutienne sont concentrés dans la capitale et sa périphérie et 1 habitant sur 10 réside dans les chefs lieux des districts de l'intérieur. Au cours de la décennie quatre-vingt dix, les principaux centres urbains du pays, notamment Djibouti-ville, ont connu une expansion rapide de zones d'habitats

précaires. Le développement d'habitations précaires s'est traduit par des difficultés grandissantes dans l'accès aux services sociaux de base (eau potable, santé, éducation, etc.). 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 à des logements décentes.

En 2002, le taux moyen de chômage (59%) est en forte hausse par rapport à son niveau de 1996. Le taux de chômage est particulièrement élevé parmi les ménages pauvres (66,5%) et chez les pauvres extrêmes (72,4%). La situation des femmes est encore plus dramatique : 68,8% des femmes actives sont au chômage, contre 54,6% pour les hommes.<sup>5</sup>

### 1.3 LA SITUATION DE LA FEMME A DJIBOUTI

Depuis l'accession à l'indépendance, la République de Djibouti a ratifié la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDAW) et a participé à de nombreuses réunions internationales sur les femmes et le développement social notamment celle de Beijing en 1995 et de New York en 2000.

Au cours de ces dernières années, la situation de la femme djiboutienne s'est nettement améliorée. Toutefois, les récentes enquêtes sur la pauvreté et la santé de la famille ont montré que les femmes djiboutiennes continuent de souffrir de disparités considérables. Représentant environ 52% de la population totale, elles contribuent pourtant faiblement au développement du pays et leur participation dans la prise de décisions, bien qu'ayant connu des avancées, demeure très limitée.

Les principaux obstacles à l'intégration de la femme dans le développement sont liés à des pesanteurs coutumières et traditionnelles en dépit des efforts déployés par les autorités pour

<sup>4</sup> Le pourcentage de ménages ayant accès à l'eau courante est de 43% dans le milieu urbain et de 0,2% dans le milieu rural

<sup>5</sup> EDAM-IS2, DISED, 2002.

créer et renforcer un cadre juridique favorable (Code de la famille, article 333 du Code pénal interdisant les mutilations génitales féminines, attribution d'un quota aux femmes pour leur représentation au sein du Parlement et des Conseils régionaux).

Pour faire face à cette situation défavorable, le Gouvernement a élaboré en 2002 une stratégie nationale d'intégration de la femme Djiboutienne dans le développement (SNIFD) dont les objectifs sont, à l'horizon 2015, la réhabilitation et la promotion de la femme Djiboutienne et sa pleine participation dans la réalisation de l'objectif national d'une croissance économique basée sur un développement humain durable.

Un plan d'action à moyen terme visant à réduire considérablement les inégalités sociales et à œuvrer à la promotion de la place et du statut de la femme Djiboutienne, a été récemment adopté. Les quatre domaines prioritaires retenus dans le cadre de cette stratégie sont les suivants : i) la prise de décision ; ii) la santé ; iii) l'éducation ; iv) l'économie. La stratégie et le plan d'action ont été élaborés dans le cadre d'un vaste processus participatif, associant l'administration, les ONG, les autorités traditionnelles et les représentantes des organisations et des associations féminines.

Malgré un cadre juridique garantissant l'égalité des droits, la participation de la femme à la prise de décision dans la sphère publique et privée reste marginale. Le but stratégique de la SNIFD dans ce domaine consiste à " consolider le processus démocratique de la société djiboutienne en cours pour une participation citoyenne égale et équitable dans la sphère publique et privée " notamment à travers :

- l'application effective des lois et la lutte contre l'analphabétisme;
- la sensibilisation, la formation et la mise en place des mesures favorisant l'intégration des femmes dans le processus de prise de décision ;

- l'intégration de la dimension féminine et son institutionnalisation ;
- l'incitation à la cohésion du système juridique pour la protection de la femme, de l'enfant et de la famille ;
- la création de fonds de solidarité pour la femme et l'enfant, et enfin l'habilitation de la femme au sein de la famille.

A Djibouti, bien que la santé de la femme soit une priorité, la situation de la femme dans ce domaine reste préoccupante. Le taux de mortalité à l'accouchement est l'un des plus élevés au monde du fait d'un taux de fécondité élevé, de l'anémie provoquée par la malnutrition et de la pratique des mutilations génitales des femmes. Dans ce domaine, le but poursuivi par la SNIFD est de " créer les conditions nécessaires à la satisfaction des besoins pratiques et stratégiques des femmes et des hommes, à l'exercice de leurs droits humains, en matière de santé reproductive et de santé communautaire ". Les actions envisagées dans la stratégie portent surtout sur :

- l'amélioration de l'accès et de l'usage domestique de l'eau, l'amélioration de l'état nutritionnel de la femme et de la famille ;
- la promotion de la participation communautaire dans l'amélioration des conditions d'hygiène et sanitaire de la famille et de la communauté ;
- l'amélioration de l'accès et de l'usage des prestations du programme de maternité sans risque;
- l'amélioration de l'accès et de l'usage des prestations du programme national d'équilibre familial, l'implication des acteurs clés dans la lutte contre les violences domestiques, les pratiques néfastes et les MST/SIDA.

En matière de valorisation des ressources humaines, les progrès réalisés par les femmes dépendent essentiellement de la généralisation de l'accès à l'éducation. Les femmes sont parti-

culièrement défavorisées dans ce domaine. Il s'agira donc de " garantir la pleine participation des femmes à l'éducation par la promotion de leur droit à l'éducation dans la société djiboutienne et la réduction des écarts et des inégalités dans la scolarisation des filles et des garçons ainsi que l'élimination de l'analphabétisme ". Les actions prioritaires dans le domaine de l'éducation concernent :

- l'identification et la levée des obstacles à l'éducation des femmes ;
- la promotion d'une image positive de la femme et la culture de l'égalité dans les manuels scolaires et dans la société ;
- l'amélioration des services d'alphabetisation des femmes ;
- le développement de l'éducation informelle des fillettes en milieu périurbain et rural ;
- la promotion du rôle de la femme dans la société et dans le développement dans les programmes d'alphabetisation.

La participation de la femme à la vie économique demeure encore limitée à Djibouti. Elles représentent plus de la moitié de la population sédentaire mais leur participation au marché du travail n'est que de 35% contre 73% pour les hommes. Le chômage frappe plus les femmes que les hommes. Dans ce cadre, l'objectif stratégique consiste à veiller à la participation égale des hommes et des femmes dans l'activité économique et à lutter contre la pauvreté par la création d'opportunités nécessaires et l'élimination des discriminations en matière d'emploi et d'accès aux ressources. Les actions prioritaires concernent :

- l'amélioration de l'accès aux ressources ;
- le renforcement des capacités professionnelles et entrepreneuriales des femmes ;
- la mise en place de mesures institutionnelles adéquates ;
- l'information et la sensibilisation.

#### **1.4 LA DIMENSION FEMININE COMME ELEMENT CLE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE**

L'égalité entre hommes et femmes est un principe universellement admis. La reconnaissance de l'égalité des droits entre hommes et femmes ainsi que la détermination à combattre les discriminations fondées sur le sexe sont des principes inscrits dans des engagements pris au niveau national et international, à travers des textes qui vont de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1945), à la Déclaration des droits de l'homme signée à Vienne par 171 Etats (1993).

Le processus de développement humain devient injuste et discriminatoire dès lors que la plupart des femmes sont exclues des avantages qu'il procure. L'exclusion persistante des femmes de nombre d'opportunités économiques et politiques constitue une mise en accusation permanente du progrès moderne.

Le Rapport mondial sur le développement humain de 1995 a rappelé que l'évolution vers l'égalité entre les sexes n'est pas un objectif technocratique, mais un processus politique. Cette évolution nécessite un nouveau mode de pensée dans lequel la vision stéréotypée des hommes et des femmes cède la place à une nouvelle philosophie considérant tous les individus, qu'ils soient hommes ou femmes, comme des agents du changement.

Ainsi, la faible ou non-participation des femmes à la prise de décision et à la vie économique en général, se pose aujourd'hui comme une préoccupation incontournable pour asseoir le développement humain durable.

Le RNDH 2000 s'est attaché à faire le point sur la situation du développement humain à Djibouti. En reprenant ce dernier, le RNDH 2003 espère aller au delà de ce constat afin de faire jaillir la dimension féminine comme l'élément central de la stratégie pour atteindre les Objectifs de développe-

ment du millénaire (ODM), précisé-ment parce que le capital humain est le seul facteur viable à la portée du pays pour permettre son développement. Or, il est inconcevable de prétendre tabler sur les potentialités humaines du pays pour déterminer son essor économique en ignorant la dimension féminine. Cette dernière n'est pas seulement une question d'éthique ou de justice sociale, mais une nécessité qui s'impose et s'offre à Djibouti pour entreprendre une quelconque mesure en faveur du développement. Le plaidoyer du Président de la République lors de la journée mondiale de la femme le 8 mars 2000 semble faire écho à l'urgence d'œuvrer pour l'instauration et la sauvegarde des droits de la femme : " des pesanteurs culturelles constituent sûrement la plus importante entrave à l'équilibre en dépit de toutes les sommes d'énergie déployées par les pouvoirs publics et qu'il est difficile pour une nation d'aller de l'avant si la moitié de la population est écartée lors de la prise de décision... ".

Le défi que se lance ce rapport national sur le développement humain est double. Le premier est de montrer que l'atteinte des ODM se mesure à l'aune de la promotion de la femme. Deux raisons majeures plaident pour ce constat :

- la femme en tant qu'agent économique et citoyenne : en représentant plus de 50% de la population, les femmes constituent un poids économique considérable. Les intégrer et axer la stratégie d'atteinte des ODM autour d'elles est une condition indispensable pour le succès de toute entreprise politique et/ou économique. Les récentes réformes en la matière ont permis l'avènement de 7 femmes parlementaires, soit 10% des 65 députés que compte l'Assemblée nationale. En dépit de ces avancées notables, la représentativité des femmes dans la vie politique ne

reflète pas encore leur poids dans la population.

- la femme en tant que mère : ne pas œuvrer en faveur de la femme, c'est reproduire à l'infini le cycle de la pauvreté. Au contraire, intervenir en faveur de la femme et de la mère de famille, c'est se donner toutes les chances de rompre avec le cycle de reproduction de la pauvreté. Protéger la femme, en améliorant sa santé, son niveau d'instruction, en éliminant son exposition aux maladies hydriques et celles dues aux carences (accès à l'eau potable, aux vaccinations, etc.), c'est protéger aussi l'enfant, voire la famille.

Le second défi consiste à aller au-delà du constat de la différence entre les sexes en proposant une stratégie de développement et d'atteinte des ODM d'ici 2015 incluant la dimension féminine comme un élément dynamique, comme facteur de changement.

C'est en somme à travers l'analyse de la dimension féminine et des contraintes qui pèsent sur la participation de la femme que ce rapport se propose d'identifier les voies et les moyens par lesquels les potentialités féminines peuvent contribuer de façon décisive à l'atteinte des ODM d'ici 2015.

## 1.5 LA METHODOLOGIE : LE PROCESSUS DE PREPARATION DU RNDH

Le point de départ du cycle de préparation du second Rapport national sur le développement humain (RNDH 2004) a été l'atelier de formation régional sur les RNDH dans les pays arabes organisé au Caire par le Bureau régional des pays arabes (RBAS) du PNUD du 17 au 19 février 2003.

Cet atelier a permis à l'équipe nationale du RNDH de tirer des enseignements fondamentaux qui ont contribué à la bonne conduite du processus de

---

<sup>6</sup> Projet de loi instituant un système de quota de 10% de l'un ou l'autre sexe adopté par le Conseil des Ministres du 15 Octobre 2002.

préparation du RNDH 2004 et à l'amélioration substantielle de la qualité de ce rapport.

Le processus d'élaboration du RNDH a été largement participatif pour assurer l'adhésion et la mobilisation de l'ensemble des intervenants (pouvoirs publics, société civile, secteur privé, partenaires au développement). Un Comité technique national, placé sous l'autorité du Représentant Résident du PNUD, a été mis en place au début du processus. Ce Comité technique de préparation du RNDH 2004 a eu pour fonction notamment :

- d'organiser le processus de discussion élargie et de démarche participative avec les autorités nationales et la société civile ;
- de proposer un calendrier général de préparation et de lancement du RNDH ;
- de susciter des documents de travail et des contributions spécifiques ;
- de s'assurer de la cohérence technique générale du RNDH, notamment en ce qui concerne le respect de la politique institutionnelle du PNUD en matière de RNDH.

Ce Comité technique a été constitué de façon à être largement représentatif dans sa composition, notam-

ment avec une femme parlementaire, des représentants officiels, un chercheur, un journaliste et des représentants de la société civile.

Les discussions au sein du Comité technique ont permis de valider le plan préliminaire pour la rédaction du RNDH 2004 formulé par un Consultant national. La thématique du rapport a été articulée autour de l'égalité des sexes et des Objectifs de Développement du Millénaire.

Une équipe multidisciplinaire de huit consultants nationaux a été recrutée pour la rédaction des différentes parties du RNDH 2004. Ces consultants ont été identifiés sur la base de critères clairement établis (qualification, expérience, crédibilité, indépendance) et ont été sélectionnés par un Comité de recrutement. Ils ont bénéficié d'une formation sur les concepts de développement humain et la politique institutionnelle du PNUD en matière de préparation des rapports nationaux.

Les consultants nationaux ont utilisé des données statistiques récentes, rigoureusement sélectionnées et évaluées en fonction de leur degré de fiabilité et de leur qualité. Les données ont été tirées des documents et rapports officiels, des publications périodiques, des documents de recherche tout comme des rapports d'évaluation et des revues émanant du Système



des Nations-unies, des organisations non-gouvernementales et des institutions financières internationales.

La clé de la réussite d'un rapport sur le développement humain fait tant pour que par les djiboutiens se trouve dans la participation de la population dans le processus de rédaction du rapport. En conséquence, le PNUD a élaboré un concept participatif original de dissémination parallèlement à la rédaction du rapport. En effet, le concept de Caravane sur le développement humain a été conçu comme faisant partie intégrante du processus de formulation et de rédaction du RNDH. Cette Caravane a parcouru l'ensemble du pays afin de sensibiliser la population sur le thème central du RNDH, les objectifs de développement du millénaire, en utilisant des moyens d'expression artistique.

L'objectif principal de la Caravane, qui a bénéficié d'un fonds d'innovation mis à la disposition du PNUD par le Gouvernement néerlandais, a été d'assurer une appropriation du concept de développement humain par la population djiboutienne en général, et les femmes, les nomades et les écoliers en particulier. De plus, les enseignements tirés de la Caravane ainsi que des photos prises sur le terrain ont été intégrés dans le RNDH 2004 pour refléter au mieux la participation de la population dans le processus d'élaboration du rapport.

Le résultat final du processus a permis d'aboutir à des propositions concrètes et ciblées pour traduire en mesures politiques les différentes recommandations formulées dans le rapport.

### ENCADRE 1.3

#### Les leçons de la Caravane

La Caravane a non seulement été une expérience fantastique mais a aussi constitué une occasion d'aller à la rencontre de la population dans tous les districts du pays. Grâce à une large couverture médiatique, nous avons reçu un accueil chaleureux à chacune de nos étapes. L'enthousiasme suscité par la Caravane était tel que les salles de classes, où se déroulaient nos présentations, étaient pleines à craquer.

Dans chaque localité visitée par la Caravane, la population était unanime pour dire que la pauvreté touche principalement les femmes. Il y a également l'unanimité sur l'impact de l'analphabétisme sur la féminisation de la pauvreté. Lors des discussions avec les associations féminines, l'accent a été mis, par les femmes interrogées, sur le fait que les femmes ont tendance à être dépendantes de leurs maris, notamment dans les prises de décision. Ainsi, beaucoup d'entre elles concluaient qu'il n'était, de ce fait, pas nécessaire de savoir lire et écrire.

A notre grand étonnement, les avantages que peut procurer l'alphabétisation ne paraissaient pas évident aux yeux des populations. Une fois expliqués les liens existants entre le sexe féminin et la pauvreté, l'éducation primaire, la santé maternelle et la mortalité infantile, les réactions étaient celles de la surprise. La majeure partie des personnes semblaient découvrir les liens étroits existants entre ces différents aspects du développement humain. Beaucoup nous ont remercié vivement pour ces explications exhaustives sur l'importance de la femme dans la société en général et la société djiboutienne en particulier.

Source : Rapport sur la Caravane sur le développement humain, PNUD, 2003





## Réduire l'extrême pauvreté

## 2.1 LE CONTEXTE ET LE PROFIL DE LA PAUVRETE A DJIBOUTI

### DEFINITION DE LA PAUVRETE

La pauvreté se définit à partir de deux seuils. Le premier seuil qui donne la pauvreté relative est déterminé pour un adulte et par an lorsque son revenu se limite à 198 228 francs Djibouti, soit une dépense journalière de moins de 3 dollars. La pauvreté est dite extrême, lorsque son seuil tombe à 114 096 francs Djibouti par adulte et par an, soit moins de 1,8 dollar par jour.

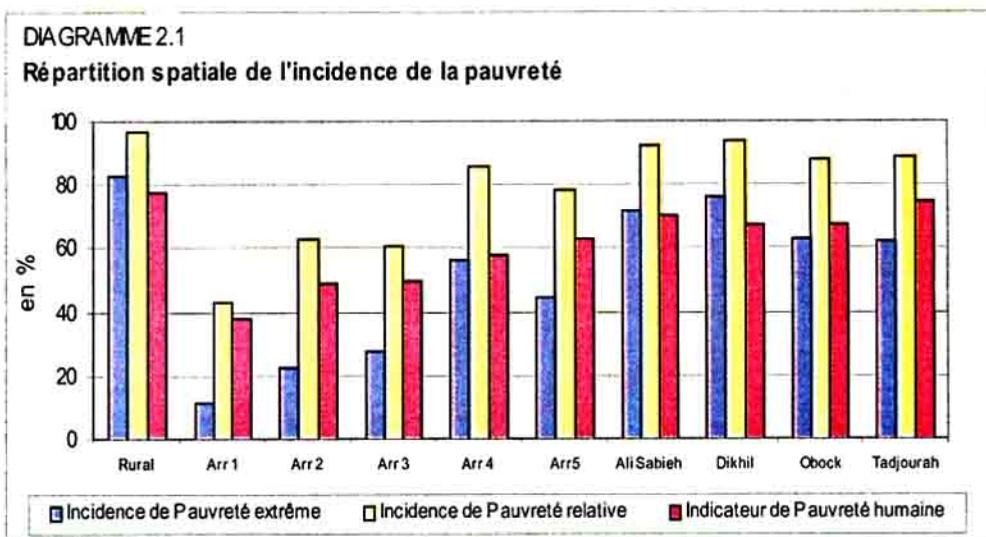
### CONTEXTE DE LA PAUVRETE

Les crises politiques et économiques qui ont prévalu au cours des deux dernières décennies ont provoqué un grave problème de développement manifesté par une paupérisation grandissante de la population. Les efforts entrepris entre 1996 et 2002 par les pouvoirs publics pour redresser la situation, notamment avec l'adoption d'un programme d'ajustement structurel appuyé par les institutions financières internationales (Fonds monétaire international et Banque mondiale),

ont certes permis d'obtenir des résultats macroéconomiques satisfaisants.

Mais, au cours de la même période, la détérioration des indicateurs sociaux s'est particulièrement accélérée : les enquêtes EDAM-IS1 et 2<sup>7</sup> ont montré que la pauvreté relative touche 74,4% en 2002 contre 45,1% en 1996, tandis que la pauvreté extrême est passée de 9,6% à 42,2% durant cette période. L'enquête EDAM-IS2 a également montré que pauvreté et marginalisation vont de paire à Djibouti : la pauvreté frappe les quartiers périphériques et les zones rurales, montrant ainsi l'exclusion spatiale, et les couches vulnérables de la population que sont les jeunes et les femmes, preuve de la marginalisation sociale.

La stratégie de développement qui entend mobiliser toutes les énergies possibles de la nation pour pouvoir être pleinement efficace, doit libérer le potentiel humain, avec en premier lieu les femmes, en instaurant l'accès égalitaire aux services sociaux de base et l'autonomisation financière.



Source : EDAM-IS2, DISED, 2002

<sup>7</sup> Enquête Djiboutienne Au près des Ménages (EDAM) : enquêtes dites EDAM-IS1 et 2, réalisées respectivement en 1996 et 2002 par la Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques et portant sur la composition et les habitudes de consommation des ménages djiboutiens, sous financement conjoint de la Banque Mondiale, du PNUD, du FNUAP et du Gouvernement djiboutien.

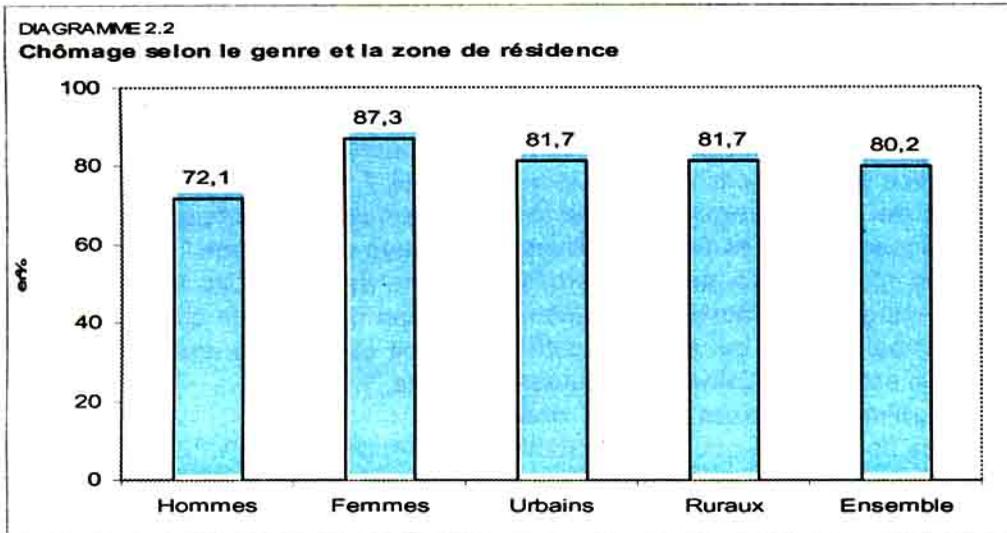
La pauvreté, même si elle englobe plusieurs aspects, est presque toujours liée à la pauvreté monétaire qui génère à son tour d'autres formes de pauvreté : pauvreté sociale, pauvreté due à l'instruction, pauvreté humaine. Les indicateurs mesurant la participation féminine font plutôt état de l'exclusion de la femme : elles représentent 52% de la population totale mais 68,8% des femmes actives sont au chômage, contre 54,6% pour les hommes (EDAM-IS2) et ne représentent que 26,7% de la population active occupée (EDAM-IS2). A l'inverse, signe de leur marginalisation, elles sont particulièrement présentes dans les activités développées dans le secteur informel.

## 2.2 CAUSES ET DETERMINANTS DE LA PAUVRETE A DJIBOUTI

### LE CHOMAGE

Parmi les déterminants essentiels de la pauvreté, on recense en premier lieu le chômage qui s'est fortement développé au cours de la période de référence avec un taux de près de 59%. Cette corrélation est bien établie avec le phénomène de la pauvreté d'une part, et la dimension féminine d'autre part, où le taux de chômage parmi les pauvres est estimé à 66,5% et à 72,4% parmi les pauvres extrêmes.

Le chômage sévit davantage parmi les femmes et les ruraux : il se situe



Source : EDSF/PAPFAM, DISED, mai 2003.

pour les premières autour de 68,8%, contre 54,6% pour les hommes et à près de 82% pour les seconds au lieu de 80% pour les urbains. Cette dégradation de la situation de l'emploi est source de la quasi totalité des problèmes socio-économiques. De la précarité matérielle, elle conduit progressivement à des comportements sociaux déviants tels que la délinquance ou la marginalisation sociale, notamment des jeunes et des femmes.

### LA CENTRALISATION ADMINISTRATIVE ET ÉCONOMIQUE

La deuxième source de la pauvreté est la concentration des activités économiques exclusivement à Djibouti au détriment des localités de l'intérieur. Une forte corrélation entre l'évolution

de la pauvreté, en particulier extrême, et le taux de croissance est souvent admise. Pourtant, il faudrait atténuer l'effet de ce constat car précisément la pauvreté s'est accélérée en même temps que le redressement du taux de croissance entre 1996 et 2002. Il faudrait par conséquent, en attendant le retour d'un taux de croissance soutenu, oeuvrer au plus vite en faveur des régions, notamment en activant le projet de décentralisation administrative et économique, voire politique.

### 2.3 PAUVRETE ET DIMENSION FEMININE

Considérer la dimension féminine comme facteur clé de développement consiste à se poser la question de la

situation de la femme au sein la société djiboutienne ainsi que ses déterminants. Une fois identifiées les entraves à la promotion et à la participation effective de la femme à vie socio-économique, il sera possible de déterminer les voies et moyens à entreprendre pour les surmonter.

### **LA FEMME : UNE PAUVRE PAR LES PAUVRES**

La pauvreté reste généralisée à Djibouti, mais elle affecte davantage les femmes. Le poids des traditions n'offre pas à ces dernières beaucoup d'opportunités pour qu'elles puissent exprimer pleinement leur potentiel. Le rôle traditionnellement dévolu à la jeune fille et à la femme au sein de la société se cantonnant aux responsabilités familiales, ne leur permet pas de favoriser leur autonomie financière et sociale.

La dimension féminine étant récemment mise en avant dans les préoccupations de développement, les structures économiques et administratives du pays n'ont jusqu'à présent permis qu'une intégration relative des femmes. La principale raison qui explique cette situation est que l'initiative axée autour de l'égalité des sexes émane des bailleurs de fonds et que pour l'instant l'appropriation nationale bien que présente, reste limitée.

Le poids des préjugés et des tabous conjugué aux tâches ménagères, constituent des pesanteurs qui maintiennent la femme dans une situation de marginale.

### **L'ACTION PUBLIQUE : ENTRE TRADITION ET NÉCESSITÉ DE CHANGER**

Il est vrai que les institutions essentielles d'un pays doivent refléter les spécificités de celui-ci pour mieux appréhender sa réalité économique et sociale. Mais ces institutions sont également le chantre de l'égalité juridique entre ses membres et l'égalité des chances offerte par l'Etat central à chacun d'entre eux.

Le parcours de la femme reste contrôlé tout au long de son existence par l'homme. Enfant la fille est sous

l'autorité parentale, pour ensuite intégrer à l'âge adulte l'autorité maritale. Tel est le portrait de la femme djiboutienne. Au regard de l'ampleur du retard de la femme djiboutienne par rapport à son homologue masculin, les récentes réformes institutionnelles demeurent encore insuffisantes. Jusqu'à une date récente, le prononcé de divorce était par exemple l'apanage exclusif de l'homme. A l'inverse, la femme avait tout au plus la possibilité de faire constater par le cadî le manquement manifeste des obligations conjugales par le mari, pour espérer tenter une action judiciaire.

En dépit de quelques avancées portant sur l'âge du mariage, la mise en place de différents types de divorce, le Code de la famille contient des points qui au regard du droit international et des conventions internationales signées par la République de Djibouti pourraient faire l'objet d'amendements (article 7 : " le mariage n'est formé que par le consentement des deux époux et du tuteur de la femme " ; article 31 : " la femme doit respecter les prérogatives du mari en tant que chef de famille et lui doit obéissance dans l'intérêt de la famille ").

## **2.4 PROMOUVOIR L'AUTONOMISATION ET LA PARTICIPATION DE LA FEMME**

### **AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE**

L'accès égalitaire aux services sociaux de base renvoie inéluctablement à la question des droits des femmes aussi bien dans leur conception que dans leur application. Bien que les disparités tendent à s'atténuer grâce aux différents programmes entrepris par les pouvoirs publics, la participation des femmes à la vie économique et politique passe avant tout par l'accès à l'éducation en particulier et aux services sociaux de base en général.

Les insuffisances des infrastructures publiques de base sont en grande partie supportées par les femmes. Ces dernières aux prises avec les tâches ménagères et les responsabi-

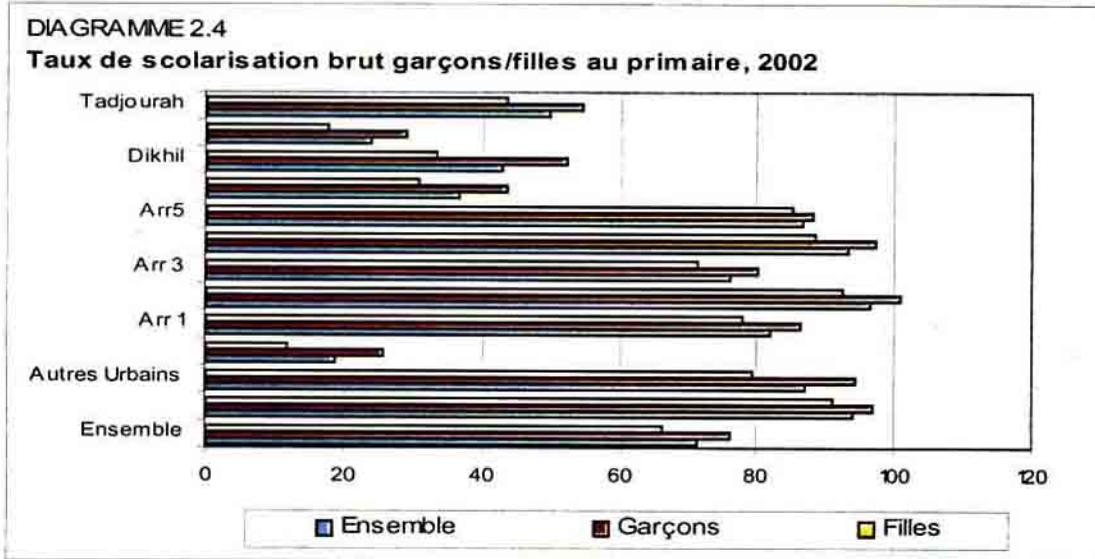
lités familiales, tentent bon gré mal gré de pourvoir aux besoins de leur famille.

L'approvisionnement quotidien en eau potable, la propreté et l'évacuation des déchets ménagers, l'accompagnement et le suivi de la scolarité des enfants, sont le plus souvent de la responsabilité directe de la mère au foyer. Améliorer l'accès à ces services est

une nécessité pour libérer la femme et la soulager de certaines de ces vicissitudes.

### - Education

Le système éducatif djiboutien est un des secteurs où l'effort financier de l'Etat est en progression ces dernières années, mais cela reste insuffisant tant les besoins du secteur sont importants.

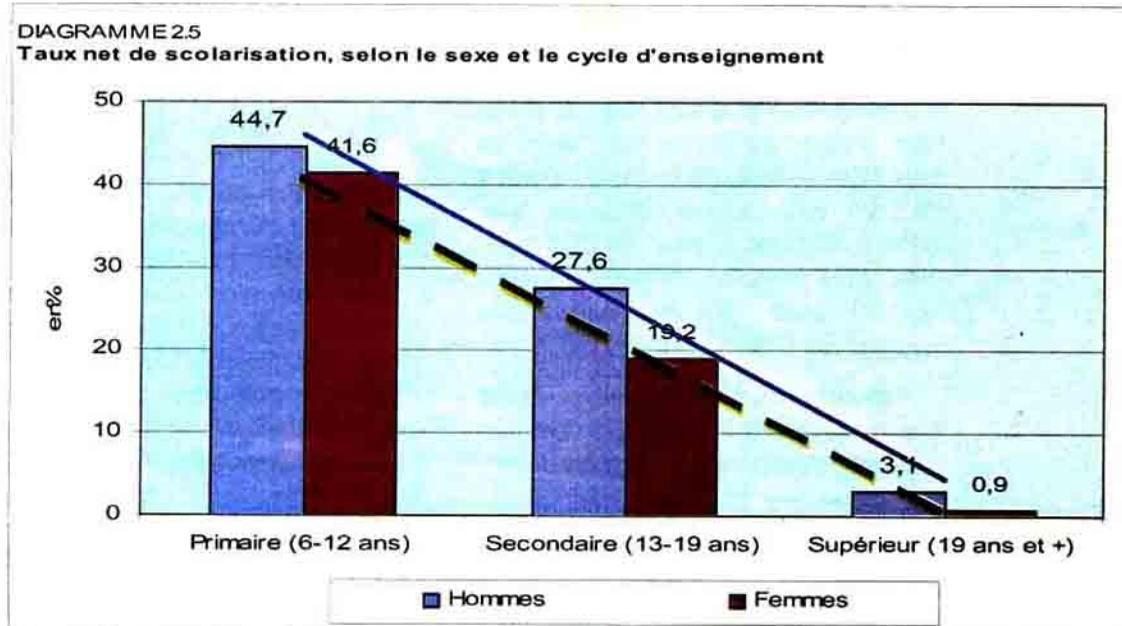


Source : EDAM-IS2, DISED, 2002

Les ménages consacrent 6,8% des dépenses totales à l'éducation. La disparité face à l'éducation reste marquée par la pauvreté : les ménages pauvres et non pauvres consacrent en dépenses nominales 3,8 fois plus que les pauvres extrêmes, ce qui accentue

les déperditions précoces, déjà élevées pour l'ensemble, mais singulièrement caractéristiques chez les pauvres extrêmes.

Le taux de scolarisation faible en primaire, chute de moitié dans le secondaire en particulier pour les filles.



Source : EDAM-IS2, DISED, 2002

L'exclusion précoce des jeunes se ressent sur la structure de la population active : elle est composée à près de 49% d'individus n'ayant aucune instruction ou ayant un niveau très bas pour 24,1% et pour 15,8% ayant un niveau secondaire. C'est évidemment les pauvres qui sont concernés en premier lieu puisque 54% d'entre eux sont sans instruction ou ont un niveau d'instruction trop bas (24,1% ont suivi le primaire).

Quant au taux d'analphabétisme, il est de 42,1% chez les adultes de plus de 15 ans et d'environ 72% chez les femmes de plus de 15 ans. Ces taux ont un impact sur la compétitivité au travail.

#### - Santé

La part du budget de fonctionnement consacrée aux dépenses de santé représente 4,3% en 1999, contre 6,9% en 1990. Cette baisse relative se traduit aussi par une baisse régulière en valeur

nominale sur plusieurs années<sup>8</sup>. Plus de 5% du PIB sont consacrés aux dépenses de santé dans les pays riches, contre 2 à 3% dans les pays en développement.

Rapportés par tête d'habitant, Djibouti dépense en moyenne 8 dollars, soit un peu plus que les 6 dollars dépensés dans les pays à bas revenus, mais inférieur aux 13 dollars des pays à revenus intermédiaires et surtout aux 1 356 dollars dans les pays riches. La norme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) situe à 35-40 dollars<sup>9</sup> par habitant le revenu minimum pour les services de santé élémentaires.

Le budget d'investissement dans le domaine de la santé représente 13,2% en 1999, et il reste stable depuis 1991.

La loi du 3 juillet 1999 portant orientation de la politique de santé publique met l'accent sur la prévention des principales maladies, la protection de la

Pays	Djibouti	Pays		OCDE	Seuil OMS
		A bas revenus	A revenus intermédiaires		
Montant	8	6	13	1 356	35 à 40

Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2002

mère et de l'enfant et l'information sanitaire. Malgré cette prise de position officielle, les indicateurs de la santé restent préoccupants. L'espérance de vie ne dépasse guère les 50 ans, bien en dessous de la moyenne arabe de 67 ans perfectible de 5 à 11 ans. Là où les pays arabes ont réussi à contenir les décès des enfants de moins de 5 ans à 70 pour mille depuis 1990, ce ratio reste à Djibouti à plus de 103 pour mille, et la mortalité maternelle avoisine 546 pour 100 000 naissances vivantes en 1998<sup>10</sup>.

Les données montrent en particulier que le préventif fait, malgré les progrès réalisés, encore défaut dans les préoc-

cupations sanitaires au profit du curatif, qui profite peu aux plus pauvres. Le taux de prévalence de la contraception est de 9%<sup>11</sup> avec une fécondité élevée et des naissances rapprochées qui fragilisent la santé de la mère.

Le comportement des femmes vis à vis de la reproduction dépend de la vulgarisation de l'éducation sanitaire et de leur niveau d'instruction. On estime que 28% des femmes acceptent la contraception alors que 42% la refusent lorsqu'elles sont analphabètes. Dès qu'il s'agit de femmes sachant lire et écrire, la proportion de celles qui y sont favorables passe à 56% et celles qui y sont défavorables chute à près de 23%.

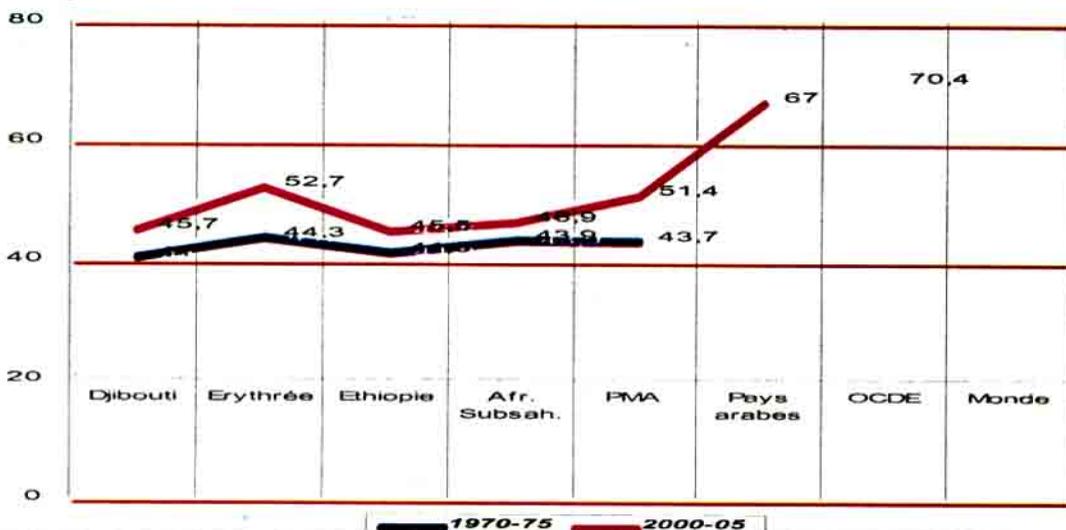
<sup>8</sup> EDAM-IS2, 2002, p.25

<sup>9</sup> Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 2002

<sup>10</sup> Enquête djiboutienne sur la santé de la famille (EDSF), DI SED, mai 2003

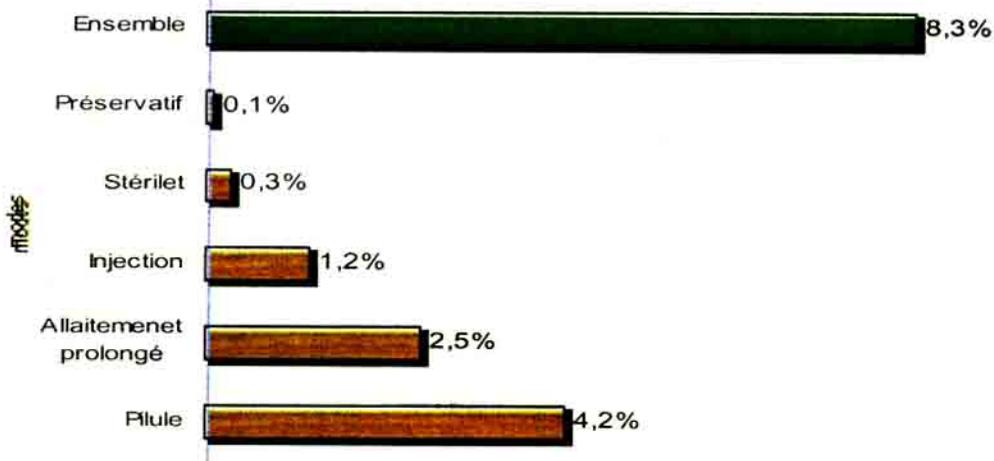
<sup>11</sup> EDSF, DI SED, mai 2003

DIAGRAMME 2.6  
Espérance de vie



Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2003

DIAGRAMME 2.7  
Méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 49 ans



Source : EDSF, DISED, mai 2003

Avec un taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié estimé à 42%, l'accès des femmes enceintes aux hôpitaux en milieu urbain reste très insuffisant. Ces accouchements ainsi recensés renferment des grossesses difficiles dues en grande partie au manque de prévention et de suivi approprié des grossesses. En effet, 19,6% des femmes enceintes n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale, 38,6% se sont contentées d'une seule visite et seules 41,6% d'entre elles ont fait deux visites et plus. En milieu rural, le mode qui prévaut est l'accouchement à domicile.

Les mutilations génitales sont un autre facteur qui porte atteinte à la santé de la femme. En 1989, on a estimé à 98% le taux de prévalence des MGF à Djibouti<sup>12</sup>. En dépit de l'article 333 du code pénal interdisant les mutilations génitales en 1995, ces pratiques n'ont guère changé à ce jour à cause des rigidités culturelles et de la faiblesse de la loi dans son application.

L'enfant n'est guère mieux loti que la mère, puisqu'à la naissance en 2003, près de 62% des naissances étaient vaccinées pour le DTC et plus de 60% pour la rougeole. La situation

<sup>12</sup> Enquête Nationale, DNS, 1989.

nutritionnelle me-nace également la mère et l'enfant. Elle est la cause de 35% des décès chez l'enfant et de l'anémie et de carence ferrique chez 70% des femmes enceintes.

#### - Eau et assainissement

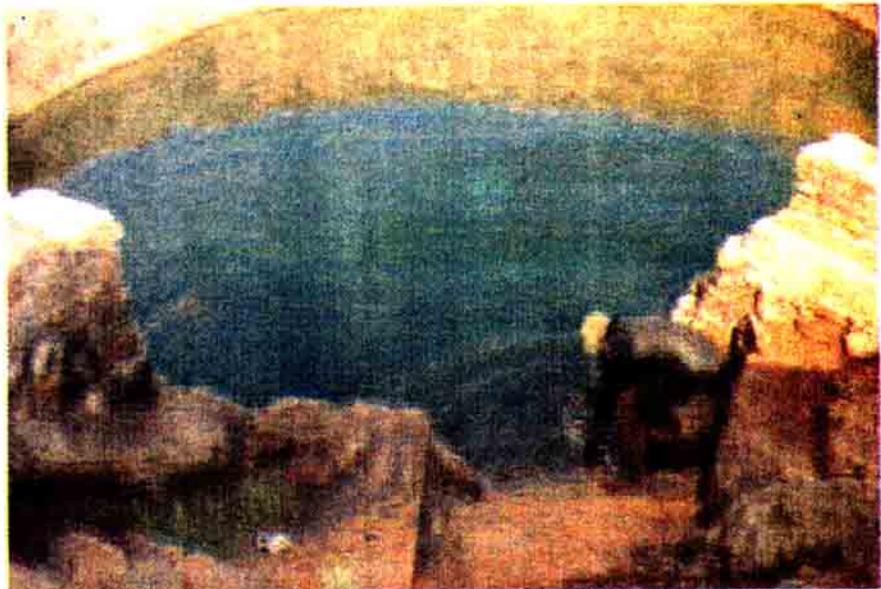
L'approvisionnement en eau potable atteint 80% des besoins en milieux urbains, mais reste inférieur à 50% en zones rurales. Certains quartiers du centre ville sont raccordés à plus de 60%, tandis qu'à l'autre extrémité de la ville, où sévit la pauvreté extrême (Balbala, PK12), avec moins de 20%<sup>13</sup> des besoins couverts, la population reste exposée aux maladies dues au manque d'hygiène hydrique.

L'accès à l'eau est déterminé par une disparité à la fois géographique et liée au niveau de vie, traduisant l'insuffisance de la quantité et de la qualité, et par la pauvreté des usagers. Même si la capitale qui concentre la majorité de la population a un taux d'individus privés ayant accès à l'eau relativement

faible (7,4%), près de 16% d'entre eux sont en réalité privés d'accès direct à l'eau. En milieu rural, ce sont près de 50% d'individus qui n'ont pas accès à un point d'eau aménagé.

Parmi les ménages sans raccordement au réseau de l'ONED, une proportion mal connue d'entre eux s'approvisionnent auprès des bornes fontaines publiques et de camions citernes à des prix de 4 à 6 fois plus chers que les tarifs de l'ONED<sup>14</sup>. En milieu rural, les approvisionnements inadéquats à partir des puits traditionnels mal entretenus, s'élèvent à 30% des ménages.

L'estimation de la consommation moyenne de 102 litres par jour et par individu varie en fonction du niveau de vie. Elle est de 15 litres seulement pour les ménages pauvres, contre 344 litres pour les autres, soit nettement en dessous de la moyenne arabe qui est d'environ 1 000 mètres cubes par an et par habitant<sup>15</sup>. Le même écart s'observe



entre les centres urbains et les milieux ruraux. L'insuffisance du taux de couverture des besoins, qui se situe à hauteur de 69% au niveau national et de 60,8% dans les zones rurales, atténue quelque peu la disparité due à la pauvreté. A la quantité, s'ajoute une insuffi-

sance de la qualité de l'eau qui est chargée en sel et en chlorure (380 mg/l) nettement au dessus des normes de tolérance établis par l'OMS.

L'accès à l'assainissement traduit également la démarcation entre les zones pauvres et les autres zones et

<sup>13</sup> Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP), Gouvernement djiboutien, mai 2003, p.5

<sup>14</sup> DSRP, p.21

<sup>15</sup> Rapport arabe sur le développement humain, PNUD, 2002

affecte plus de 70% de la population totale, car seuls 25% des ménages sont reliés à un réseau collectif. Par ailleurs, l'évacuation insuffisante des eaux usées et pluviales ajoute à la prévalence des maladies dues au manque d'hygiène en particulier chez les enfants (diarrhées, paludisme, maladies respiratoires). La moyenne d'individus qui ont accès à des installations sanitaires améliorées dans les pays en développement est d'environ 20%<sup>16</sup>.

#### - Electricité

Près de la moitié des ménages sédentaires djiboutiens (49,7%), dont 99,5% d'urbains<sup>17</sup>, utilisent l'électricité comme principal moyen d'éclairage avec une consommation moyenne estimée à 288 kwh/an et par habitant, un niveau relativement élevé en comparaison à certains pays de la région<sup>18</sup>. Ces données masquent d'énormes disparités : en réalité seuls 15,6% des ménages pauvres extrêmes et 32,9% des ménages pauvres relatifs ont accès à l'électricité. Cela suppose que près de 48% de l'ensemble des ménages se rabat sur d'autres types d'énergie (pétrole et butane) pour leurs besoins. En effet, quand 2% et 4% du budget est consacré à l'énergie pour les pauvres extrêmes et les pauvres relatifs, ce taux atteint 9% pour les ménages non pauvres.

L'énergie pour les besoins domestiques est assurée par le kérosène pour la quasi totalité des ménages. Mais son prix élevé (103 francs/litre) le rend inaccessible pour les pauvres qui utilisent plutôt le bois et contribuent ainsi à la dégradation de la maigre végétation du pays.

#### - Développement urbain et habitat social

La capitale Djibouti-ville concentre les 3/4 de la population totale et la quasi totalité de l'activité économique. Le secteur de l'habitat a connu des difficultés au cours des années quatre-vingt dix. En 2000, le RNDH notait que seuls 34% des logements djiboutiens étaient en dur, le reste étant en bois et en taule. A Djibouti, le coût de construction des logements est extrêmement élevé : 6 fois le revenu moyen annuel des ménages pour un logement en dur ou 2,5 fois pour un logement en matériaux légers, du fait du coût élevé des matériaux importés et de la main d'œuvre. L'absence d'organisme spécialisé de financement dans le secteur constitue un frein supplémentaire. Seulement 50% des ménages sont actuellement propriétaires des logements qu'ils occupent. Les loyers représentent près de 40% des dépenses des ménages.



<sup>16</sup> Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2002, p.11

<sup>17</sup> EDAM-IS2, DISED, 2002

<sup>18</sup> Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2002 : en 1999 la consommation moyenne était de 21 kmh et de 110 kwh respectivement en Ethiopie et au Yémen.

Les abris de fortune sans respect des normes d'urbanisation et d'assainissement des ordures se sont particulièrement multipliés dans les quartiers périphériques de la capitale. Seuls 25% des logements sont raccordés à un réseau collectif d'assainissement des eaux usées fonctionnant tant bien que mal, les 75% restants fonctionnent avec des systèmes individuels (latrines, fosses septiques) mal contrôlés et occasionnant une pollution des nappes phréatiques et de l'environnement en général.

Les logements dits sociaux, développés ces dernières années par l'Etat avec un système de location vente destiné à faciliter l'acquisition de la propriété privée, restent inaccessibles aux couches les plus nécessiteuses. Les conditions d'attribution sont dissuasives parmi celles-ci, le loyer mensuel moyen est de 30 000 à 40 000 francs Djibouti, soit près du double de l'ancien SMIC qui était de 17 500 francs, à cotiser pendant 16 ans dans les meilleurs cas (Makka Moukarama, Luxembourg), sinon 20 ans (55 logements chinois à Balbala).

Reflétant le profil de la pauvreté (extrême et relative) et la marginalisation des couches vulnérables, ce sont la périphérie et les quartiers populaires (Balbala, Arrondissements 2, 4 et 5) de la capitale qui concentrent les habitations dérisoires.

#### **Les activités génératrices de revenus**

Si la pauvreté qui se manifeste sous de multiples formes (humaine, sociale, éducative, etc.) a presque toujours la même origine, à savoir la pauvreté monétaire, celle-ci est elle-même étroitement liée au défaut d'accès à l'éducation. On recense environ 80 filles par tranche de 100 garçons inscrits dans l'enseignement primaire et intermédiaire et 70 dans l'enseignement secondaire<sup>19</sup>. L'analphabétisme touche deux

fois plus de femmes que les hommes. Preuve de la marginalisation des femmes des structures publiques, et preuve de leur esprit d'entreprise, elles investissent massivement le secteur informel où elles s'organisent bon gré mal gré : elles détiennent près de 91% des commerces réputés informels.

L'objectif 3 des ODM insiste bien sur la nécessité de promouvoir l'autonomisation des femmes, notamment par le biais de l'accès à l'instruction. Préalable incontournable, étant donné que les femmes mieux instruites donnent moins d'enfants en tant que mères et favorisent la productivité lorsqu'elles travaillent à l'extérieur du foyer pour augmenter le revenu du ménage et qu'en définitive, elles sont à même de participer aux décisions.

Globalement, les femmes participent moins au marché du travail que les hommes, leur taux d'offre de travail se situe en moyenne à 34,6%. Cependant, ce taux augmente pour les veuves et les divorcées pour atteindre respectivement 35,1% et 47,6%. Le chômage frappe plus les femmes que les hommes : 68,6% des femmes actives sont au chômage, contre 54,7% pour les hommes en milieu urbain. Dans les zones rurales, ce sont près de 84% des femmes qui souffrent du chômage<sup>20</sup>. Il faut noter l'écart important qui s'observe entre les hommes et les femmes mariés qui ont un taux de chômage respectif de 33,7% et de 60,1%.

Un point saillant se démarque dans la problématique de l'accès des femmes à l'activité économique : l'accès aux structures économiques en général, et l'accès aux circuits financiers formels en particulier. Le constat de M. Yunis, fondateur de la Grameen Bank<sup>21</sup> reste valable pour Djibouti : à savoir l'inadéquation, pour de multiples raisons, des circuits financiers traditionnels aux besoins des pauvres

<sup>19</sup> Bilan Commun de Pays (CCA), 2002 : p 51

<sup>20</sup> <http://www.presidence.dj/chapitre3.htm>

<sup>21</sup> Etude du secteur financier informel à Djibouti, Barkat Houssein et Mohamed Ali Ismaël, octobre 1997

généralant l'éviction de ces derniers des canaux formels, dont en majorité des femmes. Selon M. Yunis "les couches les plus pauvres de la population du Bangladesh sont tellement effrayées par l'opulence et l'étalage de luxe qu'elles n'oseraient même pas franchir la porte d'une banque...dans certains cas, au mépris du système financier formel pour les bas revenus ou irréguliers". A l'inverse, la finance informelle, notamment la tontine, réussit particulièrement bien aux activités développées par les femmes.

Conscient de ce potentiel, et s'inspirant des expériences menées dans de nombreux pays en développement, le Gouvernement djiboutien s'est attaché à développer des institutions de micro-finance. De création récente, on ne compte actuellement que le Fonds Social de Développement (FSD) comme institution de micro-finance à part entière. Des expériences en la matière sont à mettre au crédit des initiatives privées, notamment des ONG. Mais leur portée est restée limitée par un certain nombre de raisons : méconnaissance du domaine de la micro-finance pour le pays et l'insuffisance du cadre réglementaire.

#### - L'expérience à l'initiative de l'état

Le Fonds Social de Développement<sup>22</sup>, s'appuyant sur l'expérience de la Gramen Bank et de

Caritas, a mis en place un programme de distribution de micro-crédits destiné en priorité aux femmes, présentées par groupes de 4 femmes solidaires. L'enveloppe des crédits était située entre 30 000 francs Djibouti (169 dollars) et 100 000 francs Djibouti (563 dollars) par femme. Le FSD a ainsi pu faire bénéficier à 800 femmes pour un montant global de 20 millions francs Djibouti (126 536 dollars). Cette expérience s'est révélée encourageante notamment par le taux de remboursement des emprunts atteint (95%). Un deuxième volet destiné aux petites entreprises était également prévu.

L'avènement de la micro-finance rurale à l'initiative du FIDA est pour l'instant à l'étape de projet à Djibouti. Cette initiative pourrait constituer un début de la micro-finance expressément orienté vers les femmes en milieu rural. Même si les ressources du milieu rural sont faiblement exploitables du fait de l'aridité des terres, bien étudié et bien adapté à la situation, ce projet pourrait contribuer de façon significative pour enrayer l'indigence des femmes des milieux ruraux.

#### - L'Expérience de l'ONG CARITAS: une initiative à encourager

Selon le même principe qui a inspiré le FSD, basé sur la solidarité entre plusieurs femmes emprunteuses (au minimum 4) en l'absence de garantie matérielle, cette ONG a mis en oeuvre



<sup>22</sup> Rapport de la mission d'appui au projet de la cellule micro financement du FSD, Mbaye DIOUF, sept. 2001

entre 1996 et 2000 un programme portant sur 126 millions FDJ<sup>23</sup>, soit 708 977 dollars. Au total près de 2 000 femmes ont pu bénéficier de ces crédits qui ont été utilisés pour développer des activités de petites tailles, telles que des échoppes et des gargottes dans les milieux populaires et modestes.

## 2.5 RECOMMANDATIONS

La pauvreté continue de sévir à Djibouti. Le redressement relativement réussi de la situation économique depuis 1996 coïncide en même temps avec une recrudescence de la pauvreté tant relative qu'extrême.

C'est pourquoi, dans le but de renforcer cet élan, il faut intégrer la dimension féminine afin de cibler de manière stratégique les éléments clés de développement. On a pu effectivement constater que la lutte contre la pauvreté concerne avant tout la femme et qu'il faut, par conséquent, orienter les recommandations à la lumière des données recueillies dans ce sens.

Les recommandations formulées ci-après s'articulent autour des facteurs générateurs de la pauvreté de la femme retenus dans le corps du rapport. Il s'agit :

- du chômage : étant la principale source d'exclusion sociale et de pauvreté d'une part, et que les débouchés professionnels relèvent principalement encore du secteur public et parapublic d'autre part, il faut accélérer l'intégration de la femme en appliquant les mécanismes de coordination ministérielle définie par la mise en œuvre de la

Stratégie Nationale d'Intégration de la Femme dans le Développement (SNIFD).<sup>24</sup>

- de la santé et de la couverture médicale : l'accès aux soins de "qualité" est réservé aux seuls cotisants à l'Organisme de Protection Sociale (OPS), c'est-à-dire à ceux qui ont un emploi. Ceux qui sont au chômage ne bénéficient que des soins minimum le plus souvent inadaptés aux femmes, notamment enceintes. Il faudrait par conséquent aligner toutes les femmes, quelque soit leur situation professionnelle et sociale, sur les meilleurs régimes de sorte à mieux protéger les femmes et les intégrer davantage.
- de l'éducation : rendre effective l'obligation de la scolarité des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans en appliquant davantage la responsabilité des parents.
- du poids de la tradition : rendre effective l'interdiction des mutilations génitales des fillettes, sensibiliser les leaders d'opinion, traditionnels et politiques, pour développer une communication dynamique susceptible d'inciter l'émancipation de la femme.
- de la répartition géographique : réhabiliter les centres médicaux et les points d'eau datant d'avant la guerre civile dans les milieux ruraux en ciblant en priorité les soins spécifiques aux femmes, car le plus souvent du fait de l'exode des ruraux vers la capitale, ce sont les femmes qui habitent en permanence les villages.

<sup>23</sup> Rapport de la mission d'appui au projet de la cellule micro financement du FSD, Mbaye DIOUF, sept. 2001

<sup>24</sup> Ministère délégué chargé de la promotion de la femme et du bien-être familial et des affaires sociales : mise en œuvre de la SNIFD "document de la table ronde des partenaires au développement" nov. 2002



PN  
UD



**Assurer l'éducation primaire  
pour toutes les filles**

## CHAPITRE 3- ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUTES LES FILLES

" Il ne peut y avoir de transformation majeure ou durable de sociétés ni de réduction importante de la pauvreté tant que les filles ne reçoivent pas l'éducation de base de qualité dont elles ont besoin pour contribuer sur un pied d'égalité au développement, comme elles devraient pouvoir le faire ".

**Carol Bellamy, Directrice Générale de l'UNICEF**

L'éducation est un droit fondamental inscrit dans la déclaration des Droits de l'Homme, et elle est considérée comme la pierre angulaire du développement. C'est pourquoi, le PNUD la définit comme un élément essentiel pour mesurer le développement humain. Dans le contexte mondial, l'éducation constitue l'une des principales préoccupations des organismes internationaux.

A Djibouti, l'éducation est considérée comme une priorité nationale dans le cadre de l'action gouvernementale. Certes, des progrès notables ont été enregistrés en matière d'éducation au cours des vingt dernières années, mais la situation reste dans l'ensemble assez préoccupante. La faiblesse du taux de scolarisation, le taux d'analphabétisme élevé et les

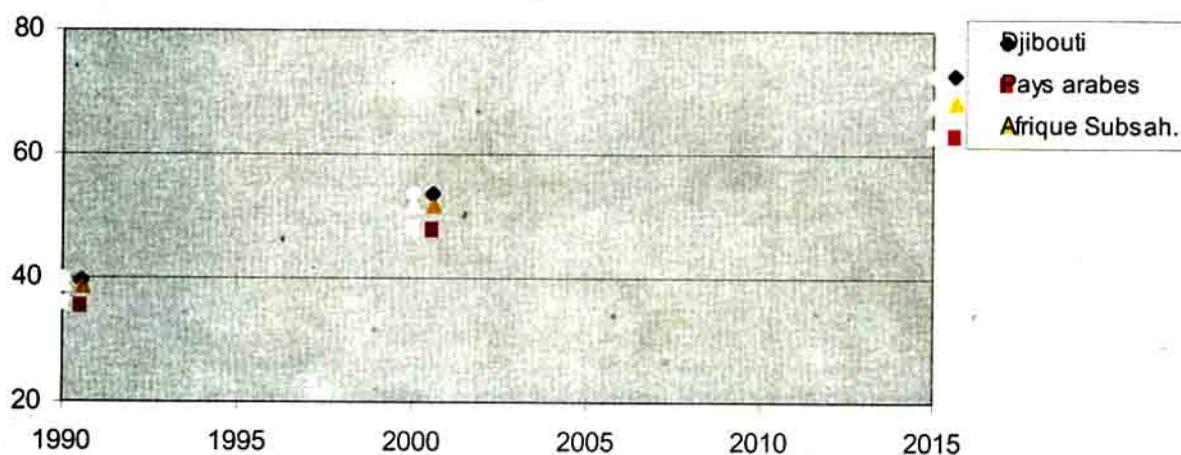
fortes disparités entre les sexes, placent Djibouti parmi les pays les moins avancés en matière de renforcement des capacités humaines comparativement à d'autres pays en développement. Dans quelle mesure l'éducation peut-elle assurer à la jeune fille une participation active dans le développement ?

### 3.1 L'EDUCATION POUR TOUS DANS LES PAYS ARABES ET EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Dans la dernière décennie, le débat sur les disparités entre les sexes en matière d'éducation s'est renforcé, les femmes étant toujours défavorisées par rapport aux hommes. Les conférences internationales mettent de plus en plus l'accent sur la prise de conscience du fossé entre les sexes. L'accès à l'éducation de la jeune fille est un élément fondamental du développement durable. Dans les pays arabes et en Afrique subsaharienne, la jeune fille est handicapée par des facteurs socioéconomiques et culturels : les familles pauvres préfèrent ainsi sacrifier la fille par rapport au garçon pour accomplir les tâches ménagères et la corvée d'eau.

DIAGRAMME 3.1

Taux d'alphabétisation féminin (plus de 15 ans)



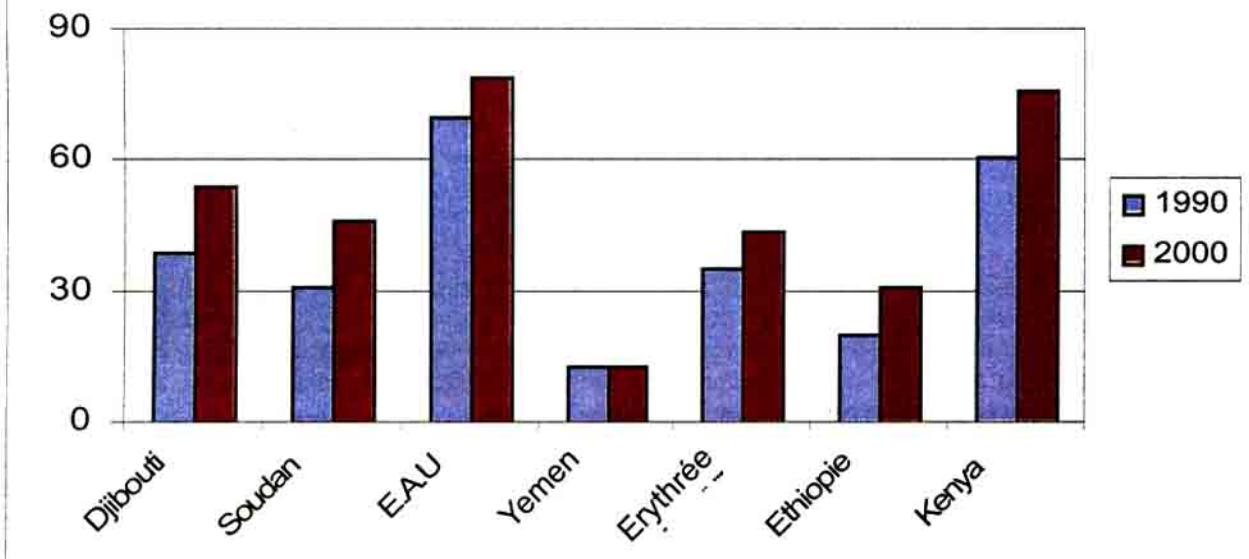
Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2003

Le taux brut de scolarisation place les pays arabes et d'Afrique subsaharienne parmi les taux les plus bas à l'échelle mondiale. L'indice de parité entre les sexes (IPS) de Djibouti est parmi les plus faibles des pays arabes, une situation apparentée à celle de la majorité des pays les moins avancés. Malgré des progrès enregistrés depuis les années 70, l'analphabétisme touche plus les femmes que les hommes dans les pays arabes. L'absence de liberté de choix, le défaut de promotion des femmes les placent irrémédiablement dans un rôle secondaire.

Les disparités entre filles et garçons dans les différents niveaux de l'école fondamentale montrent une nette avance pour les garçons. Dans l'enseignement secondaire, ces disparités sont tout aussi inquiétantes, le taux brut de scolarité en 1999-2000 place Djibouti dans la même catégorie que le Maroc, la Mauritanie, l'Irak ou le Yémen, avec un IPS inférieur ou égal à 0,8. Dans le même temps, le groupe de pays composé des Emirats Arabes Unis, du Liban et de la Tunisie arrive en tête parmi les pays arabes en matière de taux brut de scolarisation dans le cycle secondaire.

DIAGRAMME 3.2

**Taux d'alphabétisation des femmes**



Source : Rapport suivi sur l'éducation pour tous dans le monde, UNESCO, 2002

La Tunisie selon Mme Michèle Gendreau-Massaloux<sup>25</sup>, est de loin l'exemple le plus remarquable dans la région arabe. En effet, la politique de Bourguiba a misé sur le facteur humain développant ainsi le système éducatif, aujourd'hui considéré comme le moteur du décollage socioéconomique de la Tunisie.

Par ailleurs, les femmes arabes sont de loin les moins représentées au monde dans la sphère politique. La faiblesse de l'instruction cause un préjudice majeur au développement économique et social chez ces femmes.

**3.2 L'ANALPHABETISME : UN PROBLEME DIFFICILE A ELIMINER**

Le taux d'analphabétisme est différent à Djibouti selon les résultats des enquêtes. D'après la Commission économique africaine (CEA), les taux d'analphabétisme étaient de l'ordre de 91% pour les femmes et 85% pour les hommes en 1984. Selon l'Enquête démographique inter-censitaire (EDI) en 1991, ces taux seraient de 72,4% pour les femmes de plus de 15 ans et 48,8% pour les hommes du même âge. Enfin, l'EDAM-IS2 a estimé le taux

<sup>25</sup> Rectrice de l'Agence Universitaire de la Francophonie

d'analphabétisme des femmes de plus de 15 ans à 71,9% et celui des hommes de plus de 15 ans à 41,4% avec une moyenne nationale de 42,1% pour les adultes de plus de 15 ans. Le taux d'analphabétisme touche donc beaucoup plus les femmes que les hommes.

A Djibouti, comme ailleurs en Afrique, les causes de la faible scolarisation des filles sont nombreuses. Une étude menée en 2001 a fait ressortir un certain nombre d'obstacles à la scolarisation des enfants, notamment :

- l'éloignement des écoles dans les milieux ruraux ;
- les exigences familiales qui imposent des restrictions et entravent le droit des enfants à une éducation de base (les tâches quotidiennes des enfants surtout des filles, les mariages précoces, etc.);

- le poids de la tradition (préférence de l'éducation des garçons par rapport à celle des filles) ;
- l'ignorance ;
- la pauvreté.

Pour faire face à ces obstacles, et promouvoir l'équité en matière d'accès à l'éducation, les pouvoirs publics ont entrepris un certain nombre de mesures notamment :

- l'expansion des structures d'enseignement tant dans la capitale que dans les districts ;
- la révision du curriculum de l'enseignement fondamental avec des contenus d'enseignement adaptés à l'environnement socio-économique et culturel de l'enfant djiboutien.

De plus, dans le Plan d'Action de l'Education Nationale, il est noté que la promotion de la scolarisation des filles

### ENCADRE 3.1

#### Education des adultes

L'éducation des adultes vise à assurer l'amélioration permanente des capacités et des compétences des diplômés à tous les niveaux. L'une des principales fonctions de l'éducation des adultes est de garantir le développement des capacités et des compétences acquises à travers des programmes d'alphabétisation, de manière à éviter toute possibilité de régression. L'éducation des adultes est une exigence de la société moderne mais elle n'a pas jusqu'ici retenu l'attention qu'elle mérite.

La définition des différentes phases consécutives d'éducation des adultes devrait tout d'abord permettre aux pays arabes de mieux aborder la question de l'éducation permanente et de l'auto apprentissage. Ces phases doivent tenir compte de la croissance exponentielle des connaissances qui caractérise le monde d'aujourd'hui. Des ressources sociétales plus importantes devraient être attribuées à l'éradication de l'analphabétisme chez les adultes, ressources non seulement financières mais faisant également appel aux larges potentiels disponibles dans la société, comme la mobilisation des étudiants du supérieur dans ce type de programme.

Un nombre important d'enseignants, d'inspecteurs et spécialistes de l'orientation qualifiés dans le domaine de l'éducation des adultes sera toujours nécessaire. Ce besoin ne pourra qu'augmenter avec le temps. Aussi est-il nécessaire de réformer véritablement les structures professionnelles de l'éducation des adultes afin que celles-ci soient articulées de façon effective à un système arabe de formation des enseignants et aux organisations professionnelles de l'enseignement.

Source : Rapport arabe sur le développement humain, PNUD, 2002, p.66

sera recherchée à travers un train de mesures à étudier. En tout état de cause, des mesures incitatives ainsi que celles permettant de libérer les filles des pesanteurs économiques et socioculturelles et de combattre les préjugés en défaveur de la scolarisation des filles, doivent être privilégiées.

Dans cette perspective, des campagnes de sensibilisation des parents, notamment des mères sur l'éducation des filles, et de plaidoyer auprès des communautés locales, des bénéficiaires directs et indirects à travers les médias diversifiés, doivent également être menées pendant toute la durée du programme. Une revue des expé-



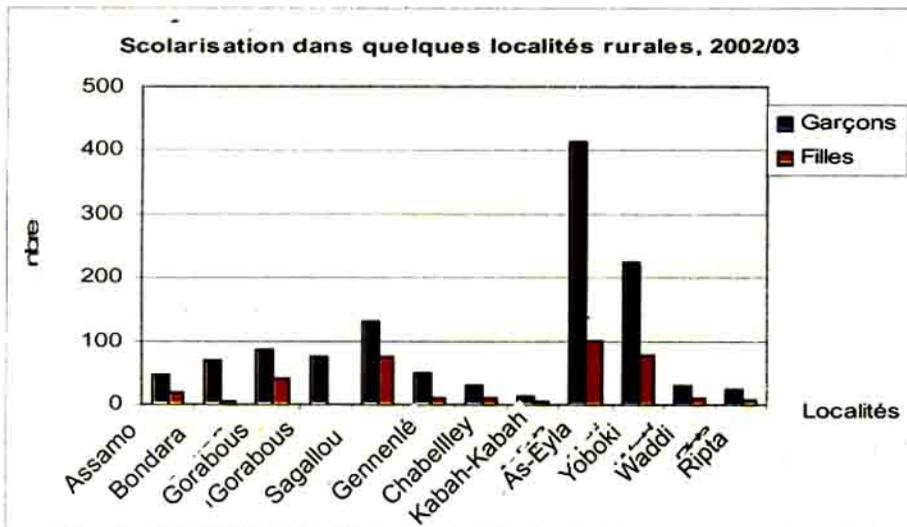
riences réussies dans d'autres pays devra servir de base à l'élaboration d'une stratégie pertinente et efficace.

A terme, la tentative de réduction des disparités vise à donner davantage de chance à un accès équitable et sans restriction, à une éducation de base efficace et de qualité, aux enfants des deux sexes issus de toutes les régions et de différents milieux. Un accent devra être mis sur la scolarisation des filles, l'alphabétisation fonctionnelle destinée aux femmes, aux jeunes scolarisés et non scolarisés. La sensibilisation des populations en vue de la promotion de l'accès à l'éducation devra être assurée par des comités mis en place à cet effet et qui utiliseront les canaux modernes et traditionnels de communication en direction des lettrés et des analphabètes.

### 3.3 EDUCATION ET DIMENSION FEMININE DANS LES ZONES RURALES

La disparité entre les zones rurales et les zones urbaines est assez alarmante. Dans les zones rurales, les inégalités entre les sexes sont encore plus préoccupantes. L'analphabétisme des femmes dans les milieux ruraux est quasi-généralisé, la qualité de l'enseignement de base est relativement insuffisante, les programmes lancés lors des États généraux de l'éducation restent toujours en chantier.

Dans le cadre de la politique de la décentralisation, les acteurs concernés doivent disposer des moyens pour sensibiliser l'ensemble des populations rurales, en impliquant des partenaires nationaux et internationaux. Ils doivent relever le défi du millénaire qui consiste à assurer une éducation primaire pour tous les enfants, l'éducation étant un facteur déterminant pour éliminer la pauvreté.



Source : Le bulletin de l'éducation n°29, Service de la planification, mai 2003

### 3.4 EDUCATION, DIMENSION FEMININE ET SANTE

L'éducation est un facteur incontournable pour la prévention des maladies. Pour la contamination par le VIH/SIDA, les femmes sont beaucoup plus vulnérables que les hommes. L'éducation doit permettre à la future mère de protéger ses enfants (vaccination, suivi médical), de prendre connaissance des méthodes contraceptives pour espacer les naissances, d'assurer à son enfant une quantité nécessaire de protéines. Il est certain que l'incidence de l'éducation sur la fécondité est manifeste, un mariage tardif d'une femme éduquée a des conséquences sur la fécondité de celle-ci.

### 3.5 DIAGNOSTIC DU SYSTEME EDUCATIF

#### - Ecole préscolaire

Bien que l'on puisse relever ces deux dernières années le début de l'implantation d'un enseignement préscolaire public, notamment à Dikhil, l'enseignement préélémentaire est encore à l'état embryonnaire<sup>26</sup> et reste plus accessible pour les couches aisées de la population.

Au cours de ces cinq dernières années le nombre de petites filles fréquentant la maternelle s'est accru. A Djibouti, l'IPS reste supérieur à 1 (il était 1,46 en 1990, contre 1,44 en 2000) en faveur des filles. Ceci montre que

lorsque les familles ont les moyens, aucune disparité ne s'affiche. L'absence de l'école maternelle publique et gratuite est handicapante. Comme l'éveil de la petite enfance est capital, la plupart des parents envoient les enfants en bas âge à l'école coranique moins coûteuse.

#### - Enseignement primaire

En 2002/03, sur un effectif total estimé à 110 000 enfants (6-11 ans) susceptibles d'être scolarisés, seuls 46 364 vont à l'école dont près de 43% de filles. En 2003, le taux brut de scolarisation dans le primaire est passé à 49,7%, contre 38% en 1990/1991 et 43,6% en 2001. En dépit de ces progrès notables pour permettre une scolarisation à tous les enfants en âge scolaire d'ici 2015, les disparités liées aux zones géographiques restent toutefois assez importantes. Le taux brut de scolarisation au primaire est de près de 52% dans la capitale tandis que ce taux s'élève à 20,6% à Obock en 2001/2002.

L'éducation se doit de répondre à la fois au droit élémentaire à l'éducation des enfants mais aussi à la mise en valeur du développement socio-économique. En effet, les nouvelles politiques éducatives doivent relever les défis du développement socio-économique, culturels de l'intégration des marchés mondiaux. Il est certain que les effectifs globaux de l'enseignement de base se sont accrus depuis l'indépendance à Djibouti. Toutefois, ces

Evolution des indices de parité des sexes entre 1990/91 et 1997/98

Admission en première année	Djibouti-ville	Tadjourah	Dikhil	Ali-sabieh	Obock
1990/91	0,8	0,6	0,9	0,7	0,9
1997/98	0,8	0,7	0,5	0,8	0,4
Différence	0	0,1	-0,4	0,1	-0,5

Source : Ministère de l'éducation nationale, 2003

<sup>26</sup> On recense environ 500 élèves dans les structures de maternelle, essentiellement prises en charge par le secteur privé.

évolutions ne révèlent pas les disparités du genre, ni les contrastes régionaux en matière d'éducation. La croissance démographique galopante (2,3% par an) ne cesse d'aggraver ces difficultés.

L'évolution de ces 20 dernières années montre que l'enseignement public comme privé voit le pourcentage des filles augmenter considérablement. Cependant, la proportion des filles dans l'enseignement primaire reste relativement insuffisant. L'indice de parité entre filles et garçons basé sur le taux brut de scolarisation est de 0,75 en 2001/2002.

Dans les districts, les disparités entre les sexes sont préoccupantes lors de l'admission en première année. Le nombre des filles scolarisées dans les zones rurales est anormalement faible, la guerre civile ayant aggravé la faiblesse de ce chiffre.

L'abandon scolaire plus fréquent chez la fille pour des raisons socioculturelles (la place de la femme est au foyer), pour accomplir des tâches ménagères (approvisionnement en eau, cuisine, garde des troupeaux, etc.) ou bien plus souvent pour des raisons économiques (le budget familial ne pouvant supporter le coût financier, le garçon sera maintenu à l'école au détriment de la fille).

A Djibouti, la durée du cycle primaire étant de 6 ans, le taux de redoublement varie de 8,9% à 9,9% durant les cinq premières années. Ce taux explose la sixième année (33,7%), la cause étant tout simplement le manque de place dans le secondaire.

En 2001, Djibouti présente un taux de redoublement élevé (14,3%) en comparaison des autres états arabes (7,1%). Ce taux demeure toutefois relativement bas si l'on se réfère aux pays de l'Afrique subsaharienne (17,9%). De même, le taux de survie en 5ème année est estimé à 76,7% en 2001.

Le taux d'abandon à la fin du cycle primaire est assez alarmant (taux d'abandon au CM2 : 18,8% en moyen-

ne nationale en 2000/2001), la raison principale étant liée à la pauvreté des familles qui ne peuvent assurer une scolarité privée lorsque l'enfant est renvoyé du public. Les filles sont les plus touchées par le phénomène de l'abandon scolaire dans la mesure où les parents préfèrent davantage privilégier les garçons dans une situation d'échec scolaire. Le mariage précoce des jeunes filles est aussi à l'origine de l'abandon scolaire. Le taux important de redoublement et d'abandon scolaire pèse lourdement sur le système scolaire djiboutien. Cet échec peut avoir plusieurs explications : la surcharge des classes, la qualité de l'enseignement, des programmes inadaptés aux réalités sur place, le manque de soutien scolaire à cause de l'analphabétisme des parents.

#### **- Enseignement secondaire**

Dans le contexte mondial actuel, seul l'enseignement primaire ne peut répondre aux exigences contemporaines qui demandent des connaissances plus larges afin de s'intégrer à l'économie mondiale. A Djibouti, l'enseignement secondaire est limité par le manque de structures capables d'accueillir un grand nombre d'effectif d'élèves et l'insuffisance des moyens financiers disponibles. Ainsi, le système éducatif djiboutien est limité par un budget de fonctionnement qui a manifestement baissé en pourcentage du budget national (22,4% en 2002, contre 24,3% en 2000). A partir de 2003, le gouvernement s'est engagé à augmenter la part du budget national allouée à l'éducation en vue d'atteindre les ODM.

Dans le cycle secondaire, les filles restent en nombre inférieur à Djibouti-ville comme dans le reste du pays. L'enseignement secondaire se concentre dans le milieu urbain, obligeant ainsi les ruraux à supporter des frais importants (transport, frais scolaires, cantines, etc.). Selon les recommandations des Etats généraux de l'éducation et des objectifs du programme éducatif du gouvernement, il est prévu d'élargir les capacités d'accueil, en construisant des lycées et des can-

tines dans un proche avenir. De plus, au cours de ces dix dernières années les établissements privés ont commencé à se développer à Djibouti, élargissant ainsi les capacités d'accueil de l'enseignement secondaire.

#### - Enseignement supérieur

Dans le cadre de la politique gouvernementale de valorisation des ressources humaines et du renforcement des compétences de la jeunesse djiboutienne, un pôle universitaire a été mis en place en octobre 2000.

Cette institution proche de la réalité djiboutienne a pour mission de dispenser des formations adaptées aux besoins du pays en matière d'enseignants, de professionnels, de techniciens, etc.

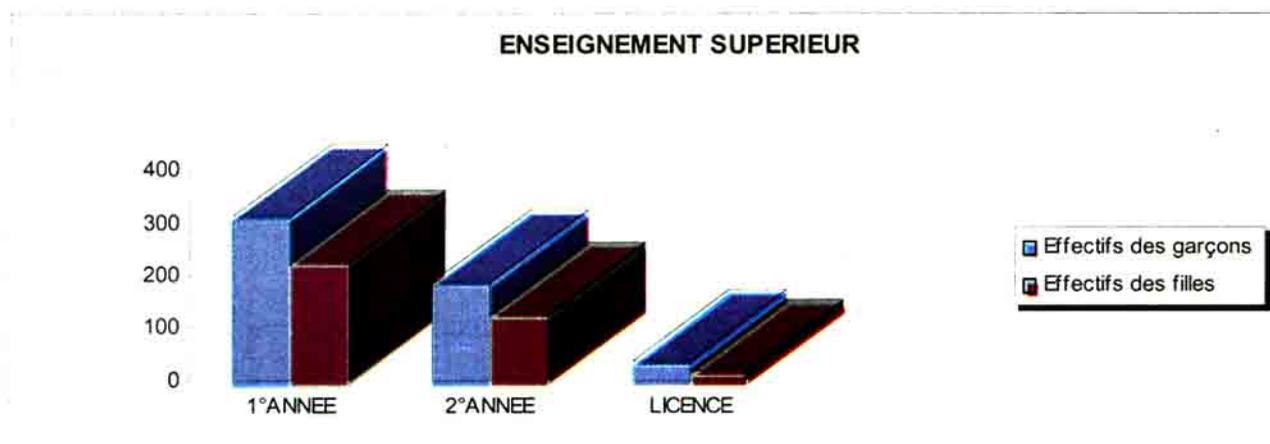
Ainsi le pôle universitaire reste à l'écoute du marché de l'emploi à Djibouti et en partenariat étroit avec les universités étrangères met leur savoir-faire au service de ses différentes entités. Par ailleurs, cet organe ne cesse de se développer et de se perfectionner en

améliorant ses infrastructures, en multipliant les spécialités enseignées, en augmentant chaque année la capacité d'accueil de ses filières.

Ce progrès enregistré ainsi que l'extension des locaux et des infrastructures constituent autant d'actions destinées à diriger le pôle vers une consolidation et ses différents instituts et une lente transformation vers une université autonome dans les années à venir.

Le pôle universitaire de Djibouti qui comprend plusieurs filières (littéraire, scientifique, économique, technologique) est limité dans ses capacités d'accueil. L'enseignement court (ISAD), accueille plus de jeunes filles que de garçons avec 51% du total des étudiants. A l'IFUD la représentation des filles n'est que de 36,7% dans les filières générales.

Pour les longs cursus, seuls les étudiants les plus méritants, disposant d'une bourse de l'Etat ou d'une contribution parentale, peuvent poursuivre leurs études à l'étranger.



Source : Annuaire statistique du ministère de l'éducation Nationale, 2002/2003



### 3.6 BILAN DES ETATS GENE- RAUX

La République de Djibouti consciente du rôle primordial de l'éducation dans sa quête d'un développement durable s'est engagée à redresser ce domaine. Ainsi le Ministère de l'éducation nationale s'est investi d'une mission ambitieuse consistant à repenser et réinventer le système éducatif djiboutien en faisant appel à l'élite du pays ainsi qu'aux différents acteurs de la nation.

C'est ainsi qu'une série de réformes a été entreprise pour améliorer le système éducatif, le fonctionnement pédagogique, etc. Par ailleurs, l'organigramme de l'instance dirigeante a été redéfini afin de répartir les rôles et les responsabilités au sein des secteurs de l'enseignement permettant ainsi une réorganisation complète du département ministériel. Toutes les démarches et mesures nécessaires ont été également prises telles que la mise en place d'une loi d'orientation, d'un schéma directeur, d'un plan d'action quinquennal, la mise en place de nouveaux programmes et approches pédagogiques plus adaptées au contexte national, l'adoption d'une nouvelle politique administrative, la lutte contre l'absentéisme, etc. Autant de réformes destinées à redonner au système éducatif la qualité et le crédit qu'il mérite.

Par conséquent, l'on peut affirmer que le Ministère djiboutien de l'éducation a traversé ces trois dernières années une période de transition durant lesquelles ce département a réussi des avancées non négligeables dans la réalisation et la concrétisation de ses objectifs.

Le Ministère de l'éducation a entrepris une série d'actions pour parvenir à dispenser un enseignement de qualité dans un cadre agréable et dans un environnement sain. Ainsi, de nouvelles classes ont été ouvertes dans le primaire et le secondaire afin de répondre à la demande croissante mais également diminuer les déperditions scolaires.

Un travail collectif est désormais exigé dans les établissements pour harmoniser les efforts du chef de l'établissement, des enseignants, des parents et des élèves. La formation continue en faveur des enseignants est devenue l'un des principaux chevaux de bataille afin de dispenser aux élèves un enseignement adapté aux exigences régionales et internationales.

Faire de l'enseignement professionnel est désormais une des priorités du Ministère de l'éducation nationale. D'ailleurs, les enseignants sont régulièrement amenés à se réunir avec les inspecteurs pédagogiques afin de retracer et adapter les lignes de conduite en matière de pédagogie.



En plus de la formation et du perfectionnement des compétences des enseignants, le Ministère a entrepris ces dernières années la construction de nouveaux établissements et la réhabilitation des anciens afin d'améliorer le cadre et assainir l'environnement dans lequel sont amenés à évoluer les enfants. Ainsi de nouveaux collèges et lycées ont vu le jour dans les différents districts et les centres d'examen ont été décentralisés (notamment pour les épreuves du BEPC).

### **3.7 LA FEMME, AGENT DU DEVELOPPEMENT HUMAIN**

Représentant plus de la moitié de la population, les femmes sont pourtant les plus démunies, elles constituent la majorité des analphabètes, des pauvres, et des inactives. Dans le contexte national et international, les textes officiels sont en sa faveur alors que la réalité est tout autre. Il est sans conteste que beaucoup reste à faire car les traditions et les coutumes sont les principaux obstacles au développement de la femme djiboutienne.

Pour promouvoir un développement humain et garantir ainsi la démocratie, il importe que la femme puisse jouir de ses droits et être appelée à participer à la gestion et aux prises des décisions politiques.

#### **- Sur le plan économique**

L'économie djiboutienne est largement dominée par le tertiaire représentant plus des trois quarts du PNB et 80% de l'emploi. La participation des femmes dans les activités à fort potentiel de croissance telles que les télécommunications, le transport, la banque ou encore le transit, est mal connue. La capitale concentre la plupart des activités féminines avec un taux d'activité de 50,1% contre 35% dans le milieu rural ; il s'agit très souvent d'activités familiales et non rémunérées.

Le taux d'analphabétisme féminin estimé à 56% handicape lourdement l'émancipation de la femme djiboutienne. La formation de la femme djiboutienne ne sera assurée que par l'amé-

lioration globale du système éducatif du pays, celle-ci permettra une meilleure intégration dans des activités économiques indépendantes, et ainsi générer des richesses.

#### **- Sur le plan juridique**

Malgré une évolution constante de la condition de la femme à Djibouti et un contexte juridique favorable, les lois et les pratiques coutumières constituent une entrave à l'amélioration de la situation de la femme.

Sur le plan international, la République de Djibouti a ratifié les chartes et les conventions spécifiques aux femmes, notamment la charte universelle des droits de l'homme et la charte africaine des droits de l'homme.

Sur le plan national, l'article 1 de la Constitution assure " à tous l'égalité devant la loi sans distinction de langue, de race, de sexe ou de religion "

Selon l'article 1 du code du Travail : "est considéré comme travailleur au sens de la présente loi quel que soit son sexe et sa nationalité, toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une autre personne. "

Cependant, qu'en est-il de la réalité au quotidien ? A Djibouti, la femme est assez convenablement représentée sur le plan juridique avec 33% du corps de la magistrature. Ainsi, la Constitution djiboutienne prévoit que l'intérim de la Présidence de la République soit assurée par la Présidente de la Cour Suprême en cas de décès du Chef de l'Etat.

Or, c'est dans le domaine du droit que la femme est la plus vulnérable à cause de son ignorance en la matière. Par exemple, pour le mariage comme pour le divorce, l'application du droit, est souvent défavorable aux djiboutiennes. Quant aux violences exercées sur elle, (et malgré les articles de loi la protégeant) celles-ci sont sous-estimées par la société.

Sur la question des mutilations génitales, le code Pénal est très dissuasif mais les mentalités sont encore en

transition ; une sensibilisation plus diffuse et une application effective de l'article 333 du Code pénal viendraient à terme de ces pratiques néfastes.

#### - Sur le plan politique

Beaucoup de chemin reste à parcourir pour atteindre les objectifs des instances internationales en ce qui concerne la représentation législative féminine à Djibouti, qui est de 10% contre 30% prévu par les instances internationales.

Sur le plan diplomatique, aucune femme n'est nommée ambassadrice à ce jour. Dans la fonction publique, la représentation féminine est relativement insuffisante.

### 3.8 CIBLES ET OBJECTIFS

L'éducation est un droit reconnu à chacun sans distinction d'âge, de sexe, d'origine sociale, ethnique ou religieuse. Des stratégies ont été mises en place pour favoriser la promotion féminine notamment :

- le renforcement de l'accès et de l'équité : l'objectif du Gouvernement est d'assurer à tous les enfants, notamment les filles, l'accès à l'enseignement fondamental de qualité obligatoire et gratuite (gratuité de l'enseignement).
- la promotion de la scolarisation des filles : de nombreuses initiatives ont été entreprises afin de faciliter l'accès des filles à l'éducation notamment en libérant des contraintes économiques et socioculturelles mais aussi en combattant les préjugés en défaveur de la scolarisation des filles.
- la réduction des disparités : cette stratégie vise à donner davantage de chance à un accès équitable et sans restrictions, à une éducation de base efficace et de qualité aux enfants des deux sexes issus de toutes les régions et de différents milieux sociaux. L'alphabétisation fonctionnelle est destinée aux femmes, aux jeunes déscolarisés et non scolarisés.

- l'alphabétisation et l'éducation non formelle : il s'agit de combattre l'analphabétisme et de renforcer l'éducation non formelle. Pour cela, le Gouvernement mobilise les aides internationales mais aussi les ONG qui diffuseront les programmes d'action.

On observe une prise de conscience et une sensibilisation collective. Diverses campagnes d'alphabétisation ont eu lieu un peu partout dans le pays. Eduquer les femmes semble être le leitmotiv du Gouvernement. Combattre les discriminations à l'encontre des femmes et favoriser l'émancipation semble rimer avec éducation pour tous. Ainsi, la scolarisation des filles semble être la solution idéale pour combattre toutes les formes d'inégalités.

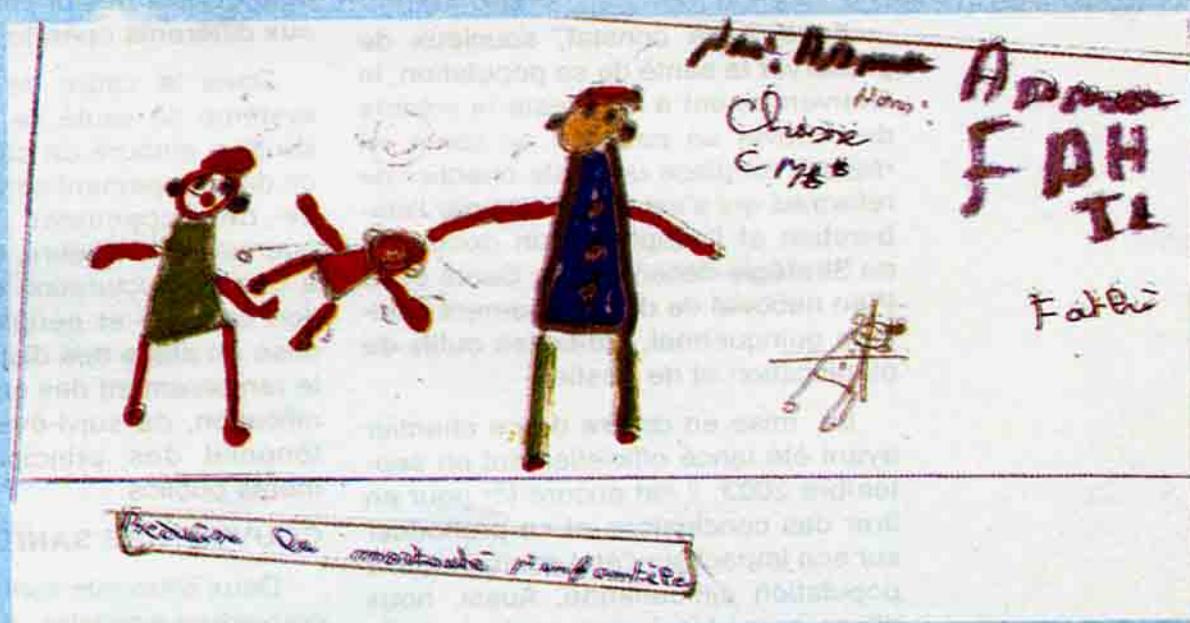
### 3.9 CONCLUSIONS

Aujourd'hui, l'amélioration du statut de la femme et la promotion de l'égalité entre les deux sexes sont devenues les passages importants pour aborder la question du développement. A Djibouti, la situation des femmes s'est améliorée au cours de ces dernières années. En effet, des avancées non négligeables ont été réalisées en matière d'intégration de la femme dans tous les domaines. En dépit des progrès réalisés à l'instar de toutes les femmes des pays en développement, la femme djiboutienne est amenée à affronter de nombreux obstacles.

L'éducation est le seul moyen de permettre à la femme djiboutienne de prendre en main sa condition et d'améliorer son sort. Les règles et les pratiques coutumières ainsi que la mauvaise interprétation de la religion sont un frein à son émancipation. En effet, pour des raisons culturelles, elle se retrouve marginalisée ou le plus souvent occupée dans le secteur informel. C'est pourquoi, il est capital de souligner que la pauvreté à Djibouti est un phénomène davantage féminin.



PN  
UD



**Améliorer la santé maternelle  
et réduire la mortalité infantile**

# CHAPITRE 4- AMELIORER LA SANTE MATERNELLE ET REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE

## 4.1 UN ETAT DES LIEUX DE LA SANTE A DJIBOUTI

Depuis 1977, une des priorités majeures de la République de Djibouti a été la préservation de la santé de la population. Dans cette optique, le Gouvernement a développé un système de santé basé sur le principe de la "santé pour tous" et a consenti des efforts considérables afin de satisfaire les besoins essentiels de la population.

Cependant, la dernière décennie, marquée par la guerre civile et la crise économique, a eu des répercussions négatives sur le secteur de la santé qui a connu de sérieuses difficultés pour assurer l'accès à des soins de qualité de la population. On a assisté à la détérioration lente des infrastructures et matériels sanitaires, à une organisation administrative peu efficace du secteur, à la démotivation des personnels de santé, au désenchantement des patients, aux ruptures de plus en plus fréquentes des médicaments.

Face à ce constat, soucieux de préserver la santé de sa population, le Gouvernement a manifesté la volonté de rénover sa politique de santé en mettant en place un vaste chantier de réformes qui s'est concrétisé par l'élaboration et l'adoption d'un document de Stratégie décennale de Santé et du Plan national de développement sanitaire quinquennal, véritables outils de planification et de gestion.

La mise en œuvre de ce chantier ayant été lancé officiellement en septembre 2003, il est encore tôt pour en tirer des conclusions et se prononcer sur son impact sur l'état sanitaire de la population djiboutienne. Aussi, nous allons procéder à une analyse de la situation sanitaire et des réponses prônées dans le cadre du plan national de développement sanitaire.

## ORGANISATION ET GESTION DU SYSTEME DE SANTE

L'organisation et la gestion du Ministère de la santé publique et des affaires sociales et de certains de ses services ne semblaient pas être adaptées aux besoins du moment. En effet, sur le plan organisationnel, la gestion du ministère était plus que centralisée.

La rareté du personnel au niveau central ne pouvait pas permettre une supervision par le niveau central des activités menées aux niveaux intermédiaire et périphérique.

La gestion et l'organisation du système de santé étaient handicapées par l'absence d'un plan de développement sanitaire définissant les objectifs que le Gouvernement voudrait atteindre, les stratégies à mettre en place, ainsi que les activités à exécuter. Même si les principaux secteurs d'intervention ont été fixés par le plan quinquennal 1991-95, aucun plan d'action sectoriel n'existait pour donner des orientations précises aux différents opérateurs.

Dans le cadre de la réforme du système de santé, le Ministère de la santé a élaboré un cadre stratégique de développement sanitaire et un plan de développement sanitaire quinquennal. Par ailleurs, il a été procédé à une restructuration de l'administration centrale et périphérique avec la mise en place des districts sanitaires, le renforcement des capacités de planification, de suivi-évaluation et l'autonomie des principaux établissements publics.

## COUVERTURE SANITAIRE

Deux éléments sont à la base de la couverture sanitaire, à savoir l'accessibilité, et la disponibilité et l'utilisation des services de santé par les usagers.

## - Accessibilité aux services de santé

Si l'indice d'accessibilité aux infrastructures par rapport à la population semble normale, son analyse détaillée montre qu'un nombre non négligeable de la population n'a pas accès aux services de santé. En effet, les longues distances à parcourir pour atteindre un service de santé découragent la population nomade à aller se faire soigner.

Les difficultés d'accès aux soins par la population djiboutienne sont particulièrement criantes dans la région du Nord et Sud-Est du pays à cause de la guerre qu'ont connue ces régions durant la période de 1991-93, la plupart des centres de santé ayant été détruits. Toutefois, aujourd'hui la quasi-totalité des postes de santé des zones touchées par le conflit ont été réhabilités et sont à nouveau fonctionnels.

Un autre élément limitatif de l'accessibilité des soins pour la population djiboutienne, notamment celle vivant en milieu urbain, est le coût élevé des soins dans le secteur privé dont la clientèle a augmenté ces dernières années en raison de la dégradation du secteur public. En moyenne, une consultation coûte 30 dollars américains et les médicaments environ 50 dollars, ce qui équivaut à plus de 14.000 francs djibouti. Depuis 2003, il convient de noter que cinq centres de santé urbains sur 7 sont dotés de pharmacies communautaires, ce qui permet une amélioration tangible de l'accessibilité aux médicaments essentiels à des prix abordables.

## - Disponibilité des services de santé

L'autre critère non moins important de la couverture sanitaire est la disponibilité des services de santé dans les structures sanitaires accessibles conditionnée par la présence en quantité suffisante d'un personnel qualifié et par la disponibilité des médicaments.

Malgré les efforts fournis, dont notamment la création d'un centre de formation du personnel de santé, l'insuffisance (qualitative et quantitative) en ressources humaines demeure un des problèmes majeurs du système de santé. En effet, en 2002, le Ministère de la santé employait près de 1.000 personnes dont 64 médecins, 4 pharmaciens, 96 infirmiers diplômés d'Etat (DE) / techniciens supérieurs de santé (TSS), 52 sages-femmes DE/TSS, 22 techniciens de laboratoire DE, 410 auxiliaires et " autres " 269 personnes s'occupant de la gestion et de l'entretien.

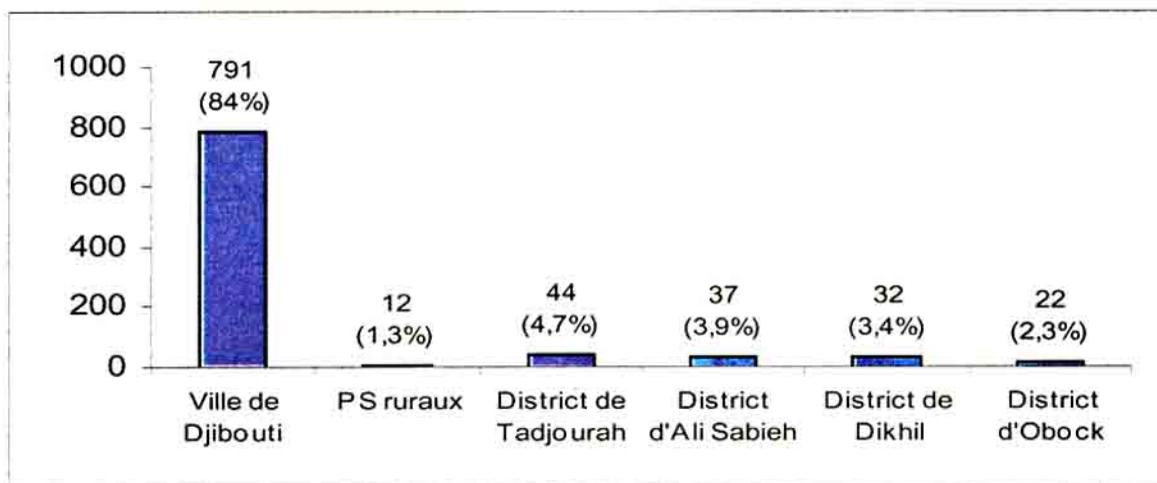
Le ratio personnel de santé (médical et paramédical) témoigne d'une insuffisance du personnel qualifié. En effet, il est de 1 médecin pour 6.800 habitants<sup>27</sup>, 1 infirmier diplômé pour 4.500 habitants et 1 sage-femme diplômée pour près de 500 accouchements.

La répartition géographique du personnel témoigne de la concentration du personnel dans la capitale (84% du personnel) et notamment à l'Hôpital Peltier qui regroupe près de 70% du personnel et cela au dépend des districts de l'intérieur (Fig.1).

---

<sup>27</sup> En ne prenant en compte que les médecins de nationalité djiboutienne, ce ratio passe à 1 pour 18.000 personnes.

**Figure 1 :** Répartition des personnels du ministère de la Santé, toutes catégories confondues, par localisation d'exercice en octobre 2001



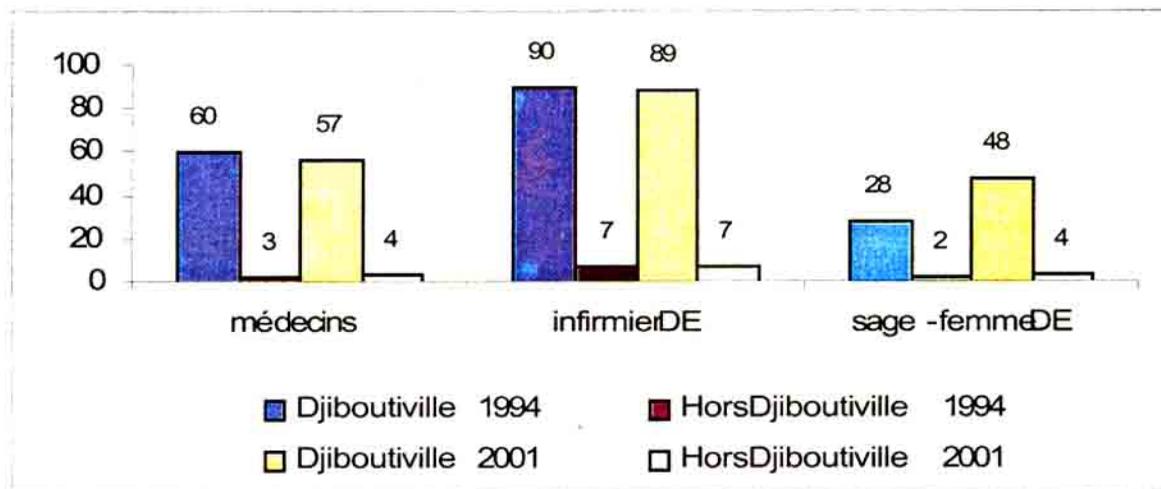
Source : Ministère de la Santé, 2001 et estimations CREDES, octobre 2001

La capitale en général, et l'Hôpital Peltier en particulier, s'octroient la majorité du personnel qualifié (fig.2). C'est ainsi que les centres de santé de base aussi bien dans la capitale que dans les districts de l'intérieur fonctionnent très souvent avec du personnel non qualifié (faute de sage-femme, les accouchements sont assurés dans certaines maternités des chefs-lieux de

districts par des " matrones " insuffisamment qualifiées).

La définition des besoins en ressources humaines et le défaut d'un plan de développement des ressources humaines cohérent sont les principales causes des problèmes de personnel rencontrés par le système de santé. L'insuffisance de planifi-

**Figure 2 :** Répartition entre Djibouti-ville et les districts du nombre de médecins et de personnels paramédicaux DE du Ministère de la Santé ; comparaison 1994-2001



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

cation a conduit à un développement anarchique des ressources humaines basé sur un recrutement du personnel se faisant au cas par cas en fonction des besoins du moment. L'habitude prise de s'appuyer sur des bénévoles, formés dans le cadre du travail puis embauchés en l'absence d'un programme soutenu de formation conti-

nue du personnel, ont contribué à la situation actuelle de manque de personnel qualifié.

Bien que créé dès l'indépendance, afin de satisfaire les besoins en ressources humaines du système de santé, le Centre de Formation du Personnel de Santé (CFPS) ne semble pas avoir atteint ses objectifs. C'est

pourquoi, un plan de développement des ressources humaines développé avec le concours de l'OMS a permis de recruter depuis l'exercice 2000, 60 élèves par an au lieu de 30 élèves tous les trois ans auparavant. Avec le doublement des crédits accordés à la formation dans le budget de l'Etat, la qualité du CFPS s'en est trouvée améliorée ces dernières années.

Le retard chronique de salaires de ces dernières années, associé à l'absence d'un plan de carrière avec avancement dans la fonction publique, ont

précipité le départ de quelques cadres médicaux et paramédicaux aggravant ainsi la pénurie du personnel qualifié.

La disponibilité des médicaments est un autre élément non moins important de l'offre de soins que la gratuité des médicaments avait garanti tant que le budget de l'Etat le permettait. La crise financière ayant entraîné la diminution drastique du budget de la santé notamment celui attribué aux médicaments, a entraîné des ruptures chroniques de médicaments.



Le défaut d'un système de gestion et d'approvisionnement efficace et l'utilisation irrationnelle des médicaments ont contribué à pérenniser l'état de pénurie des médicaments.

Les pharmacies privées qui devaient constituer une alternative aux structures publiques pour l'approvisionnement en médicaments ne pouvaient malheureusement pas assumer ce rôle dans ce contexte de crise économique caractérisée par un appauvrissement général de la population. En effet, profitant de l'absence d'une politique pharmaceutique régulant le prix des principaux médicaments, les médicaments étaient trop onéreux pour les usagers du système de santé publique (à titre d'exemple les prix des médicaments dans les pharmacies de Djibouti sont 3 fois supérieurs à ceux des pharmacies de l'Afrique de l'ouest francophone). La prépondérance de médicaments des spécialités dont les prix d'achat sont

beaucoup plus élevés que les génériques n'était pas de nature à améliorer l'accessibilité des médicaments à toutes les couches sociales de la population.

#### **- Utilisation des services de santé**

La fréquentation réelle des structures sanitaires par les usagers est difficile à estimer faute de données fiables. Toutefois, elle semble être en baisse constante ces dernières années. Les facteurs de disponibilité décrits ci-dessus sont pour l'essentiel à l'origine de cette baisse et l'absence des activités d'IEC tant au niveau central qu'au niveau périphérique y contribue.

#### **ETAT SANITAIRE DE LA POPULATION**

Malgré les efforts consentis en matière de santé, l'état sanitaire de la population de Djibouti reste très préoccupant, comme en témoignent les prin-

cipaux indicateurs en 2002. Avec une mortalité générale de 17,7 pour 1.000 habitants, une mortalité infantile et maternelle estimée respectivement à 103,1 pour 1.000 naissances vivantes et 546 pour 100.000 naissances vivantes<sup>28</sup>, la République de Djibouti est parmi les pays avec les taux de mortalité les plus élevés dans le monde.

L'espérance de vie estimée aux environs de 45 ans est aussi l'une des plus basses. Ce chiffre est d'autant plus alarmant au regard du taux de dépenses de santé par tête d'habitant, le plus élevé dans la sous région (60 dollars par tête d'habitant). A titre de comparaison, le Kenya, où les indicateurs sont bien meilleurs que ceux de Djibouti, ne dépense que 20 dollars par tête d'habitant.

Parmi les causes de morbidité/mortalité, les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA), la malnutrition chronique et autres

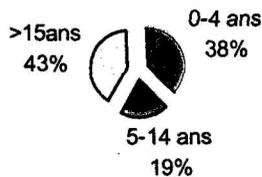
désordres métaboliques restent prédominants, avec, depuis quelques années, l'émergence de maladies cardio-vasculaires.

Cette situation précaire de la santé de la population de Djibouti résulte de l'interaction de plusieurs facteurs parmi lesquels il faut citer la pauvreté, les conditions d'habitat (y compris l'eau potable et l'assainissement) et les dysfonctionnements du système de santé. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes (notamment enceintes) sont les plus vulnérables.

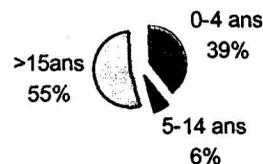
#### - Santé de l'enfant

Bien qu'ils ne représentent que 14% de la population de Djibouti, les enfants de moins de 5 ans occupent une place importante dans la structure de la morbidité et de la mortalité à Djibouti. En effet, 38% des consultants des centres de santé de base (Fig.3) et 39% des patients admis dans une structure hospitalière ont moins de 5 ans (Fig.4).

**Fig. 3. Répartition par âge de consultants des centres de santé de base (Djibouti 2002)**



**Fig.4. Répartition par âge des patients hospitalisés (Djibouti, 2002)**



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

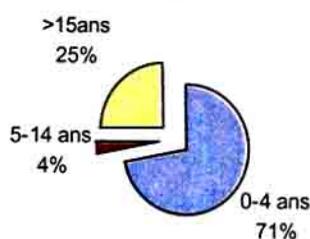
Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont parmi les plus élevés dans le monde. Par ailleurs, l'analyse de la mortalité intra hospitalière pour l'année 2002 montre que 71% de patients décédés avaient moins de 5 ans (Fig.5) et que la mortalité intra hospitalière est plus importante dans cette tranche d'âge (19%) alors que la mortalité intra hospitalière totale est de 11% (Fig.6).

Il a été aussi mis en évidence que près du tiers de ces décès interviennent durant la première journée d'hospitalisation, ce qui laisse supposer que les enfants sont admis à l'hôpital dans un état grave démontrant ainsi les lacunes de la prise en charge dans les structures périphériques et du dysfonctionnement du système de référence.

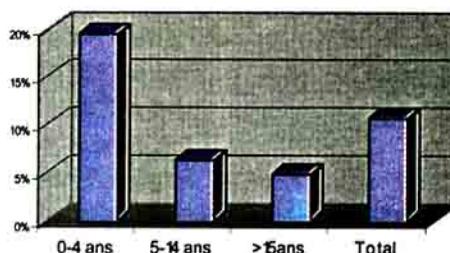
Trois groupes de pathologie (les infections respiratoires aiguës, les diar-

<sup>28</sup> Enquête djiboutienne sur la santé de la famille (EDSF), DISED, mai 2003.

**Fig.5. Poids des enfants de 0-4 dans la structure par âge de la mortalité intrahospitalière**



**Fig.6. Taux de mortalité intrahospitalière par tranche d'âge (Djibouti,2002)**

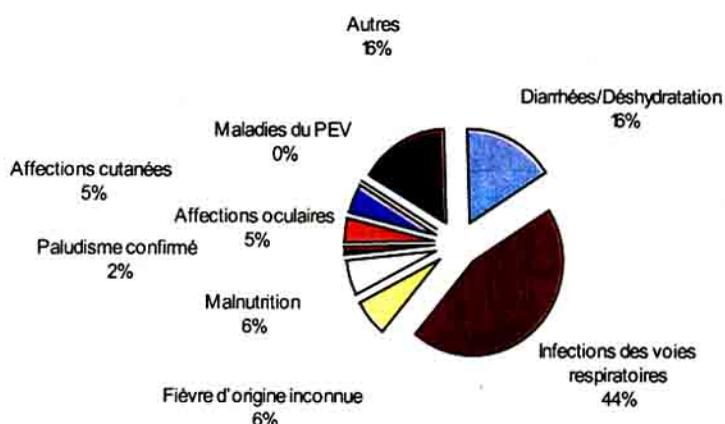


Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

rhées et la malnutrition) sont à l'origine de la mortalité et de la morbidité chez les enfants de moins de cinq ans. En effet, en 2002, ces pathologies ont été la cause de 66% des consultations avec les infections respiratoires en tête (44%) suivies des maladies diarrhéiques (17%) (Fig.7).

Ces mêmes pathologies sont responsables de 84% de mortalité intrahospitalière et la malnutrition a entraîné plus de la moitié des décès (52%) (Fig.8). La prépondérance de la malnutrition parmi les causes de mortalité démontre que cette pathologie est bien présente comme en témoignent

**Fig.7. Principales causes de morbidité des enfants de 0-4 ans (Djibouti, 2002)**



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

les résultats de l'enquête réalisée en 1995 montrant que 24,4% des enfants de moins de cinq ans avaient un retard pondéral par rapport à leur âge et que 14% d'entre eux souffraient de malnutrition aiguë et 31,1% de malnutrition chronique.

Les facteurs principaux contribuant à la prévalence relativement élevée de la malnutrition sont les suivants :

- la faible proportion des enfants nourris au lait maternel (1/4 des

enfants le sont jusqu'à 12 mois et la durée moyenne de l'allaitement a été estimée à 3,8 mois) ;

- l'introduction précoce du lait artificiel (50% des mères le font avant l'âge de 4 mois) et de l'aliment de sevrage (32,6% des mères l'introduisent dans les quatre premiers mois de la vie et l'âge moyen était estimé à 4 mois) ;
- la pauvreté extrême des ménages dont l'incidence a

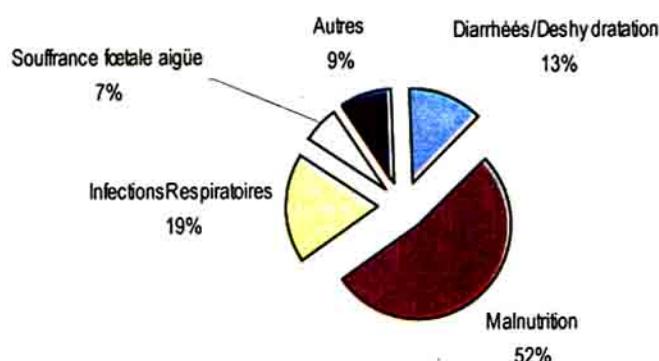
connu une hausse dramatique entre 1996 et 2002 et touchant toutes les zones géographiques et toutes les catégories sociales ;

- le défaut des connaissances des mères en matière d'alimentation des enfants ;
- l'absence dans les structures sanitaires des capacités de prise en charge et de prévention de la malnutrition<sup>29</sup>.

Après avoir atteint un taux de couverture vaccinale très satisfaisant (plus de 80% pour l'ensemble des antigènes) à la fin des années 80, le Programme National d'Immunsation s'est dégradé. Il s'en est suivi une diminution drastique de la couverture vaccinale (moins de 30%) qui s'est traduit par la re-émergence des maladies cibles de la vaccination.

En 1997, le Ministère de la santé a lancé les activités d'éradication de la

Fig.8. Principales causes de Mortalité des enfants de 0-4 ans



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

poliomyélite comprenant plusieurs campagnes de vaccination et la mise en place d'une surveillance de la Poliomyélite/paralysie flasque aiguë (active et passive) a été mise en place (Fig.9).

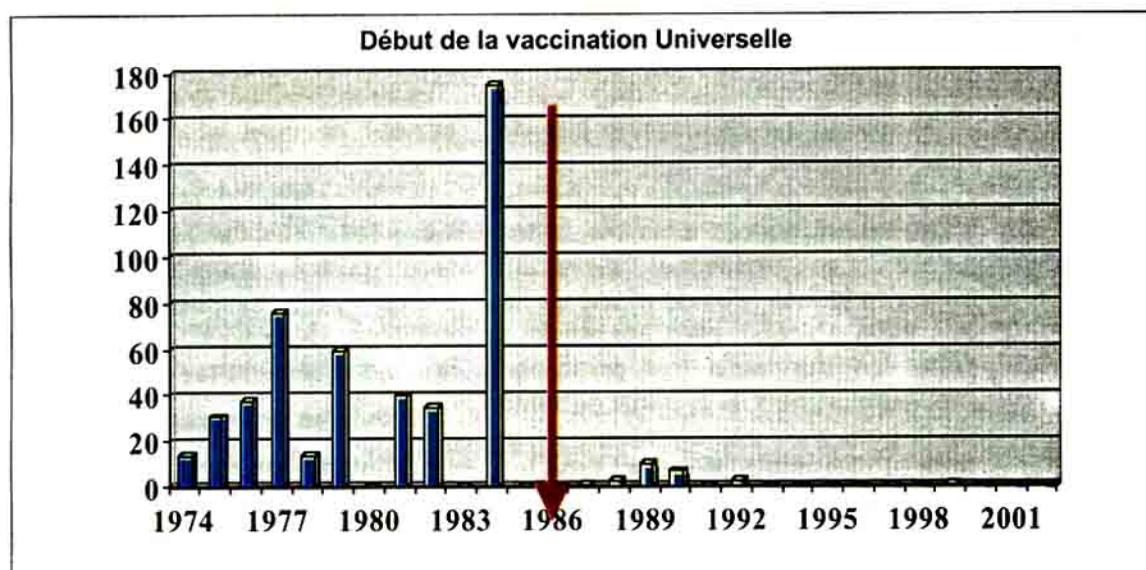
Depuis sa relance en 2000, le Programme National d'Immunsation a connu des succès certains comme en témoigne l'évolution de la couverture vaccinale. En effet, il a été procédé à une restructuration du programme avec affectation du personnel, à une réhabilitation de la chaîne du froid. Ce renforcement s'est traduit sur le terrain par une nette progression du taux de couverture par le

DTC3 qui est passé de 27% en 1999 à 61,8% à fin 2002.

Le nombre de cas de rougeole déclarée, pathologie la plus dangereuse parmi les maladies de l'enfance et contre laquelle un vaccin existe, a diminué de façon sensible. Toutefois, plusieurs vagues épidémiques ont été recensées jusqu'en 2000. A partir de 2001, dans le cadre du programme de contrôle et d'élimination de la rougeole, outre l'amélioration de la couverture générale, des campagnes de vaccination ciblant les enfants de 9 à 59 mois ont été organisées afin de diminuer la proportion de enfants susceptibles de contracter la rougeole et de

<sup>29</sup> Une évaluation portant sur le fonctionnement de 8 centres de récupération nutritionnelle à Djibouti-ville et dans les districts a montré qu'ils ne fonctionnent pas de façon appropriée non seulement à cause d'une insuffisance de matériels et d'équipements, mais aussi en raison du manque de personnel qualifié.

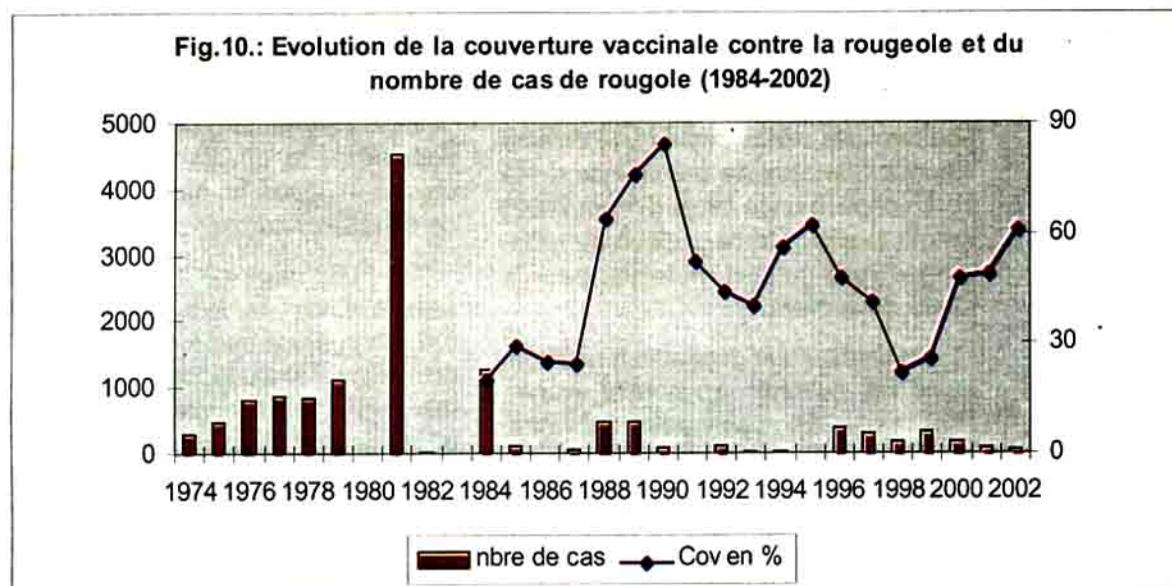
**Fig.9. :** Evolution des cas de Poliomyélite à Djibouti



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

réduire le risque d'épidémie de rougeole dans le pays (Fig.10). Dans cette même optique, une surveillance

épidémiologique active a été adoptée et intégrée dans la surveillance des paralysies flasques aiguës.



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES, 1994

Malgré les efforts considérables consentis depuis la relance du programme, des contraintes importantes persistent sur la voie de l'atteinte de l'objectif et beaucoup reste à faire. Il s'agit notamment d'améliorer l'accessibilité aux soins des populations des zones rurales par le renforcement des capacités des centres de santé des zones rurales et l'organisation soutenue d'activités mobiles.

#### - Santé de la femme

L'absence d'enregistrement des décès et la période relativement longue (jusqu'à 42 jours après l'arrêt de la grossesse) qu'inclut la mortalité maternelle rendent difficiles l'estimation du niveau de mortalité maternelle en dehors des structures hospitalières. Le taux établi par l'EDSF est de 546 décès maternels pour 100 000 nais-

sances vivantes<sup>30</sup> reste extrêmement élevé et nous allons essayer d'en analyser les principaux facteurs causals.

### ✓ Facteurs socio-économiques et culturels

Même si l'on ne dispose pas de données fiables sur l'âge moyen au premier mariage, il semble se produire précocement surtout dans les zones rurales. Les grossesses survenant chez des jeunes filles de moins de 20 ans étant à risque, elles doivent faire l'attention d'un suivi particulier. Malheureusement, le système de santé de Djibouti n'est pas en mesure de le faire et plus particulièrement dans les zones rurales.

La femme, dès son jeune âge, occupe une place prépondérante dans la répartition des charges dans la famille. En effet, c'est à elle qu'incombent les travaux les plus durs dans la famille : corvée d'eau parfois sur des longues distances, travaux ménagers, prise en charge des enfants, etc. Cette charge de travail ne diminue malheureusement pas durant les périodes de grossesse et de maternité.

Bien que le programme de planification familiale existe depuis une dizaine d'années, le taux de prévalence de la contraception reste faible (9% en 2002) ce qui explique le taux élevé de grossesses rapprochées, néfastes pour la santé de la mère.

Les mutilations génitales féminines, autre fait culturel, touchent 9 jeunes filles sur 10. Elles sont aussi à l'origine de plusieurs complications obstétricales pouvant avoir une issue fatale. Malgré l'enrichissement du code pénal par l'article 333 visant à qualifier les MGF de délit, les autorités judiciaires ne semblent pas prêtes à porter les MGF devant la justice.

A ces facteurs socioculturels s'ajoutent les mauvaises conditions économiques des femmes enceintes se traduisant par une malnutrition chronique (70% des femmes enceintes ont pré-

senté une anémie au cours de la grossesse).

### ✓ Dysfonctionnements du système de santé

L'accessibilité et la disponibilité d'un service de suivi des grossesses et d'accouchement de qualité sont essentielles pour la prévention de la mortalité maternelle. Ce service, bien qu'existant, ne semble pas répondre convenablement aux besoins des femmes enceintes de Djibouti contribuant ainsi à la mortalité maternelle élevée.

#### Suivi des grossesses

D'après le rapport d'activités du programme de santé de la reproduction pour l'année 2002, moins de la moitié (46%) des femmes enceintes ont été suivies durant leur grossesse (deux visites ou plus) et l'analyse par région montre que cette proportion dans les districts est très faible voir nulle dans certaines zones du pays.

Ce faible taux est dû à l'accessibilité et la disponibilité du service d'une part, et d'autre part, à la faible utilisation de ce service par la population surtout en zone urbaine. On peut se demander si outre le niveau de connaissance de la population, la qualité de la prise en charge n'est pas en partie responsable de ce faible taux d'utilisation.

En 2002, près de 13,5% des grossesses suivies par le système de santé ont été considérées à risque et prises en charge soit par le médecin du centre de santé, soit transférées vers une structure de niveau supérieur.

#### Accouchements assistés

Quand au taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, il est estimé à 42%. Il existe une disparité significative en matière d'accouchement entre les zones urbaines et les zones rurales où les accouchements ont souvent lieu à domicile avec ou sans l'aide d'une accoucheuse traditionnelle formée.

<sup>30</sup> Enquête djiboutienne sur la santé de la famille (EDSF), DISED, mai 2003



Il faut préciser que l'offre d'accouchement assisté n'est disponible que dans peu de structures sanitaires (8) localisées uniquement dans les zones urbaines du pays.

Le dysfonctionnement du système de référence et la lenteur de transfert dû essentiellement au moyen de communication font que les grossesses à risque nécessitant une prise en charge qualifiée arrivent tardivement dans les structures adaptées, ce qui peut entraîner le décès de la patiente.

#### **Suivi en période Post-natale**

Jusqu'en 2000, le suivi de la femme en post-natale n'était même pas inclus dans les activités du Programme de la Santé de reproduction et cela malgré le fait qu'une proportion importante de décès maternel survienne durant cette période. La proportion de femmes revues en consultation post-natale est de 6% en 2002 et cette proportion est même faible (36%) parmi les femmes ayant été suivi durant la grossesse. L'anémie est la première pathologie dépistée en postnatale (20%), suivie des complications liées aux MGF.

#### **Qualité de prise en charge de la femme enceinte insuffisante**

A cette faible accessibilité, s'ajoute la qualité de la prise en charge qui reste insuffisante comme l'ont démontrés les différents rapports d'évaluation et ceci est dû entre autre au niveau de formation insuffisant du personnel.

## **REFORME DU SYSTEME DE SANTE**

En réponse au défi que constitue la situation sanitaire de la population en général et celle des enfants de moins de 5 ans et des femmes en âge de procréer en particulier, le Gouvernement a initié une politique de réforme du système de santé devant permettre de créer les conditions de son amélioration. Outre la réforme du système de santé, la mise en vigueur de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté qui vise à améliorer l'accès des pauvres aux services de base tels que l'éducation, la santé, l'eau potable et le développement local intégré devra contribuer à améliorer la santé.

La réforme du système de santé s'articule autour des principaux axes stratégiques dont :

(i) l'autonomisation des principaux hôpitaux.

(ii) le renforcement de la participation communautaire.

(iii) la réorganisation de l'administration centrale et périphérique par la mise en place de districts sanitaires découpés en secteurs disposant d'une gestion décentralisée.

(iv) l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé de la population à travers l'élaboration de la carte sanitaire, la réhabilitation des structures sanitaires dans les zones rurales et l'organisation des activités en stratégies pour atteindre les populations vivant dans les zones desservies par le système de santé.

(v) l'expansion et la valorisation des ressources humaines et des structures assurant leur formation initiale et continue d'une part, et la supervision formative des structures sanitaires d'autre part, contribueront au renforcement de la qualité de la prise en charge à tous les niveaux du système de santé.

(vi) la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique et de l'approvisionnement des structures de soins du secteur public en médicaments et matériels essentiels génériques devra résoudre le problème d'accessibilité aux médicaments auquel était confronté la population ces dernières années.

(vii) le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant incluant la lutte contre les MGF se réalisera à travers la mise en place d'un service de santé de la mère et de l'enfant au niveau central, et l'intégration des activités de la santé de la mère et de l'enfant dans le paquet minimum d'activités de toutes les structures sanitaires de base.

(viii) le contrôle des maladies transmissibles à travers la redynamisation du système de surveillance épidémiologique et la mise en place d'un système de réponse précoce.

#### **4.2 UN DEFI SANITAIRE POUR LES FEMMES : LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES (MGF) A DJIBOUTI**

La pratique des mutilations génitales féminines (MGF) est à peu près systématique à Djibouti, avec taux de prévalence de 98%, l'un des plus élevés du monde, et presque toujours sous sa forme extrême de type II et III. Cette pratique représente un problème de santé sans précédent pour le pays. En effet, il a été observé que les complications à l'accouchement sont plus fréquentes chez les femmes ayant subi des MGF.

L'objectif de cette partie est d'apporter une documentation sur les MGF et leur impact sur la société djiboutienne. Pour cela, elle reprend de manière extensive les travaux menés par Mme Miriam Martinelli dans le cadre de sa thèse de doctorat, ainsi qu'une étude quantitative menée en Octobre 2002 par le ministère de la Santé/Maternité sans risques en collaboration avec différents partenaires tels que l'UNICEF, le FNUAP, l'Université Libre de Bruxelles et la Coopération italienne.

#### **DEFINITION ET CLASSIFICATIONS**

##### **- Définition**

La chirurgie génitale, tant traditionnelle que moderne, est pratiquée dans différentes sociétés. Le terme de mutilations génitales féminines, tel qu'il est employé ici, est celui défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme suit : " les MGF visent uniquement les actes chirurgicaux consistant dans une excision rituelle qui est pratiquée pour des raisons exclusivement culturelles et traditionnelles sur des fillettes ou des jeunes femmes, souvent sans leur consentement ou sans qu'elles en comprennent les conséquences<sup>31</sup> ". Cette définition exclut donc les actes chirurgicaux destinés à corriger des troubles sexuels ou à fixer le sexe chez un hermaphrodite.

Dans leur déclaration commune d'avril 1997, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP ont donné des mutilations sexuelles féminines la définition suivante : " Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques. " <sup>32</sup>

<sup>31</sup> Les Mutilations Sexuelles Féminines, Aperçu du problème, OMS, 1998, p. 1.

<sup>32</sup> Les Mutilations Sexuelles Féminines, Aperçu du problème, OMS, 1998, p. 6.

Ces mutilations sont souvent effectuées dans le cadre d'un rite de passage de l'âge adulte et sont pratiquées dans la plupart des communautés de l'âge de 4 ans à 14 ans. Les raisons de cette pratique et sa signification tournent essentiellement autour de la définition de la féminité et des attitudes de la société à l'égard de la sexualité de la femme. Selon l'OMS, "l'une des caractéristiques que l'on retrouve le plus souvent consiste dans le conditionnement de la femme à accepter ce type de mutilation comme faisant partie intégrante de sa définition et de son identité sociales ; une telle conception amène les femmes à défendre et à perpétuer cette pratique<sup>33</sup>". Le caractère très intime de cette opération fait qu'elle n'est pratiquée qu'à la demande de la famille. Les racines de cette pratique plongent au plus profond de la psychologie de l'individu, de son sens de la loyauté envers sa famille et de sa croyance en un système de valeurs.

Dans le monde, les ablations les plus courantes consistent en l'excision partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres. Cette opération constitue une forme de violence à l'encontre des femmes et cause des dommages physiques et psychosociaux irréversibles. L'expression MGF a été adoptée en raison de la gravité et du caractère irréversible des lésions qui sont infligées aux fillettes.

#### **- Classification et description des différents types de MGF selon l'OMS<sup>34</sup>**

Les MGF sont le plus souvent exécutées par des tradipraticiennes, souvent des femmes âgées spécialement désignées par la communauté pour cette tâche, ou par des accoucheuses

traditionnelles. L'OMS a donné des MGF la classification suivante :

- Type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.
- Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
- Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).
- Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus entourant l'orifice vaginal ("angurya") ou l'incision du vagin ("gishiri"), l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations sexuelles féminines citée plus haut.

#### **QUELQUES DONNEES SUR L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

Les MGF sont un phénomène qui touche plus de 130 millions de femmes dans le monde. C'est en Afrique subsaharienne que les MGF sont les plus répandues. Les pays de la Corne de l'Afrique connaissent les taux les plus élevés avec des taux de prévalence de plus de 85%, Djibouti et la Somalie étant les deux pays avec un taux de prévalence de 98%.

<sup>33</sup> Les Mutilations Sexuelles Féminines, Aperçu du problème, OMS, 1998, p. 3.

<sup>34</sup> Les Mutilations Sexuelles Féminines, Aperçu du problème, OMS, 1998, pp. 6-9.

Pays	Population féminine	Prévalence %	Nombre
Burkina Faso	5 224 000	70	3 656 800
Djibouti	254 000	98	248 920
Egypte	28 769 000	97	27 905 930
Erythrée	1 777 000	90	1 599 300
Ethiopie	29 087 000	85	24 723 950
Guinée	3 333 000	60	1 999 800
Kenya	13 935 000	50	6 967 500
Libéria	1 504 000	60	902 400
Mali	5 485 000	94	5 155 900
Nigéria	64 003 000	40	25 601 200
Sierra Leone	2 408 000	90	2 167 200
Somalie	5 137 000	98	5 034 260
Soudan	14 400 000	89	12 816 000
Tchad	3 220 000	60	1 932 000
<b>Total</b>			<b>136 797 440</b>

Source : Les femmes dans le monde. New York, Nations Unies, 1995 et World Population Prospects : the 1994 revision. New York, Nations Unies, 1994

## LA PRATIQUE DES MGF A DJIBOUTI

### - Description et analyse des MGF à Djibouti

Bien qu'il soit difficile de dater l'apparition des mutilations génitales féminines (MGF) à Djibouti, on estime que ces pratiques sont ancestrales et trouvent leur origine dans les toutes premières civilisations apparues dans la corne de l'Afrique. La première mention des MGF à Djibouti se trouve dans les cahiers de l'explorateur Rodrigo de Castro, qui fait état en 1689 d'une région située entre la Mer rouge et l'océan Indien, habitée par les Afars " qui pratiquent des mutilations génitales sur les garçons et les filles "35. On retrouve ensuite des références à cette pratique dans les cahiers de voyage des explorateurs et scientifiques français qui visitèrent la région pendant

la colonisation36. Mais il fallu attendre les années soixante pour voir les premières recherches sur le sujet menées par le Dr. Erlich.

La pratique des MGF est à peu près systématique à Djibouti. En 1989, une enquête menée par la Direction Nationale des Statistiques a établi le taux de prévalence à 98%, l'un des plus élevés du monde, dont 82% sont sous une forme extrême de type II et III37. L'enquête "Connaissances/Attitudes/Pratiques" (CAP) menée en 1997 par le projet Equilibre Familial du ministère de la santé a confirmé le taux de prévalence de 98% chez les adolescentes38. Enfin, une étude menée en 2002 dans trois maternités de Djibouti-ville sur un échantillon de 1000 femmes a établi à 97% le taux de prévalence des MGF dont 63% du type III et 30% du type II39.

35 Cité dans Erlich M. La femme blessée. L'Harmattan Editon, 1995.

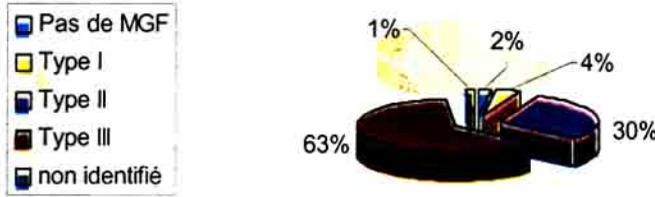
36 Heudebert Lucien, Au pays des Somalis et des Comoriens, Bibliothèque de l'Orient et des Amériques de Paris, 1907.

37 Ces chiffres ont été établis en 1989 sur la base d'une enquête nationale menée par la Direction Nationale des Statistiques..

38 Agence Djiboutienne de Planning Familial, " Connaissances/Attitudes/Pratiques (CAP) " auprès des adolescentes djiboutiennes, Djibouti, 1977

39 Heudebert Lucien, Au pays des Somalis et des Comoriens, Bibliothèque de l'Orient et des Amériques de Paris, 1907.

**Figure 11. Distribution des mutilations génitales féminines parmi 1000 entrantes consécutives dans trois maternités**

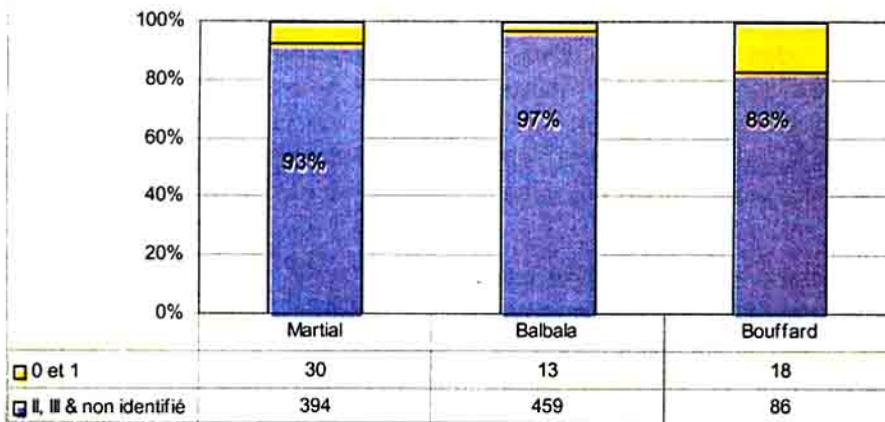


Source : Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, Study Report , october 2002.

Cette pratique se retrouve dans toutes les classes sociales. Une étude menée en 2002 montre que le nombre de MGF de type II et III tend à baisser légèrement à l'hôpital Bouffard<sup>40</sup>. Cet hôpital étant un hôpital français privé est surtout fréquenté par les classes les plus aisées de la population. Il peut donc être déduit que le nombre de MGF tend à baisser légèrement chez les classes aisées. Ceci est confirmé par le taux le plus élevé de MGF de type II et III observé à l'hôpital de Balbala, fréquenté par les populations les plus pauvres.

Bien que la pratique des MGF se retrouve dans tous les groupes d'âge, la même étude a montré que le taux des mutilations de type III tend à augmenter en fonction de l'âge des femmes<sup>41</sup>. En effet, le taux de MGF de type III est légèrement moins élevé chez le groupe de femmes ayant moins de 18 ans. Cette étude n'a malheureusement pas exploré les causes d'une telle tendance. L'hypothèse d'un changement d'attitude chez les plus jeunes générations jugeant le type III trop dangereux et lui préférant le type I peut toutefois être formulée.

**Figure 12. Distribution des patientes par maternité et par type de MGF**

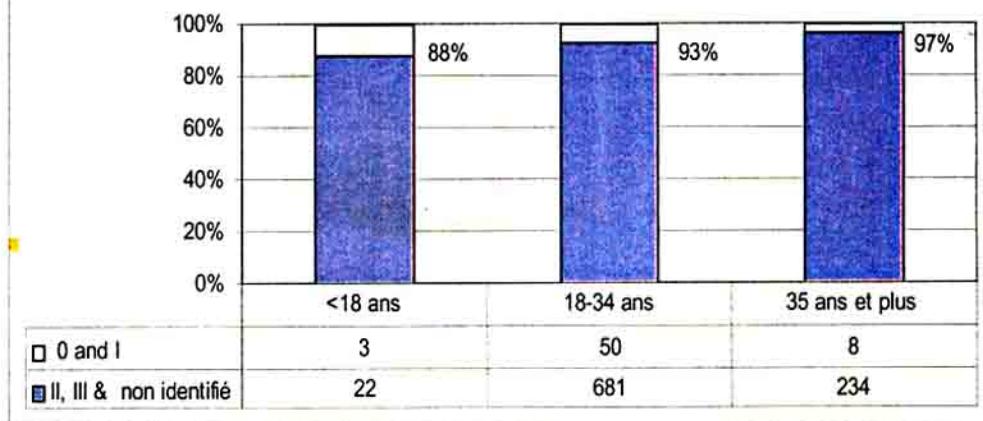


Source : Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, Study Report, October 2002.

<sup>40</sup> Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, Study Report, October 2002.

<sup>41</sup> Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, Study Report, October 2002.

**Figure 13. MGF selon l'âge**



Source : Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, Study Report, October 2002.

Enfin, cette pratique se retrouve chez tous les groupes ethniques : Afars, Arabes et Somalis. Les MGF sont pratiquées dans la plupart des communautés entre l'âge de 7 jours et 9 ans. Aucune recherche n'a encore été menée sur la distribution des différents types de MGF chez les différents groupes ethniques de Djibouti. Il est toutefois généralement admis une prévalence du type III avec infibulation parmi les Somalis sur des fillettes entre 4 et 9 ans. La pratique des MGF chez les Afars a lieu dans les premières semaines de la vie de l'enfant. L'âge précoce de l'enfant augmente la difficulté de l'opération et nécessite par conséquent des tradipraticiennes expérimentées. La difficulté de l'opération et l'impossibilité de pratiquer l'infibulation à un nourrisson expliqueraient le taux de prévalence du type III chez les Afars.

Contrairement aux pays d'Afrique de l'ouest où les MGF sont accompagnées de rites et de cérémonies à caractère religieux, les MGF sont pratiquées à Djibouti dans l'intimité de la sphère privée. Bien que de telles cérémonies de préparation de la fillette aux mutilations génitales aient existé dans le passé, elles ont aujourd'hui pratiquement disparu.

Même si les hommes jouent un rôle important dans l'imposition des MGF aux femmes, ce sont les femmes de la famille qui perpétuent cette tradition.

Lors de l'opération, les mères, les grand-mères et les sœurs de la fillette assistent la tradipraticienne. Les MGF sont effectuées dans la maison familiale, soit en plein air, soit dans l'enceinte de la maison familiale ou de la tradipraticienne. Une fois que la famille a collecté l'argent de l'opération, la fillette est encerclée par les femmes de sa famille qui la maintiennent allongée sur un lit ou assise sur une chaise avec les jambes écartées. La tradipraticienne peut alors procéder à l'opération d'ablation du clitoris, des petites lèvres, et si cela est demandé, des grandes lèvres. L'opération ne dure que quelques minutes et est effectuée à l'aide de lames ou de couteaux traditionnels pour l'ablation et souvent d'épines d'acacias pour la fermeture de la plaie. Ces instruments ne sont généralement ni nettoyés ni stérilisés. Dans certains cas, et pour que la plaie se referme, les jambes sont attachées ensemble durant 2 à 6 semaines.

Le coût d'une mutilation génitale est estimé entre 1 000 et 3 000 francs, soit près de 6 à 17 dollars. Cette somme représenterait le salaire mensuel d'un couturier. Cette pratique est donc lucrative pour les tradipraticiennes, ce qui contribue à la perpétuation de cette pratique.

#### **- Les tradipraticiennes à Djibouti**

Les praticiens du corps médical et paramédical ne sont pas autorisés à pratiquer des MGF. Ces opérations

sont effectuées de manière illégale par des femmes tradipraticiennes et dans certains cas par des matrones.

Le Ministère de la santé a estimé que plus de 70% des tradipraticiennes vivent dans les milieux ruraux alors que 20% d'entre eux vivent dans la capitale et plus particulièrement dans le quartier de Balbala<sup>42</sup>. Il reste difficile pour les autorités locales d'identifier avec précision les tradipraticiennes dans la mesure où ces derniers tendent à cacher leur profession.

Contrairement à celles des milieux ruraux isolés, les tradipraticiennes exerçant dans la capitale ont été exposées aux campagnes de sensibilisation contre la pratique des MGF. Beaucoup d'entre elles, bien qu'admettant avoir exercé cette profession par le passé, nient continuer de pratiquer des mutilations féminines. Toutefois, le taux de prévalence extrêmement élevé dans le pays conduit à mettre en doute la véracité de ces abandons. Plus que par un abandon effectif d'une profession suite aux campagnes d'information, ces négations s'expliquent davantage par le caractère désormais illégal des MGF.

Il est à noter que parmi les populations déplacées et certaines communautés nomades, une nouvelle tendance tend à se dégager. Plutôt que par une tradipraticienne, les mutilations féminines tendent à être effectuées par une femme âgée et expérimentée de la famille de la fillette. Il sera important de prendre en compte cet aspect dans la formulation des futures campagnes de lutte contre les MGF.

#### **- Conséquences et complications suite aux MGF sur le plan physique<sup>43</sup>**

La survenue de complications physiques dépend du type de MGF, de l'habileté de la tradipraticienne, de la propreté des instruments utilisés et de l'état de santé de la fillette. Il est attesté

que les complications sont plus fréquentes et plus graves après des MGF de type III.

#### **Les complications physiques immédiates**

**Décès** : Aucune étude systématique n'a été menée à Djibouti pour mesurer le pourcentage de décès imputable aux MGF. Il est toutefois attesté que la mort peut résulter d'une hémorragie massive (choc hémorragique), de la douleur et du traumatisme subis (choc neurogène) ou d'une infection grave généralisée (septicémie).

**Hémorragie** : La complication la plus courante consiste en saignements abondants (hémorragie). L'ablation du clitoris entraîne l'incision de l'artère clitoridienne où la pression sanguine est très élevée. Une hémorragie aiguë ou prolongée peut provoquer une anémie ou la mort.

**Infection** : Les infections sont fréquentes et souvent dues à l'utilisation d'instruments mal stérilisés et aux matières fécales qui peuvent véhiculer des spores ou des bactéries responsables du tétanos ou de la gangrène. Le degré d'infection est variable, allant d'une simple infection superficielle de la plaie à une infection généralisée du sang (septicémie).

#### **Les complications physiques à long terme associées aux types III**

**Obstruction chronique des voies urinaires** : Une infibulation serrée peut gêner la miction et provoquer des infections à répétition et la formation de calculs vésicaux.

**Incontinence d'urine** : Les fuites urinaires sont très fréquentes chez les femmes infibulées. La vidange vésicale est incomplète, et une infection chronique sous le capuchon de tissu cicatriciel peut rendre difficile le contrôle du sphincter.

<sup>42</sup> Ministère de la Santé Publique/Maternité sans risques, Enquête nationale sur les tradipraticiennes" 1999.

<sup>43</sup> Cette partie est basée sur la publication de l'OMS : Les Mutilations Sexuelles Féminines, Aperçu du problème, OMS, 1998, pp. 26-33.

**HIV/SIDA, hépatite B et autres maladies hématogènes** : Les incisions et sutures répétées à l'occasion des accouchements, les plaies plus fréquentes lors des rapports sexuels et, éventuellement, le recours aux relations anales quand la pénétration vaginale est impossible ou difficile, sont susceptibles d'augmenter le risque de transmission de l'infection à VIH, de l'hépatite B et d'autres maladies hématogènes.

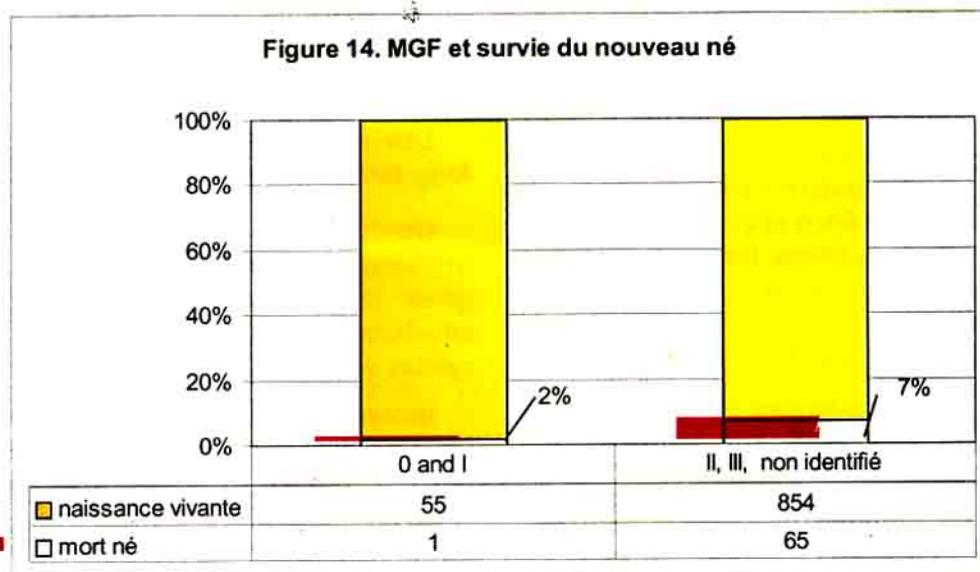
**Complications du travail et de l'accouchement** : Lors de l'accouchement, la femme doit être désinfilulée pour permettre à la tête du nouveau-né de sortir du vagin. Cela augmente le risque d'hémorragie et d'infection de la plaie. En l'absence d'une personne expérimentée pour pratiquer la désinfilulation, le travail peut se trouver prolongé, avec un risque de complications modérées à graves pour la mère et l'enfant. Selon une enquête menée à Djibouti, 50% des femmes ayant subi des mutilations de type III ont déclaré avoir été lacérées pendant l'accouchement et 11,6% ont déclaré avoir eu des complications après l'accouchement sans toutefois préciser le type de com-

plications. Malgré ces déclarations, seulement 28% d'entre elles pensent que les MGF aient un lien quelconque avec les difficultés et complications survenues lors de l'accouchement.<sup>44</sup>

**- L'impact sanitaire des MGF: la corrélation entre les MGF et la mortalité maternelle**

Une des priorités de la politique de santé nationale est la réduction de la morbidité et la mortalité infantile et maternelle. En effet, Djibouti se caractérise par des taux parmi les plus élevés au monde avec un taux de mortalité maternelle de 546/100 000 et un taux de mortalité infantile de 103,1/1000.

Une étude menée à Djibouti en 2002 sur un échantillon de 1000 femmes a analysé la corrélation entre les MGF et les complications obstétricales et gynécologiques ainsi que les complications néonatales<sup>45</sup>. Il ressort de cette étude que les complications à l'accouchement sont plus fréquentes chez les femmes ayant subi des MGF et notamment chez les femmes ayant subi des MGF de type III.



Source : Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, *Study Report*, October 2002.

<sup>44</sup> UNFD, Ministère de la Santé, " Enquête sur les MGF et les méthodes contraceptives dans dix centres de santé de Djibouti-ville ", Djibouti, 1993.

<sup>45</sup> Ministère de la Santé/Maternité sans risques. The association between female genital mutilation and obstetrical and neonatal complications among delivering women in the maternity wards of Djibouti town, *Study Report*, october 2002..

Cette étude a également montré la corrélation entre les MGF et la mortalité néonatale. Ce taux de mortalité tend encore à augmenter pour le groupe de femmes ayant subi une mutilation de type II et III.

Ces résultats sont alarmants dans la mesure où l'échantillon des femmes sélectionnées pour cette recherche est composé de femmes accouchant dans les hôpitaux. Il est donc possible de formuler l'hypothèse d'un taux de mortalité maternelle et néonatale du aux MGF plus élevé pour les accouchements à domicile, fréquents dans les milieux ruraux et dans les communautés nomades.

#### - Les effets psychologiques

Il apparaît que les MGF laissent un souvenir très traumatisant et que la blessure émotionnelle demeure à vie. Selon une étude menée par l'UNFD et le ministère de la santé, la majorité des femmes ayant subi des MGF avant l'âge de 5 ans affirme ne pas se souvenir de l'opération, alors que celles l'ayant subi après 5 ans font état d'une douleur intense, d'hémorragies, de problèmes urinaires et d'infections<sup>46</sup>. La douleur et le traumatisme jouent un rôle prépondérant dans la définition des dispositions qui conviennent pour la femme et son conditionnement social.

En outre, le fait d'être mutilée fait tellement partie de l'image corporelle que la femme a de soi que tout changement à cet égard peut provoquer chez elle un sentiment d'insécurité. C'est ce genre de raisons qui expliquent que les femmes perpétuent la pratique des MGF et tiennent à ce que leurs filles connaissent le même sort.

#### - Les effets sur la sexualité féminine et masculine

Des études menées dans d'autres pays d'Afrique<sup>47</sup> ont montré que les MGF ont une certaine incidence sur la réponse sexuelle de la femme sans toutefois exclure forcément le plaisir sexuel. Une partie des tissus sensibles du corps et du frein du clitoris sont enfouis profondément de sorte qu'ils sont épargnés si l'excision se limite aux parties superficielles. Même chez les femmes infibulées, une partie des tissus sensibles du clitoris et des lèvres reste souvent en place. Il semblerait que la sensibilité des zones érogènes autres que les organes génitaux augmenterait à la suite d'une mutilation génitale. De plus, il existe toute une série de facteurs qui influent sur les composantes psychologiques et corticales de la sexualité chez la femme mutilée et qui restent imprévisibles.

Selon une enquête menée à Djibouti, 48% des femmes interrogées ont déclaré avoir ressenti une douleur intense lors des rapports sexuels et 13% ont déclaré avoir eu des hémorragies lors de rapports sexuels. Interrogées sur le plaisir ressenti lors des rapports sexuels, 40% ont refusé de répondre, 51,5% ont déclaré ressentir du plaisir et 8,5% répondu par la négative<sup>48</sup>.

#### ANALYSE DES CAUSES DES MGF : DES REPRESENTATIONS CULTURELLES ET RELIGIEUSES TENACES

Malgré un coût financier élevé pour la famille, une absence de signification religieuse ou rituelle et une douleur extrême pour la fillette, la pratique des MGF continue de se perpétuer à Djibouti. Il convient donc d'en com-

<sup>46</sup> UNFD, Ministère de la Santé, " Enquête sur les MGF et les méthodes contraceptives dans dix centres de santé de Djibouti-ville ", Djibouti, 1993.

<sup>47</sup> Shandall AA. Circumcision and infibulation of females : a general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese women. *Sudan Medical Journal*, 1967, 5:178-212.

Koso-Thomas O. The circumcision of women: a strategy for eradication. London, Zed Press, 1987.

Kere LA, Tapsoba I. Charity will not liberate women. In: *Private decisions, public debate*, London, Panos Press, 1994.

Lightfoot-Klein H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *The Journal of Sex Research*, 1989, 26:375-392.

Karim M, Ammar R. Female circumcision and sexual desire. *Ain Shams medical journal*, 1966, 17:2-39.

Badawi M. Epidemiology of female sexual castration in Cairo, Egypt. *The truth seeker*, July/August 1989, 31-40.

<sup>48</sup> UNFD, Ministère de la Santé, " enquête sur les MGF et les méthodes contraceptives dans dix centres de santé de Djibouti-ville ", Djibouti, 1993.

prendre la signification et les spécificités culturelles afin de formuler des outils de lutte adéquats et efficaces.

#### **- Comprendre les motivations des femmes djiboutiennes**

A travers ces recherches menées entre 1965 et 1975, le gynécologue, Dr. Michel Erlich, a étudié les attitudes des femmes djiboutiennes concernant les MGF.<sup>49</sup> Il ressort de ses interviews que les femmes sont, dans leur grande majorité, en faveur de la perpétuation des MGF. Dans certains cas, il y a une volonté d'alléger cette pratique en passant d'un type III à un type II ou I, mais dans aucun les femmes interviewées ne se sont prononcées contre les MGF. Le Dr. Erlich notait le caractère tabou des MGF parmi les femmes et la difficulté de conduire des interviews.

Dans une étude plus récente, Miriam Martinelli remarque que depuis 1975 les mentalités ont changé et que les MGF ne sont plus un sujet tabou dans la société djiboutienne.<sup>50</sup> Toutefois, ce chercheur note que la critique des MGF et leur éradication reste un tabou. Il ressort des interviews menées par ce chercheur que les principales raisons évoquées par les femmes pour justifier la pratique des MGF sont d'ordre religieux ou culturel. Il semblerait que la volonté de contrôler la sexualité des femmes joue un grand rôle dans la perpétuation des MGF. Une raison également avancée par certaines femmes est d'ordre esthétique et hygiénique.

L'enquête CAP a également montré que le pourcentage d'opinions négatives vis-à-vis de la pratique des MGF augmentait avec le niveau d'instruction des adolescentes interrogées : de 32% parmi les adolescentes avec un niveau d'étude primaire, il passe à 40,4% parmi les adolescentes avec un niveau d'étude secondaire. Ce résultat montre que la lutte contre les MGF doit être intégrée à une stratégie globale de scolarisation des fillettes et adolescentes.

#### **- Comprendre les motivations des hommes djiboutiens**

Il ressort des recherches menées par le Dr Erlich deux types d'attitudes par rapport aux MGF. Certains hommes prétendent préférer les femmes non mutilées. La raison invoquée est que les femmes non mutilées sont plus aptes à avoir des relations sexuelles. Le Dr Erlich explique cette attitude par le fait que chez la femme mutilée, les rapports sexuels sont très souvent associés à une dyspareunie (un rapport sexuel douloureux) du à l'absence de lubrification suite à l'ablation de la glande de Bartholin et par la présence tissu cicatriciel. Pour cette raison, ces hommes sont en faveur d'un abandon de la pratique des MGF. Quant aux hommes n'ayant connu que des expériences sexuelles avec des femmes mutilées, ils sont en faveur des MGF et tout particulièrement du type III. De plus, ils indiquent un attachement clair à la perpétuation de cette tradition.

Le Dr Erlich remarque toutefois que les hommes, quelle que soit leur opinion sur les MGF ont tendance à l'accepter et évitent d'intervenir sur un sujet qu'ils jugent réservée au domaine féminin.

#### **- Le rôle de la religion**

Ce rapport n'a pas la prétention d'entrer dans des débats théologiques concernant les MGF. Il reste toutefois certains faits qui méritent d'être rappelés. La pratique des MGF en Afrique est antérieure à la propagation de la religion musulmane. C'est à travers un long processus historique que la pratique des MGF a été associée à la religion musulmane. Il est important de noter que des pays musulmans tels que l'Arabie Saoudite, l'Afghanistan ou les pays d'Afrique du nord ne connaissent pas de phénomènes de MGF. En effet, il n'y a pas de d'obligation religieuse concernant les MGF dans le Coran.

<sup>49</sup> Erlich M. La femme blessée. L'Harmattan Edition, 1995.

<sup>50</sup> Miriam Martinelli, thèse de doctorat sur les MGF (en cours de finalisation), chapitre 2.

<sup>51</sup> Sami A. Aldeeb Abu-Sahlieh, "Circoncision masculine, circoncision féminine - débat religieux, médical, social et juridique". L'Harmattan édition, Paris 2001

A Djibouti, cette pratique est généralement associée à un hadith dans lequel le Prophète Mohamed recommanderait de circoncire la femme sans la détruire ou la mutiler car une femme non mutilée est préférable pour l'homme. Les leaders islamiques de Djibouti se réfèrent communément à un hadith selon lequel " la circoncision est Sunna pour les hommes et makrama pour les femmes ".<sup>51</sup> Ce hadith est sans doute à l'origine d'une certaine confusion dans les termes, confusion caractéristique de Djibouti. En effet, malgré des campagnes de sensibilisation et d'information menées par le Ministère de la Santé, l'UNFD et récemment par le Ministère de la Promotion de la Femme, les classifications par type des MGF établies par l'OMS restent peu connues de la population djiboutienne. Les MGF sont communément connues à Djibouti sous deux formes : la Sunna et la Pharaonique. Selon l'OMS, ces termes courants correspondraient au type I pour la Sunna et au type III pour la Pharaonique. Il semblerait toutefois qu'à Djibouti ces termes courants n'aient pas la même signification que celle admise par l'OMS. En effet, selon la définition djiboutienne, la Sunna correspond à l'excision complète du clitoris et des petites lèvres avec une excision partielle des grandes lèvres, soit une MGF de type III selon l'OMS. Le terme Pharaonique est récusé non pas tant pour la pratique qu'il représente mais pour son origine païenne. Il est important de comprendre qu'à Djibouti rejeter la pratique de la Pharaonique n'équivaut pas à un rejet d'une mutilation de type III. C'est bien l'appellation qui est rejetée, la pratique de MGF de type III perdure elle sous le nom, accepté car lié à la religion, de Sunna.

Cette confusion des termes et des définitions a été un des facteurs déterminant de l'échec de la campagne d'information lancée par le Gouvernement

djiboutien et l'UNFD dans les années 80. En effet, cette campagne était centrée autour du message selon lequel la *Pharaonique* (soit le type III selon l'OMS) est une pratique beaucoup plus dangereuse que la *Sunna* (soit le type I selon l'OMS). L'objectif de cette campagne était d'inciter à la pratique des MGF de type I (également connue sous le nom de *Sunna* par l'OMS) plutôt que la pratique, jugée bien plus dangereuse, des MGF de type III (ou *Pharaonique* selon l'OMS). Cette campagne s'est heurtée à la confusion des termes à Djibouti. Ainsi, pensant inciter la population à pratiquer le type I, la Sunna, cette campagne a, dans les faits, contribué à légitimer la pratique des MGF de type III, dans la mesure où la Sunna à Djibouti correspond bel et bien à une opération de type III.

Lors de la conférence sur les MGF organisée en 1988 et regroupant les leaders religieux, la position des leaders religieux djiboutiens était clairement celle d'une condamnation de toute forme de MGF. Toutefois, cette position reste ambivalente dans la mesure où les leaders religieux estiment, contrairement à l'acceptation internationale, que la circoncision féminine est différente d'une mutilation génitale féminine. Leur condamnation des MGF n'équivaut donc pas à une condamnation de tout type de MGF et notamment de la circoncision féminine de type I.

#### **L'ORGANISATION DE LA REPONSE NATIONALE FACE AUX MGF**

Il y a deux périodes qui se dégagent. La première peut être délimitée entre 1980 et 1997 et correspond aux premières actions contre les MGF à Djibouti, souvent isolées les unes des autres. La seconde couvrirait les années allant de 1998 à nos jours et qui a vu la formulation d'une véritable stratégie nationale de lutte contre les MGF.

---

<sup>51</sup> Sami A. Aldeeb Abu-Sahlieh, "Circoncision masculine, circoncision féminine - débat religieux, médical, social et juridique". L'Harmattan édition, Paris 2001

### **- La période 1980-1997 : les balbutiements de la lutte contre les MGF**

En 1980, l'UNICEF apporta son soutien à l'Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD) dans le but de commencer un programme national de lutte contre les MGF. Forte de ce soutien, l'UNFD entreprit des recherches sur les pratiques des MGF à Djibouti-ville, des campagnes d'information et de sensibilisation et des séminaires de formation destinés au personnel médical et paramédical ainsi qu'aux matrones. L'objectif de la campagne d'information n'était pas l'élimination de tous les types de MGF, mais le passage d'une pratique de type II à une pratique de type I jugée moins dangereuse. Cette campagne fut un échec dans la mesure où elle se heurta à des croyances religieuses et culturelles tenaces.

En 1984, un Comité National de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles Néfastes a été créé. Bien que son mandat ne visait pas l'élimination des MGF, il a contribué à intensifier les recherches sur ce sujet.

En 1988, l'UNFD organisa avec l'UNICEF et l'OMS une conférence nationale intitulée " la circoncision féminine n'est pas un acte religieux ". Les principaux Cadi, ministres, organisations nationales et internationales ainsi que la femme du Président participèrent à cette conférence. L'objectif de cette conférence était d'établir l'absence de fondement religieux à l'origine des MGF. Les Cadi et Imam djiboutiens ont condamné à cette occasion l'infibulation et l'excision dans la mesure où aucun texte religieux n'y fait référence. Toutefois, et comme il a été expliqué ci-dessus, les imams ne condamnent pas la circoncision féminine, soit les MGF de type I selon l'OMS.

Le début des années 90 a été marqué par des avancées notables sur le plan législatif. Le Gouvernement Djiboutien signa la Convention des droits de l'Enfant ainsi que la Convention sur l'Élimination de toutes formes de discrimination envers les

Femmes. Et c'est en 1995 que l'Assemblée nationale adopta l'article 333 au paragraphe 2 du Code Pénal concernant toutes les formes de violence. Selon cet article, " la violence imposée par les mutilations génitales est passible de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende d'un million de francs djibouti ". Cet article se réfère à l'article 6 de la Constitution qui condamne " toutes les formes de torture, d'abus ou de traitements inhumains, cruels ou humiliants contre les êtres humains ". Bien que représentant une avancée législative notable, cette loi n'a été, jusqu'à ce jour, que rarement appliquée.

### **- La période 1998-2003 : la formulation d'une stratégie nationale**

Avant 1998, les différentes actions menées contre les MGF, l'étaient de manière isolée dans la mesure où elle ne faisaient pas partie d'une stratégie nationale globale et cohérente. C'est en 1997 que le ministère de la Santé a fait des MGF une priorité de Santé publique et qu'il a, avec l'assistance du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et en collaboration avec les partenaires au développement, lancé le " Projet de Lutte contre la Circoncision Féminine " avec pour objectif l'élimination des MGF à Djibouti. C'est dans le cadre de ce projet qu'un Comité National de Lutte contre les MGF a été proposé. Il devait être composé de cadres gouvernementaux et non gouvernementaux. C'est seulement au cours de l'année 2003 que ce Comité a été mis sur pied comme une entité indépendante composée de divers cadres gouvernementaux.

Dans le cadre de ce projet, de nombreuses actions ont été entreprises allant de la recherche sur la pratique des MGF à Djibouti, la production de matériel d'information destiné aux écoles et aux campagnes d'information et l'élaboration de système d'évaluation des actions de lutte contre les MGF entreprises à Djibouti. Un " Programme National de Lutte contre les MGF " a été constitué en 1998 par le ministère de la Santé avec pour objectif de mobiliser

des fonds au niveau des agences tant nationales qu'internationales pour la lutte contre les MGF. Depuis sa création, les activités liées aux MGF sont plus structurées.

Malgré cette impulsion, il semblerait que ce projet n'ait pas eu l'impact escompté. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait allant de l'absence de ressources, l'absence d'une prise de position condamnant les MGF par les plus hautes autorités du pays, à l'absence de recul et d'analyse des échecs des campagnes et actions de lutte contre les MGF menées jusqu'à ce jour. En effet, seul un tel recul permettrait d'élaborer une stratégie de lutte efficace en permettant d'identifier les groupes cibles ainsi que les messages adaptés. A titre d'exemple, il serait opportun de se poser la question sur l'efficacité d'une campagne basée sur la religion tant que les leaders religieux n'auront pas adopté une ligne commune et claire contre les MGF de tous types.

## RECOMMANDATIONS

1. Créer le cadre de collaboration intersectorielle et l'impliquer activement dans la mise en place des réformes du système de santé ;
2. Créer les conditions d'une implication communautaire effective à travers la mise en place de comités de santé fonctionnels (Termes de référence précis, ressources de fonctionnement disponibles) à tous les niveaux ;
3. Elaborer et adopter un plan d'augmentation progressive de la part du budget national alloué à la santé ;
4. Développer et adopter un plan spécifique pour répondre à l'urgence sanitaire des populations des districts de l'intérieur surtout ceux du nord et du sud-ouest du pays qui furent le théâtre du conflit interne ;
5. Renforcer les capacités des équipes mobiles dispensant les soins aux populations des districts de l'intérieur non desservis

par le système de santé (termes de référence précis, budget spécifique, personnel adéquat, etc.);

6. Re-dynamiser les centres de récupération nutritionnelle existants, en créer de nouveaux, notamment dans les districts de l'intérieur et étendre leurs activités aux femmes enceintes ;
7. Renforcer les capacités du Ministère de la Santé en matière d'information, d'éducation et de sensibilisation de la population.
8. Renforcer les institutions de lutte contre les MGF existantes, comme le Programme National de Lutte contre les MGF, l'UNFD et le ministère de la Promotion de la Femme, tant au niveau des ressources humaines que financières.
9. Intégrer la lutte contre les MGF dans toutes les politiques de promotion du développement humain.



**Combattre le VIH/SIDA**



## CHAPITRE 5- COMBATTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LES AUTRES MALADIES

Les maladies transmissibles malgré leur apparition récente paraissent constituer une part importante de la morbidité. Toutefois, le dysfonctionnement du système de surveillance épidémiologique ne permet pas de dresser le profil épidémiologique de la population.

Cette situation épidémiologique est avant tout liée à la pauvreté qui est responsable des conditions de vie (sur le plan de l'hygiène et de l'eau), à l'insuffisance d'éducation des populations et des femmes en particulier et à des facteurs culturels et religieux. Cette situation est de plus compliquée par une immigration non maîtrisée -et difficilement maîtrisable-, en provenance des pays de la sous région à l'instabilité récurrente. Ces nouveaux arrivants viennent gonfler la population des pauvres vivant dans la précarité et l'insalubrité. Les principales maladies transmissibles sont le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les maladies diarrhéiques.

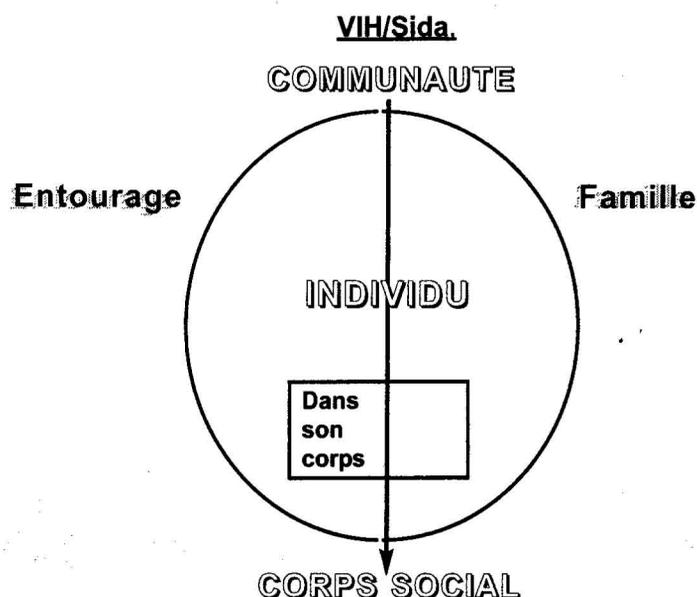
### 1. LE VIH/SIDA : UN PROBLEME DE DEVELOPPEMENT

Dans cette partie, avant d'aborder la problématique du VIH/Sida et son impact disproportionné sur les femmes en République de Djibouti, nous allons passer en revue quelques données mondiales pertinentes et insister sur l'importance d'une approche globalisante ainsi que sur la dimension féminine au centre de son expansion.

#### 1.1 LE SIDA, " UN FAIT SOCIAL TOTAL "

La spécificité du virus du sida, au-delà de l'individu épinglé dans son intimité, est de saper la base même de l'organisation sociale. Par l'impact que l'infection imprime, les effets qu'elle entraîne et les conditions qui favorisent son expansion dans toutes les couches de la société, l'épidémie du VIH/Sida constitue un " fait social total ". Il est clair qu'aucune maladie, depuis longtemps, n'a suscité autant de craintes, de risques de contamination, de perturbation individuelle, familiale, communautaire et en dernière analyse d'instabilité et de bouleversement social.

Figure 1. *L'infection à VIH/sida, est aussi un virus de la relation*



Source : Ministère de la Santé, Etude qualitative sociale sur l'impact du VIH/sida à Djibouti, Octobre 2002

## 1.2 LE SIDA, PLUS QU'UN SIMPLE PROBLEME DE SANTE

Le VIH, une fois identifié comme agent causal du sida et avec l'établissement des modes de transmission (à savoir sexuel, de la mère à l'enfant, par le sang et par l'allaitement) était pour les stratèges internationaux une simple affaire, pouvant être menée rondement, à l'aune des expériences passées. Cet optimisme affiché à grand renfort de métaphores guerrières dans les "Etats Majors internationaux" annonçait la victoire rapide d'une nouvelle croisade sanitaire. La conviction en effet était grande que la prévention, à elle seule, ferait l'affaire. Après plus de deux décennies de lutte la perception même de l'épidémie s'est fondamentalement modifiée. Plus qu'une simple crise de santé, le sida apparaît aujourd'hui comme un problème grave de développement aux conséquences multiples et néfastes tant sur les individus, les familles, les groupes que les nations entières.

Cette prise de conscience n'épargne donc pas la République de Djibouti qui vient d'adopter - il faut le dire par un processus largement participatif - son plan stratégique assez tardivement (2002-2003) et cela, pourtant après une mobilisation courageuse au tout début de l'épidémie (1987-1988).<sup>52</sup>

Ce rapport qui se structure autour des huit (8) Objectifs du Millénaire et leur cible donne la possibilité pour le pays d'ancrer son action dans cette perspective mondiale qui offre un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine. Plus spécifiquement cette partie du rapport se rapporte aux objectifs (4 à 6) qui visent à réduire la mortalité des enfants, à améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Atteindre ses objectifs cruciaux pour nos pays pauvres suppose une hausse spectaculaire de l'accès au soin de santé.<sup>53</sup>

## 1.3 QUELQUES DONNEES SUR L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Le Sida, sur le plan mondial, constitue un sombre tableau au début de ce nouveau millénaire car il peut "ravager des régions entières, réduire à néant des décennies entières de développement dans un pays, creuser le fossé entre pays riches et pauvres et repousser en marge de la société des groupes déjà stigmatisés."<sup>54</sup>

La baisse sensible du nombre de cas dans les pays développés est compensée par une hausse vertigineuse dans les pays en développement. L'Afrique subsaharienne<sup>55</sup> est la région du globe la plus durement touchée par l'épidémie du sida. En l'an 2000, elle comptait 71% des adultes, soit 24,5 millions et 80% des enfants porteurs du virus de la population mondiale. Les trois quarts des 22 millions de personnes décédées dans le monde depuis le début de l'épidémie sont originaires de cette partie du monde. En 1999, il s'est produit seulement dans cette région du monde, plus de 4 millions des nouvelles infections. Il s'agit d'un réel effet d'accélération au sein de la population générale et dont les conséquences sont loin d'être encore appréciées par les décideurs et les habitants de ces régions.

---

<sup>52</sup> Chehem Watta., (2003), Le Dieu-khat et le virus du sida, Thèse Doct. Psychologie, Université Paris VIII, pp. 107-108.

<sup>53</sup> Voir résumé du Rapport mondial sur le développement Humain 2003, les Objectifs du millénaire pour le développement (pages 1 à 7, voire aussi les pages allant de 9 à 11 du même document).

<sup>54</sup> Voir l'excellente préface de Michel Carel responsable de la prévention à l'ONUSIDA, de l'ouvrage de Vangroenwehge D. (2000), Sida et sexualité en Afrique, Editions EPO, Bruxelles.

<sup>55</sup> Voir aussi le rapport du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies, présenté à la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale consacrée au VIH/Sida, cinquante-cinquième session, distribué en Français, le 16 février 2001, p. 29.

## **1.4 LES FEMMES A L'EPICENTRE DE L'EPIDEMIE ?**

Le monde voit avec stupeur une tendance se dessiner surtout dans les pays en développement. Parmi les nouvelles infections constatées, le nombre de femmes progresse plus rapidement que celui des hommes. Toutes les analyses faites dans ce contexte ramènent la dimension féminine au centre de l'épidémie. Ainsi, selon l'ONUSIDA, le programme spécialisé des Nations Unies sur le sida, les femmes en âge de procréer sont en passe de devenir, chaque jour qui passe, une proportion grandissante des personnes infectées par le virus. On constate déjà en 1999 que plus de 70% des femmes contractent ce virus pendant des rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté. Dans son rapport de juin 2000<sup>56</sup> l'ONUSIDA confirme l'accélération de cette tendance et signale des taux de prévalence " effroyablement élevés " parmi les adolescentes et les jeunes femmes entre 20 et 25 ans dans diverses régions urbaines et rurales de l'Afrique. Cela démontre à la fois l'enracinement dans le socle social et l'élan encore vigoureux de l'épidémie qui s'attaque aux jeunes filles et femmes, au fondement même de la structure sociale.

## **1.5 GLISSEMENT DE L'EPIDEMIE VERS LES MILIEUX RURAUX**

Dans la majorité des pays de l'Est africain par exemple, l'on constate avec effarement une évolution rapide de l'épidémie vers les zones rurales où sont concentrées les populations plus pauvres, plus nombreuses. Il s'agit d'une tendance spectaculaire qui constitue un sérieux revers aux stratégies de développement, basées pour nos pays africains, sur le modèle agricole ou du développement rural souvent importé du concept du développement. Le sida oblige, avec beaucoup

d'acuité, l'Afrique et ses partenaires de coopération, à porter sur le paradigme de développement, un regard tout à fait innovateur. Ce dernier n'est souvent pas compris de la même façon et il s'est plutôt focalisé sur la croissance économique et non sur un modèle de développement centré sur la personne. Une telle approche n'est pas sans conséquence sur la prise en compte de la problématique de cette infection, prise tardivement dans le contexte de développement humain durable. Une approche centrée sur la personne doit nécessairement intégrer les dimensions liées aux droits de l'homme où les indicateurs de développement sont perçus comme des droits. Plus que jamais, en ces temps de sida, ce questionnement doit guider, accompagner et placer au centre de toutes les réponses la dimension liée aux droits de la personne humaine et des inégalités liées au sexe. D'ailleurs, le Rapport arabe sur le développement humain 2002, souligne avec beaucoup de justesse que la région arabe à laquelle appartient la République de Djibouti se caractérise par trois déficits essentiels<sup>57</sup> qui entravent son développement socio-économique. L'un de ces déficits se caractérise par l'absence d'autonomisation de la femme, qui se trouve au cœur du respect des droits de la personne humaine, dont l'observation, est déterminant dans la prévention et le contrôle de cette infection à VIH.

## **1.6 LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET LA FEMINISATION DE LA PAUVRETE**

Plus que de simples arguments épidémiologiques, ces réalités doivent apparaître dans les recherches pour influencer les politiques de développement incluant la riposte contre cette infection d'autant plus que les taux d'infection, comme nous l'avons vu plus haut, chez les femmes en Afrique subsaharienne, atteignent un maximum

<sup>56</sup> Rapport ONUSIDA (2000), pp. 10 à 12.

<sup>57</sup> Rapport arabe sur le développement Humain 2002 élaboré par le Programme des Nations Unies (PNUD) sur le développement et le Fonds Arabe de Développement Economique et Sociale (FADES) voir p. 29.

plutôt que chez les garçons : 12 femmes pour 10 hommes vivent avec le VIH. Cette tendance, risque de changer fondamentalement les politiques et stratégies jusqu'à là adoptées par les pays, parce qu'au cœur des relations sociales, alimentées toujours par des racines socioculturelles défavorables aux femmes, l'épidémie trouve des facteurs et ingrédients favorables à son expansion fulgurante.

## 2. EVOLUTION DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

### 2.1 HISTORIQUE

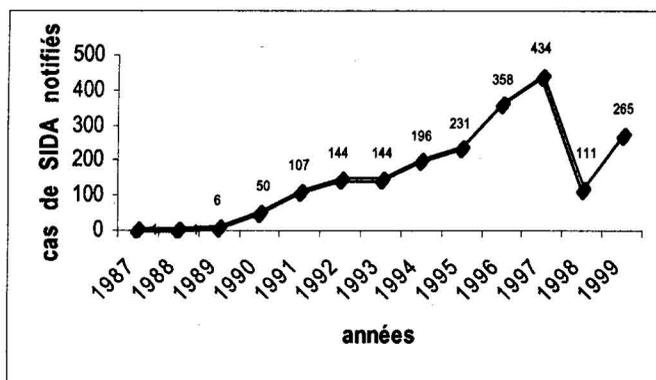
Le premier cas de séropositivité fut diagnostiqué à Djibouti, en 1986 et le premier cas de Sida en 1987 par les services du Ministère de la Santé. Très rapidement après, les autorités du pays ont admis l'existence de cette infection sur le territoire national aussi bien dans les médias nationaux qu'au niveau international. Cette prise de position officielle des autorités djibou-

tiennes contrastait avec le silence et le déni remarquable chez les voisins comme l'Ethiopie, l'Erythrée, la Somalie, et bien d'autres pays africains. Cependant, cet élan politique finit par se réduire comme une peau de chagrin, alors que la propagation de l'infection ne se démentira pas.

### 2.2 LES CAS DE SIDA

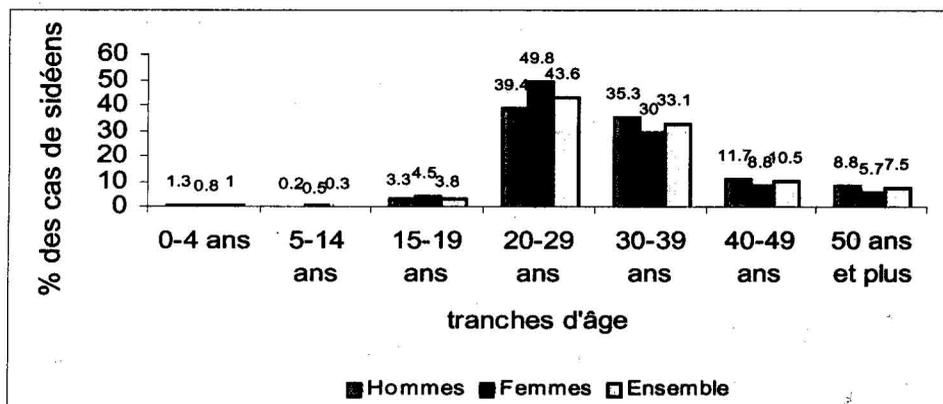
A la date du 15 novembre 2000, la République de Djibouti avait procédé à la déclaration de 1783 cas de SIDA à l'OMS. Signalons que la date de sa dernière déclaration à l'OMS était le 6 avril 1999. Selon les données fournies par le Programme National de Lutte contre le sida /MST, 2048 cas avaient en fait été enregistrés à la fin de l'année 1999. L'évolution du nombre annuel de cas de Sida déclarés et la progression du nombre cumulé de cas déclarés ainsi que des données désagrégées (âge et sexe) sont présentées dans les figures 2 et 3.

Figure 2 : Evolution des cas de sida notifiés par année



Source : PNLS/MST

Figure 3 : Répartition des cas de sida notifiés de 1988 à 1998 selon l'âge



Source : ONUSIDA : Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STI, 2000 Update, UNAIDS/WHO.

Au vu de la rapidité de l'infection et des cas de sida avérés (la détection du premier cas de sida est intervenue en 1987) au sein de certains groupes et la généralisation rapide du VIH parmi la population générale, il est probable que cette infection a commencé à se diffuser à Djibouti vers la fin des années 70. Malheureusement aucune recherche rétrospective n'a été réalisée pour identifier les conditions d'émergence de cette infection dans le pays.<sup>58</sup>

### 2.3 LES PORTEURS DU VIH

Depuis 1995-1996, les estimations fournies concernant les porteurs de VIH au sein de la " population générale " correspondaient plus qu'à des spéculations qu'à de chiffres sérieux, recoupsés par des méthodologies cohé-

rentes de surveillances ou de recueils. Ainsi, jusqu'à la conduite en 2002/2003 d'une enquête nationale de séroprévalence entreprise par les services du Ministère de la Santé, il existait donc une forte incertitude sur le niveau exact de l'épidémie à VIH en République de Djibouti. En effet, les dernières estimations de l'ONUSIDA<sup>60</sup> fin 1999 indiquent un taux de 11,75% chez les adultes de 15 à 49 ans. Antérieurement, les taux dans cette population étaient estimés à 10,3 en 1997<sup>61</sup> et à 0,3% en 1987<sup>62</sup>. Ces estimations récentes au sein de la population " générale " adulte du pays semblaient pour le moins discordantes avec celles pouvant être faites chez les femmes enceintes, qui sont classiquement la population la plus illustrative de la population générale adulte sans risque particulier.

#### ENCADRE 1

##### Leçons tirées des cas de sida notifiés et de la prévalence du VIH/Sida (de 1988 à 1998) .

- la transmission hétérosexuelle du VIH est le mode majeur de contamination : 95,6 % des modes déclarés chez les femmes, 91,6 % chez les hommes, soit 93,2 % au total. Il faut rappeler que le VIH 1 et le VIH 2 sont tous les deux présents en République de Djibouti dans une proportion de 97 % et 3 % respectivement.
- les personnes âgées de 15 à 29 ans représentent 47,4 % des cas de sida notifiés (les 15-19 ans en représentent 3,8 % et les 20-29 ans 43,6 %). La phase sida maladie traduisant une contamination par le VIH dans les 5 à 7 ans auparavant, cela montre la précocité de l'infection à VIH chez les jeunes.
- les femmes sont contaminées plus précocement que les hommes. En effet, les 15-29 ans représentent 54,3 % des cas de sida chez les premières contre 42,7 % chez les seconds. Ce décalage selon le sexe est fréquemment observé dans les pays d'Afrique sub-saharienne et Djibouti donc n'échappe pas à cette constante : les femmes longtemps restées sur les marges de l'épidémie commencent à être à son épice.
- les enquêtes menées en 1994 ont montré que la prévalence de l'infection à VIH/Sida était de 55 % chez les travailleuses du sexe suivies par les services de santé et de 24 % chez les filles travaillant dans les bars. La prévalence chez les hommes souffrant de maladies sexuellement transmissibles était estimée à 17,7 %.

Source : Programme National de lutte contre le Sida/MST. Enquête 1994/1995, Djibouti.

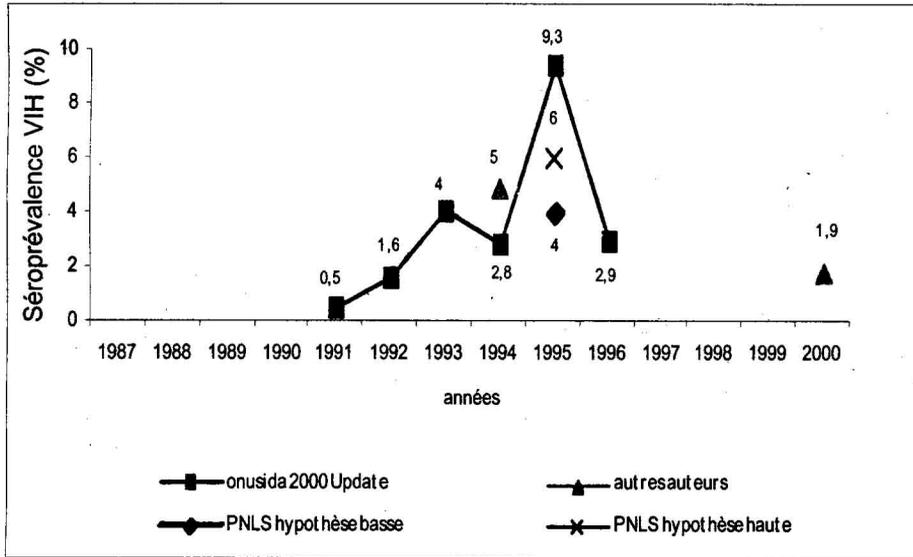
<sup>58</sup> Chehem Watta., (2003), Le Dieu-khat et le virus du sida, Thèse Doct. Psychologie, Université

<sup>60</sup> Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000, ONUSIDA Genève.

<sup>61</sup> Banque mondiale, Région Afrique : "L'action de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique se renforce : en réponse à la crise au développement; le coût de l'inaction : la progression du VIH en Afrique subsaharienne entre 1982 et 1997" (Version provisoire).

<sup>62</sup> Bailly C. et al.: III International Conference on AIDS and associated cancers in Africa, sept. 1988, Poster, cité in "Recent HIV séroprévalence levels by countries : December 1993, Health Studies Branch, Center for International Research, US Bureau of the Census, Research Note n°11.

**Figure 4 : Evolution de la séroprévalence VIH chez les femmes enceintes de 1987 à 1999**



En considérant de près les données disponibles pour les femmes enceintes, elles aussi, sont sujettes à discussion, notamment en ce qui concerne le taux indiqué par l'ONUSIDA en 1995 (9,3%) alors que pour la même année les estimations du PNLs/MST se chiffraient entre 4 à 6% dans cette population<sup>63</sup>. L'ONUSIDA, qui recueille et publie les données fournies par chaque pays, a proposé par la suite une prévalence de 2,9% en 1996 sans que cette différence importante, qui ne peut s'expliquer par les limites de précision d'un pourcentage, ait été a priori investiguée. La figure 5 présente l'évolution des séroprévalences VIH chez les femmes enceintes de 1991 à 1999 dans la ville de Djibouti.

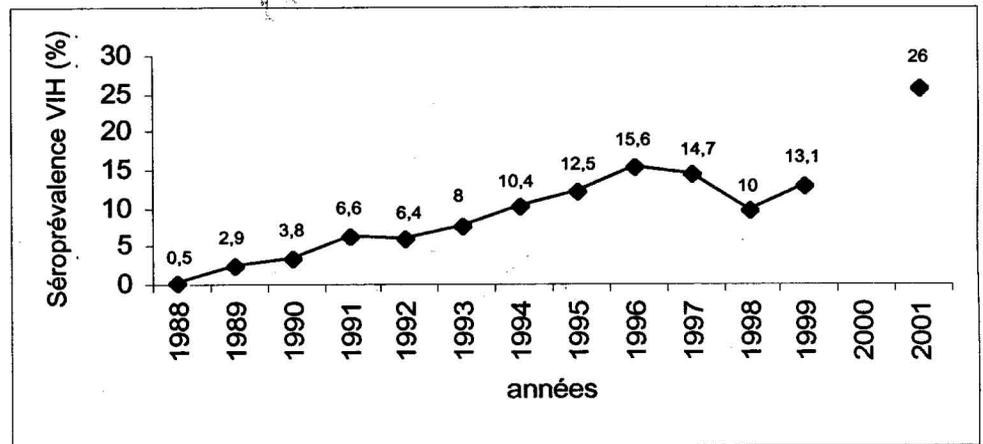
#### **2.4 LES PREVALENCES DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX**

De nombreuses études ont été réalisées chez ces patients puisque cette pathologie est fortement associée à la baisse d'immunité engendrée par le VIH/sida. Il est démontré

que les deux maladies se supportent, s'appuient l'une sur l'autre pour donner à l'épidémie du VIH une dynamique redoutable dans un pays où la pauvreté extrême caractérise une frange extrêmement importante de la population. De 1995 à 1999, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a conduit de nombreuses enquêtes distinctes de séroprévalence sur les patients tuberculeux reçus au Centre Paul Faure (CPF) ainsi que sur l'ensemble des patients suivis par le Programme, l'objectif étant d'appréhender la représentativité des patients du Centre Paul Faure. Il est important de noter qu'aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre les prévalences observées dans les deux groupes. La figure 5 présente l'évolution de la prévalence VIH de 1987 à 2001 (les taux selon les différentes enquêtes étant proches, le graphique indique les tendances passant par la moyenne quand plusieurs données sont disponibles pour la même année).

<sup>63</sup> Rapportée lors de l'atelier national de consensus sur la prise en charge des MST (26-29 novembre 1995), (Dr Ntilivamunda, OMS/PNLS, p.9).

**Figure 5. Evolution de la séroprévalence VIH chez les tuberculeux de 1987 à 2001**



Source : PNLT<sup>64</sup> du Ministère de la Santé et divers auteurs<sup>65</sup>

ferons remarquer qu'après une croissance constante de 1988 à 1996, la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux semblait observer une phase de plateau jusqu'en 1999. Cependant, le taux signalé en 2001 (26%), signerait une brutale ascension de l'infection à VIH chez les tuberculeux suivis au Centre Paul Faure. Il n'est malheureusement pas possible de connaître de manière précise la part des femmes et des hommes dans cette évolution.

## 2.5 ANALYSE DES DONNEES NOUVELLES SUR LE SEROPREVALENCE NATIONALE

Bien que la réalité soit palpable, les différentes estimations formulées tant par le programme national que l'ONUSIDA reflétaient un niveau d'incertitude réel sur la séroprévalence de l'infection à VIH dans le pays. Une étude menée en mars 2002 par une équipe du Ministère de la Santé avait pour principal objectif d'estimer le taux de séroprévalence du VIH dans un échantillon représentatif de la population djiboutienne dont l'âge était compris entre 15 à 54 ans. Il s'agit d'une étude anonyme non corrélée, basée

sur des échantillons constitués au tirage au sort, notamment de 30 grappes de 1994 personnes dans la ville de Djibouti et 30 autres grappes, 1094 personnes, dans les districts de l'intérieur.

Cette étude de portée nationale a permis de dégager des résultats présentés et largement commentés par les autorités nationales dès octobre 2002. Ils contrastent avec les estimations assez fortes communiquées par l'ONUSIDA (voir tableau et figures ci-après). La séroprévalence au niveau national se situe aux alentours de 3%.

Cependant des taux de prévalence préoccupants sont constatés chez les 20-34 ans, et cela en particulier dans la ville de Djibouti. Ces taux compris entre 5 à 6% démontrent si besoin était que la situation épidémique peut s'aggraver si une réponse énergique et concertée de toutes les composantes nationales ne se met pas rapidement en place. L'étude Connaissance Aptitude et Pratique (CAP) entreprise parallèlement met en exergue que les comportements sexuels à risques persistent dans les catégories de la population djiboutienne.

<sup>64</sup> PNLT Djibouti : documents ronéotypés, 2000, études portant chez les tuberculeux toutes formes, les tuberculeux BK+(il s'agit de bacille de Koch), les nouveaux tuberculeux BK+, les échantillons étant pris au sein des patients vus au Centre Paul Faure ou au sein de l'ensemble des patients suivis par le PNLT.

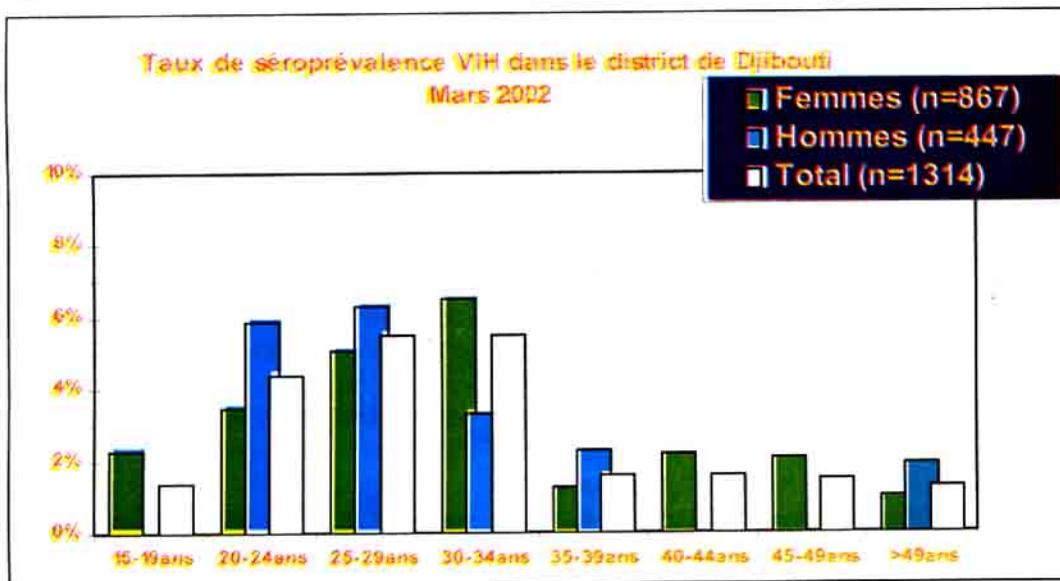
<sup>65</sup> Sources : 1988 : Mohamed Houmed H.: " Le SIDA et les femmes à Djibouti ", mémoire, Centre de Formation du Personnel de Santé, 1992, Djibouti 1989 et 1991 : Sevre : communication personnelle 1990 : Merlin M.; Bertherat : rapport concernant la mission d'évaluation du PNLS en République de Djibouti ; mission effectuée du 15 au 23 janvier 1994; IMTSSA, Marseille, ronéo

Tableau 1. Taux de séroprévalence de l'infection à VIH auprès des adultes ( 15- 49 ans)

	Hommes	Femmes	Total
Djibouti	3,1 %	3,6 %	3,4 %
Autres Districts	0,3%	1%	1,7%
Pays	2,5%	3,3%	2,9%

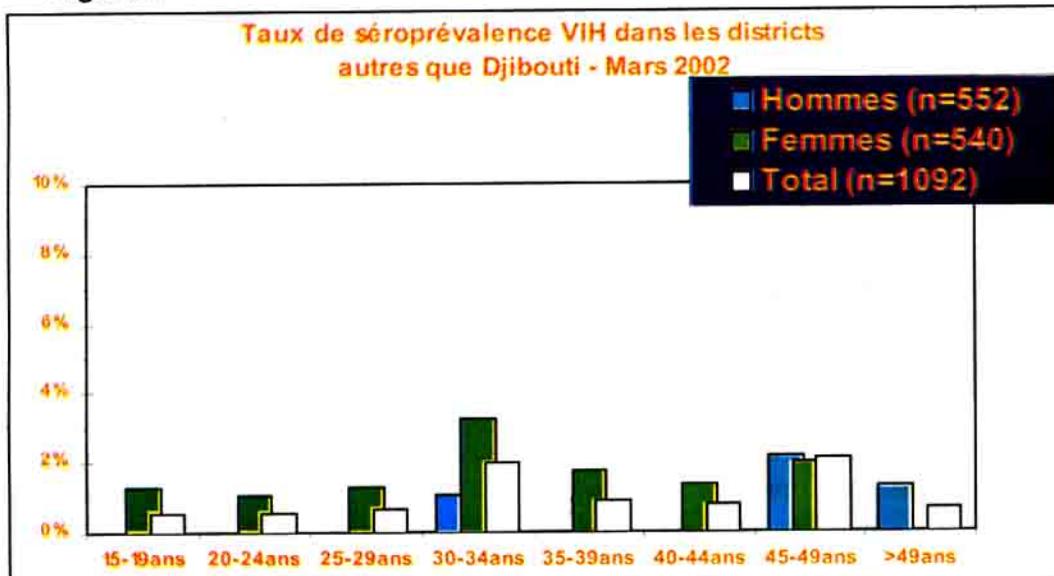
Source : Ministère de la santé, mars 2002.

Figure 6



Source : ministère de la santé

Figure 7



Source : ministère de la santé, mars 2002

## 2.6 L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DU VIH/SIDA

Avant de disposer des données citées ci-dessus sur la séroprévalence nationale et en partant des estimations fournies par l'ONUSIDA, la Division de la Population des Nations Unies plaçait la République de Djibouti dans le groupe des 15 pays, susceptibles de payer le plus lourd tribut à la pandémie du Sida. Cette Division donne des chiffres sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance avec et sans le Sida dans le tableau ci-après.

Tableau 2

	1995-2000		2000 <sup>a</sup> - 2005		2010- 2015		
	Avec Sida	Sans Sida	Avec Sida	Sans Sida	Avec Sida	Sans Sida	
Espérance de vie	45,5	50,5	40,6	52,4	38,0	56,5	

Source : Bilan Commun de Pays, Système des Nations Unies, Djibouti, mai 2002 (p. 13)

République de Djibouti. Le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) pour la période 2003-2007 mentionne que le CCA place dans le cadre de la programmation, la problématique du VIH/Sida parmi les principales préoccupations du Pays couvertes par huit thèmes. Son grand mérite est de considérer l'égalité des sexes comme une question transversale commune à ces thèmes (évolution de la population, gestion des situations d'urgence et prévention des catastrophes, bonne gouvernance et droits humains, lutte contre la pauvreté, éducation, santé, VIH/Sida et eau). Néanmoins ce Bilan donne peu d'indications chiffrées sur l'impact socio-économique de l'épidémie. Cependant, il est important de mentionner que même si les conséquences dans ces domaines restent pour le moment peu visibles que le poids de la maladie<sup>66</sup> par contre se fait sentir sur les soins de santé. L'infection à VIH en 1996, selon ce rapport représentait 12% des maladies transmissibles traitées dans le plus grand centre hospitalier de la capitale

Une telle perspective, malgré les chiffres récents fournis par les autorités nationales est à prendre au sérieux. Si le silence opaque sur l'épidémie reste le moyen de gestion de cette dernière dont la caractéristique principale est de faucher des individus dans la force de l'âge tout en restant souterraine avant de percevoir l'impact sur la population et les différents secteurs, les ravages causés par l'infection seront préjudiciables au développement du pays.

Il n'y a peu d'études ou enquêtes mettant en relief les conséquences socio-économiques de l'épidémie en

(Hôpital Général Peltier). Environ 8% des décès enregistrés au cours de cette même année, au sein de ce grand hôpital, seraient directement imputables au VIH/Sida. L'on sait que l'une des conséquences dramatiques de cette épidémie se fait sentir sur les familles notamment à travers les décès des parents, laissant des orphelins dans une grande détresse morale, économique et sociale. Même si le chiffre exact des orphelins du sida n'est pas connu, l'ONUSIDA avance pour la République de Djibouti un chiffre estimatif assez inquiétant de 7200, représentant le nombre total cumulé d'orphelins. Ces derniers auraient perdu avant l'âge de 15 ans leur mère ou les deux parents depuis le début de l'épidémie. C'est ainsi que du point de vue socio-économique, les familles affectées par le VIH/sida et le pays tout entier perdent un précieux Capital Humain avec, il faut le souligner quatre conséquences majeures de cette épidémie : déstructuration de la cellule familiale, véritable lame de fond avec l'augmentation croissante du nombre d'orphelins; accentuation de la pau-

<sup>66</sup> Bilan Commun de Pays ( CCA ). Système des Nations Unies , Mai 2002 voir page 85.

vreté et réduction drastique de la main d'œuvre (la plus active de la communauté avec son coût multidimensionnel et exorbitant qu'il faut nécessairement envisager dans une perspective de développement pour le pays). Apparaissent des phénomènes nouveaux tels que l'accroissement du nombre de familles monoparentales dirigées par des femmes ou des personnes âgées et même par des "enfants chefs de famille."

### **3. L'ORGANISATION DE LA REPONSE NATIONALE FACE AU SIDA**

Il y a grosso modo deux périodes principales qui se dégagent. La première peut être délimitée entre 1986/87 et 1992-93 alors que la seconde couvrirait les années 1994/95, jusqu'à 2000. La troisième tranche est récente (2001- 2003) qui a vu l'amorce d'une réponse multisectorielle énergique et une mobilisation des ressources concertée. Dans cette partie nous allons très rapidement passer en revue et de manière critique le chemin parcouru depuis l'apparition du VIH dans le pays.

#### **3.1 LA PERIODE 1987-1993 : UNE REPONSE VIGOUREUSE ET ARTICULEE**

Elle est dominée par une approche axée principalement sur les aspects médicaux, avec les médecins qui tiennent le haut du pavé. Ils dominent effectivement les différentes interventions, leur mise en œuvre et leur planification. L'Organisation Mondiale de la Santé est sans conteste à la pointe du combat et influence l'approche de l'infection et l'exécution des activités sur le terrain. Le département de la Santé Publique et des Affaires sociales adopte une riposte vigoureuse avec un courage politique certain. Bien que le sida durant cette période n'ait pas souvent quitté le secteur public pour ne pas dire les bureaux, d'importants progrès sont réalisés notamment dans la mise en place d'une structure permanente de coordination nationale, l'élaboration et la mise en œuvre des plans à Moyen-

Terme. Le ministre en charge de la riposte a pris courageusement ses responsabilités en reconnaissant l'existence de l'épidémie et résista aux critiques des religieux et de certains responsables " défendant l'honneur de l'islam et du pays " pour organiser la riposte de manière cohérente et vigoureuse. Les résultats des enquêtes et des débats contradictoires sont soumis et transmis sans censure tant au public qu'à l'organisation internationale en charge de la riposte internationale. Djibouti a refusé la politique de l'autruche!

#### **3.2 LA PERIODE 1994-2000 : ENTRE L'INACTION ET L'IRRESPONSABILITE**

Il s'agit d'une période désastreuse pour la lutte contre le sida. Sur le plan institutionnel, le Programme est toujours coordonné par un cadre du Ministère de la Santé. Les réunions des comités techniques se font rares. Le Comité National depuis le départ de l'ancien ministre n'a pas organisé une seule réunion alors qu'elle est en charge de donner les grandes orientations. C'est l'abandon total du Programme par les autorités politiques. Un tel désengagement ne s'explique pas seulement par le conflit armé qui divise et secoue le pays entre 1991 et 1994. Ce désintérêt coïncide aussi avec le changement de leadership sur l'arène internationale : la naissance de l'ONUSIDA, qui prendra le relais de l'OMS et du Programme Mondial. Au niveau du pays, ce transfert de compétence ne se fait pas sans heurts car l'OMS fait de la résistance et la bureaucratie aidant, le Programme National habitué à traiter avec un seul partenaire se perd dans des démarches infinies et oscille entre plusieurs " approches " de l'épidémie.

En effet les agences "cooparainantes" au lieu de faciliter la coordination et la mise en commun des ressources finissent par se neutraliser mutuellement ou s'opposer violemment. Les réunions du Groupe Thématique deviennent l'occasion des passes d'arme ridicules alors que l'é-

pidémie souterraine s'enracine dans le pays. De ce point de vue l'ONUSIDA constitue un recul important sur le terrain malgré sa mobilisation internationale. Il a fallu par exemple attendre 2002 pour que l'alternance s'opère à la Présidence du Groupe Thématique : l'OMS cède enfin cette présidence (prise en 1995) à l'UNICEF; ce qui atteste que la bonne gouvernance dans la lutte contre l'épidémie n'a pas été à l'ordre du jour des agences des Nations Unies opérant en République.

### **3.3 LA PERIODE 2001-2003 : PLANIFICATION STRATEGIQUE ET MOBILISATION DES RES-SOURCES**

Conscient que la République de Djibouti est classée par l'OMS dans la catégorie des pays faisant face à une épidémie généralisée de VIH/SIDA, le Gouvernement a élaboré un plan multisectoriel de lutte contre la pandémie couvrant la période 2002-2008.

Les principaux axes de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont : (i) de mettre en place un système de surveillance continue de l'épidémie (système sentinelle) dans les structures des différents niveaux; (ii) de renforcer la prévention à travers le dépistage, volontaire, anonyme et

gratuit, la prévention de la transmission mère-enfant et le renforcement de la sécurité transfusionnelle ; (iii) d'améliorer la qualité de la prise en charge globale (counselling) à travers la mise en œuvre de la prise en charge psychosociale, la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/SIDA et enfin (iv) la poursuite et l'intensification des programmes de sensibilisation et d'éducation-communication.

Le Gouvernement a mobilisé en un temps record, autour de cette planification stratégique auprès de l'IDA un don de 12 millions de dollars, couvrant la période 2003- 2008, pour la lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose.

Cette revue rapide démontre que l'engagement personnel est un critère important, influençant considérablement et la vision et la volonté politique qui vont toutes les deux faire défauts jusqu'en 2001, année qui inaugure une réelle volonté politique affichée au plus haut niveau de l'Etat djiboutien : le Président de la République fait un important discours qui s'adresse directement à la population et donne à son Gouvernement des orientations claires en matière de la lutte contre le sida.



La caravane sur le développement humain était composée d'une quarantaine de personnes, des artistes, des chanteurs, hommes de théâtre appartenant à l'ONG ADAGIO. Ces artistes ont non seulement proposé des chansons de leur répertoire, mais ont aussi présenté au public, des chansons et des sketches en langue somali et afar, selon les régions, portant sur les ODM. Les paroles d'une de leurs chansons disaient : " soit intelligent et suis mon exemple, j'ai toujours 1, 2, 3 préservatifs dans un coin de ma poche ! " Ce message a été bien accueilli, notamment parmi les jeunes.

## 4. LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE EN RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI

### 4.1 UNE NOUVELLE APPROCHE AXÉE SUR LES PVVS

Dans la panoplie d'études conduites en République de Djibouti, contrastant avec les Enquêtes sur les Comportements, Aptitudes et Pratiques (CAP) sur le VIH/sida, le Gouvernement a entrepris en juin 2002 une étude sociologique approfondie visant directement la communauté des personnes vivant avec les VIH/Sida (PVVS) et leur entourage. Menée sur le terrain par une équipe multidisciplinaire de 9 personnes, cette étude a mis au centre de l'analyse les voix des personnes infectées, malades et de leur entourage. Il s'agit d'une première, d'autant plus que la méthodologie de l'étude qualitative s'est basée sur l'intégration de l'expertise d'une personne vivant avec le VIH/sida, qui a eu le cou-

rage de déclarer le premier et publiquement sa séropositivité à Djibouti en fondant une association " Oui à la Vie " regroupant des PVVS.

### 4.2 L'ANALYSE DU SILENCE IMPOSE A DJIBOUTI PAR L'ÉPIDÉMIE

L'Étude qualitative s'est attelée à analyser de manière très fine les refus constatés aux interviews confidentielles et ouvertes. Elle met en exergue la perception sociale du silence et du tabou qui entourent encore l'infection par le VIH et la maladie du sida. Ainsi, il apparaît que les hommes et les femmes, même s'ils adoptent dans cet environnement djiboutien défavorable aux personnes infectées, un mode de gestion secret de leur statut sérologique, divergent fondamentalement sur leur rôle quant à la survenue de l'infection surtout dans le couple. Les hommes apparaissent comme des acteurs piégés par la trop grande



expression de la sexualité alors que les femmes se voient subissant les contre-coups de leurs comportements sexuels qu'elles jugent irresponsables. Ainsi, le sida profite des conceptions rétrogrades au cœur de cette société qui valorise un comportement sexuel expansif des hommes tandis qu'elle fait tout pour endiguer, contrôler et brimer la sexualité soit disant " débordante " des femmes.

L'étude conclut à une émergence de nouveaux types de rapports entre les hommes et les femmes dans cette génération des 20 à 30 ans qui semblent selon les auteurs de l'étude donner un élan nouveau à l'épidémie qui est complètement ignorée. Leur crainte est beaucoup plus la grossesse non désirée : le milieu expatrié et leur fréquentation d'un soir leur paraissent dénués de tout danger. Il y a un décala-

ge important entre les attentes des parents et celles des jeunes filles ; cette béance d'identification pour les jeunes constituant un espace de friction avec les parents que le sida utilise et risque d'exploiter davantage pour faire des ravages au sein de la jeunesse éduquée, sur laquelle le pays et les familles ont investi énormément.

Il y a une autre donnée extrêmement intéressante qui se dégage. Aussi bien les hommes que les femmes, une fois l'infection connue ont le sentiment d'apporter le déshonneur dans la famille, les femmes craignent le rejet familial, la solitude ou l'isolement au sein de la famille alors que les hommes bien qu'éprouvant ces mêmes craintes appréhendent plus le rejet de la société, de la communauté des hommes. En un mot, si les hommes veulent rester dans la communauté, les préoccupations fondamentales des femmes sont de rester dans la famille, de jouir de son soutien et de bénéficier de son respect.

De plus, les hommes infectés et/ou malades investissent les lieux de culte, alors que les femmes cherchent une place éperdument dans la tradition et la famille : son infection pour la famille apparaît comme un coup porté à l'éducation fournie mais au-delà, c'est toute la société qui n'a encore pris conscience que l'infection de la femme ébranle le socle fondamental qu'elle représente en tant que gardienne de l'éducation, de pourvoyeuse de soins aussi bien aux adultes en difficulté qu'aux enfants, bref une perte d'un capital social fondamental.

## **5. LES REPRESENTATIONS " CULTURELLES " DU SIDA A DJIBOUTI**

Selon cette Etude apparaissent six (6) types de représentations. Loin de s'exclure elles se conjuguent entre-elles et permettent de mieux comprendre la dynamique de cette épidémie.

### **5.1 LE SIDA - SANCTION OU PUNITION DIVINE**

Il semble que le sida est interprété à l'aune de l'acculturation, du relâchement des mœurs, du non-respect des per-

cepts des religions monothéistes (islam et christianisme) concernant la transgression de la sexualité, le non-respect des règles du mariage. Cette conception serait répandue en majorité auprès des femmes travailleuses de sexe ou des femmes vulnérables, c'est à dire celles occupant des emplois précaires, les incitant à avoir des rapports sexuels commerciaux ou non (exemple des femmes de ménage). Elles ont le sentiment profond d'avoir été contaminées à cause de la transgression de la bonne conduite familiale et religieuse consistant à préserver la sexualité pour la seule reproduction et dans le seul espace conjugal permis " halal " par opposition à l'espace " Haram ", interdit. Cette différenciation des espaces caractérisés par le permis et le licite débouche sur un lien établi que font ces personnes entre " le mauvais comportement sexuel " et la survenue de cette infection jugée comme une sanction méritée. Cette dernière ne survient pas grâce à la volonté des humains mais de Dieu qui veut mettre la personne sur le droit chemin.

### **5.2 LE SIDA - " MALADIE PAS COMME LES AUTRES "**

Cette représentation exprime un vécu ou une position très fortement véhiculée par les hommes mais aussi par les femmes, qui expriment le refus d'être jugés par les communs des mortels mais seulement par Dieu (qui est clément et ne fonctionne pas, disent-ils, comme un procureur). Il s'agit d'un discours protecteur et apaisant qui correspond à une très forte demande de compassion, de compréhension et de tolérance vis-à-vis de la famille et des amis. C'est souvent le discours des hommes qui plaident pour la non-exclusion de la communauté sociale. Ces attitudes fonctionneraient comme des tentatives de réparation de la faute commise ce qui aide incontestablement l'individu à calmer sa conscience et de rester dans sa communauté religieuse, d'autant plus que la maladie entraîne un face à face avec la mort.

### **5.3 LA CULPABILITE : UNE PLACE DE CHOIX APRES LE DIAGNOSTIC**

Dans la recherche de sens entreprise, la culpabilité occupe une grande partie de la conscience du séropositif et du malade surtout aux tous premiers moments du diagnostic. Ou encore avant même le dépistage que certains ont craint ou craignent parce que ce moment de vérité va faire ressortir la traduction, la réalité de ce que le patient avait fait et qu'il considère comme "illicite". La compréhension ou la prise en compte de ce vécu peut être d'une grande portée pour la prise en charge du séropositif et/ou du malade. En effet, tant que la maladie ou l'infection n'est pas "inscrite" dans des nouveaux réseaux de signification et de prise en charge, la culpabilité continuera à freiner l'élaboration positive du vécu du malade ou séropositif. Elle fragilisera la construction d'un projet de vie avec le virus. C'est le travail de la prévention et de la prise en charge psychosociale que de faire cette "inscription" qui permettra, entre autre, la création d'un environnement favorable pour le respect des droits et des aspects éthiques des personnes infectées et leur entourage.

### **5.4 LA DISSIMULATION DE LA MALADIE : " ELLE EST LA, MAIS JE N'EN PARLE PAS, JE LA CACHE "**

Il s'agit de comprendre selon les auteurs de l'Etude que la dissimulation de la maladie en dehors de la culpabilité n'équivaut pas automatiquement au déni. En d'autres termes, on ne nie pas la maladie parce qu'on la dissimule ou la cache des autres. Deux niveaux d'explications sont avancées pour éclairer cette représentation de l'infection ou de la maladie. Le premier niveau serait la résultante de la prévention prêt-à-porter qui par la bouche des médecins et des professionnels de la santé avait donné un caractère définitif, sans appel à l'énoncé médical : sida = mort. Dans ce cas se disent les personnes infectées /et malades : " à

quoi bon le dire puisque tout espoir est impossible ! " Le second niveau est un enchaînement logique: un tel énoncé sans appel véhiculé pendant deux décennies, par tous les messages de prévention, chez un patient djiboutien saturé d'interprétation culturelle et de recherche de sens va être synonyme de déliaison complète de la personne surtout dans son réseau relationnel. Ce qui équivaldrait à une excommunication de la personne, à son bannissement du champ familial, tribal bref à sa mort sociale plus vivement ressentie que la mort physique. Ici, le religieux a un rôle crucial à jouer dans l'accompagnement digne du malade.

Les leçons tirées de ce vécu sont intéressantes à discuter parce que pouvant influencer tant sur la prévention que la prise en charge du séropositif que du malade du sida. Il y a lieu de souligner que le sida touche l'individu tout en ayant un retentissement relationnel sur l'ensemble de la famille, de l'entourage et des groupes auxquels appartient la personne. C'est pourquoi, il est important de ne pas s'arrêter à la personne contaminée mais la placer dans une relation avec son entourage et la société entière.

### **5.5 LE SIDA - UNE " HONTE SOCIALE "**

Il s'agit là d'un des éclairages puissants apportés par cette Etude qualitative sociale. La majorité des personnes interrogées considèrent cette maladie comme une honte sociale vis-à-vis de la famille. A cette notion de honte sociale s'ajoute un concept de pollution, de souillure : parler du sida publiquement, admettre que l'on est infecté par ce virus équivaldrait à souiller le nom de la famille, à déshabiller ses membres au vu et au su de tout le monde. En parlant de ce virus non seulement l'individu a le sentiment de se désagréger personnellement mais aussi de traîner dans la boue son origine familiale : d'où un secret qu'il s'impose seul ou entouré de ses parents pour faire du virus un secret de famille. Il découle d'une telle représentation une gestion secrète de l'infec-

tion qui exclut tout dialogue avec la famille, les proches y compris les amis, les collègues de travail.

## **5.6 LE SIDA - " MALADIE QUI ISOLE, DISCRIMINE, REJETTE ET EXCLU "**

Il s'agit surtout d'un sentiment d'isolement ressenti plutôt qu'une représentation de l'infection. C'est surtout une conception défendue par les personnes infectées qui ont refusé de collaborer à l'entretien qualitatif proposé par les enquêteurs. Cette perception est intéressante car le sida apparaît comme une maladie qui fait sortir l'individu du réseau complexe de ses relations. Ce n'est pas tant la maladie qui va seulement vulnérabiliser la personne infectée mais c'est surtout cette déconnexion de tout espace religieux, familial et communautaire. Tous ceux et celles qui ne comptent pas annoncer cette infection à leur proche évoquent ou éprouvent un fort sentiment de rejet, de discrimination. Ces termes recouvrent différentes attitudes telles l'accusation, la stigmatisation, la condamnation morale et aussi évoquent des pratiques comme l'évitement, l'ostracisme, un traitement différencié de quelqu'un pour son statut sérologique, sa maladie ou soupçonné en tant que tel. De telles pratiques ont pour conséquence la culpabilisation de chaque personne atteinte, qui vit sa maladie dans le silence et la honte. Elles entraînent en outre l'absence de visibilité sociale des personnes infectées et des malades qui conduit à leur marginalisation.

## **6. L'ANALYSE DES CAUSES, CONSEQUENCES ET IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE**

### **6.1 APPROCHE POUR L'ANALYSE DES SITUATIONS, CAUSES DE VULNERABILITE**

Il est important de mettre l'individu au centre de l'analyse même s'il n'est pas aisé de saisir la dynamique pro-

fonde d'une épidémie comme celle-ci, rapide et changeante, aux causes et conséquences complexes, logée dans l'intimité des individus et en même temps se faufilant dans chaque compartiment des relations humaines, s'insinuant et accentuant les fractures sociales de la société Djiboutienne. Il est crucial de remonter dans l'histoire familiale de l'individu, en le situant tant dans sa famille, son groupe que dans les contextes sociaux ou situations globales susceptibles de traduire des disparités géographiques, d'accentuer les inégalités sociales entre les communautés, les sexes et ainsi favoriser la survenue de l'infection.

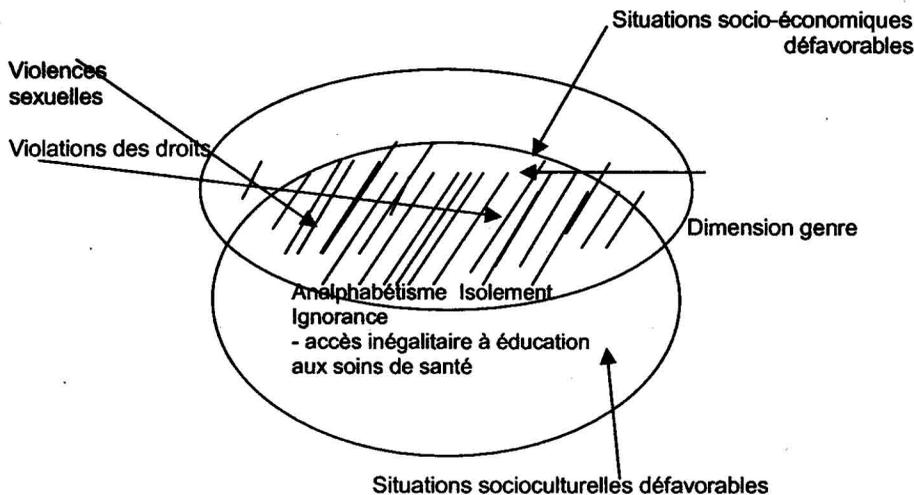
### **6.2 LES DIFFÉRENTES SITUATIONS DE VULNERABILITE AVANT L'INFECTION**

#### **Marginalité sociale et précarité socio-économique**

Elle est au cœur des facteurs favorisant l'expansion et l'enracinement de cette infection. Dans le contexte de la République de Djibouti, le VIH/Sida touche principalement et en priorité : (i) des groupes socio-économiquement vulnérables ; (ii) des personnes déracinées par l'immigration et les déplacements (économique, politique et de problèmes de désertification) et (iii) des groupes marginalisés marqués par le manque d'emploi ou l'absence d'opportunités professionnelles, à savoir les chômeurs, les femmes au foyer et celles exerçant des emplois précaires tels que les travailleuses de sexe, femmes de ménage, journaliers, gardiens, dockers ainsi que les hommes en uniforme, fragilisés par la mobilité et le " pouvoir " tiré de leur uniforme.

Une analyse approfondie met en relief la complexité des situations et des facteurs favorisant la contamination par le VIH /sida développés dans la figure ci-après.

**Figure 8.** Situations de vulnérabilité répertoriées au niveau de groupes de personnes infectées/malades du VIH/sida



Source : Ministère de la Santé, rapport final de l'Etude qualitative sociale sur l'impact du VIH/sida à Djibouti (Juin à octobre 2003)

### Le contexte sous-régional et l'attrait de la capitale

Si les raisons sociales sont, entre autres, à l'origine des facteurs favorisant cette infection, c'est la conjugaison avec des situations économiques, socioculturelles défavorables et des trajectoires individuelles qui accentuent la vulnérabilité des hommes et des femmes dans l'environnement urbain de Djibouti-ville (qui regroupe plus de 75% de la population nationale). Djibouti attire une main d'œuvre caractérisée par des hommes et femmes, seuls ou célibataires, très mobiles, occupant souvent des emplois de gardiens, de chauffeurs ou de porteurs, de femmes de ménage. Souvent jeunes ou dans la force de l'âge, ce sont des catégories sexuellement actives qui constituent des cibles et partenaires privilégiés des échanges sexuels plutôt que des relations sexuelles. Une grande détresse psychologique, morale, économique caractérise ces jeunes filles et des femmes en majorité ; ce qui accentue et impose même l'adoption des stratégies de survie à ces populations déracinées en provenance des pays limitrophes et des zones rurales du pays. Cela nous apparaît comme un des facteurs structurants

les caractéristiques bien enracinées de cette épidémie pas seulement Djiboutienne mais de dimension sous-régionale.

### L'aggravation de la crise socio-économique et financière du pays

Le contexte socio-économique national aggravé par des programmes d'ajustement structurel touchant de plein fouet les secteurs sociaux telles que l'éducation, la santé a favorisé les conditions d'émergence et d'enracinement du sida dans une ville dont les atouts en matière des voies de communication (port, chemin de fer, aéroport, routes en bon état vers l'Erythrée, l'Ethiopie et la Somalie, les voies maritimes vers le Yémen) sont extrêmement favorables à la circulation du virus qui lui n'a pas besoin de passeport.

### Les mutations sociales et le brassage culturel

Il y a des mutations sociales profondes qui se sont opérées dans cette ville-Etat. La proximité tant culturelle que linguistique entre les peuples de la région favorise l'interpénétration des individus et des groupes si bien que l'habitat, le travail, les rites sociaux, la précarité etc.. sont souvent partagés. Dans ce contexte, l'é-

volution des comportements suit des paradigmes sociaux faisant référence plutôt à plusieurs " cultures citadines " lâches, de moins en moins agencées autour des systèmes de référence traditionnelle liés au pastoralisme des habitants du pays, de leurs voisins ou encore à des économies agricoles des migrants déracinés, fuyant la misère, les contraintes d'une vie dominée par la pauvreté et l'espoir, vite déçus, de trouver une vie meilleure. Ces systèmes traditionnellement gèrent la sexualité de manière moins flexible avec un contrôle social plus ou moins strict sur les jeunes individus, des groupes sexuellement actifs producteurs de richesse de la société en général, de la tribu, du clan ou encore des groupements en particulier.

**La dégradation des structures sanitaires et la gestion (politique et médicale) du VIH/sida**

La pression sur le système sanitaire a été constante sans que des

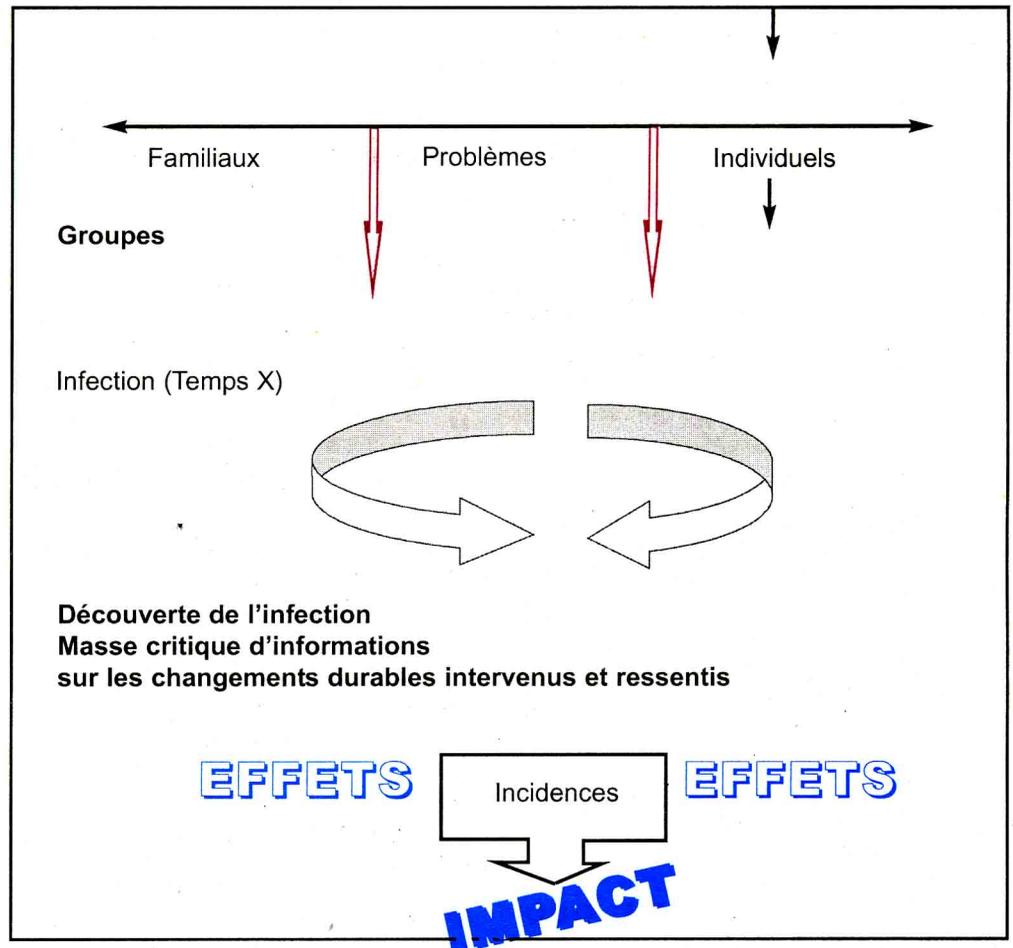
réformes institutionnelles soient concrétisées. Le dysfonctionnement, voire la déliquescence de certains centres médicaux, impuissants face à des maladies tels que le paludisme, les diarrhées ne " voient " pas l'infection à VIH/sida. La dégradation des prestations de services, le manque de formation du personnel médical, une approche trop médicale du VIH/sida caractérisant une réponse nationale sans grande volonté politique ont servi à la fois de lit et d'ingrédients à l'infection à VIH/Sida. Il faut y ajouter l'absence de stratégies performantes de prise en charge des MST/Sida, le paquet dépistage-confidentialité-conseils jamais envisagé dans sa globalité et enfin l'absence d'un environnement favorable aux personnes vivant avec le VIH/sida surtout par un manque de confidentialité du personnel de santé. Tout ceci aurait jeté beaucoup de personnes et groupes dans le silence et le déni, deux facteurs participant à une diffusion souterraine de l'épidémie.

groupes et leurs environnements, débouchant sur une ou plusieurs nouvelles situations. Il n'est donc pas aisé d'apprécier et de mesurer spécifiquement la part qui revient au VIH/sida tellement cette infection accentue et à son tour se trouve favorisée par des situations de précarité ou des facteurs influençant la survenue de l'infection ou des complications entraînées par les conditions créées par la maladie du sida.

## 7.2 EXAMEN DES CHANGEMENTS DURABLES APRES L'INFECTION

Les conséquences et incidences profondes dégagées par l' Etude djiboutienne englobent quatre grands domaines qui sont : (i) psychologique et sociale, (ii) socio-économique et culturelle, (iii) socio-sanitaire et enfin (iv) juridique et socio-éthique. Ces domaines peuvent être regroupés pour faciliter l'analyse et mieux rendre compte de la dynamique de l'infection et de cette maladie qui

**Figure 9.** Situations de vulnérabilité avant l'infection



concernent tous les aspects de la vie humaine. Ajoutons aussi que l'impact peut être négatif comme positif. La décision par exemple d'une travailleuse de sexe, qui, en apprenant son infection décide de changer de métier aura un impact positif d'une part sur sa santé, et lui éviter des situations de surinfection et d'autre part aura un impact potentiel sur la transmission du virus à d'autres personnes.

Cependant cette décision peut entraîner des conséquences négatives sur la stratégie économique de cette personne qui n'a pas d'autres sources de revenu que cette activité.

## 7.3 ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

Ils sont extrêmement importants, surtout lors des premiers moments

dominés par l'annonce du résultat sérologique. Ils ont un retentissement d'autant plus important que la préparation n'ait pas été faite et que l'individu découvre sa séropositivité et/ou sa maladie sans y avoir été préparé. A titre illustratif, mentionnons quelques aspects pertinents comme suit :

- Choc émotionnel terrible et profond susceptible de déstructurer durablement la personnalité ;
- Bouleversement durable de l'individu (tentative de suicide, fuite en avant, dépression, insomnie, etc.);
- Déni de l'infection et ostracisme (silence comme enveloppe de protection ou pour garder le secret) ;
- Isolement total, repli sur soi favorisant des comportements de surinfection ou de surexposition au danger, sentiment d'insécurité, de persécution (peur d'être stigmatisé, du rejet et de la discrimination);

- Sentiments de honte sociale, de culpabilité permanente et d'humiliation ressentie ;
- Angoisse de mort favorisant la venue ou réactivant des maladies psychosomatiques (asthme) ;

Ces aspects sont déterminants dans la gestion de la relation avec les autres (conjoint, famille, entourage, collègues, amis, etc.). Ils pèsent en outre lourdement dans l'élaboration du vécu avec le virus. Ils ont un rôle crucial dans la mise en place des stratégies de riposte ou encore de structuration de la personne, pouvant permettre à chaque individu de s'inscrire ou pas dans un réseau de prise en charge. La prise en compte de ces aspects constitue une valeur ajoutée extrêmement précieuse dans le développement de l'environnement favorable vis-à-vis des personnes infectées et affectées et dans l'organisation efficace de la riposte nationale.

### Encadré 3

#### Cas n° 32, titre de l'entretien : " Le doute ".

Après la découverte de son statut sérologique ce Djiboutien de 40 ans est effondré psychologiquement. Il tente de mettre fin à sa vie avec une arme à feu (il s'agit d'un militaire). La survenue de cette infection bouleverse totalement sa relation avec son épouse et sa famille dont il garde secret son statut sérologique, en allant jusqu'à dire à son épouse qu'il ne souhaite pas l'infecter parce qu'atteint d'un " cancer de sang ".

#### Cas n° 34, titre de l'entretien : " La destinée brisée ".

Dépistée à son insu cette jeune fille de 23 ans s'évanouit et subit donc un choc profond parce qu'en même temps elle comprend pourquoi ses parents qui ont vu les résultats avant elle la regardent avec un tel mépris. Elle soutient qu'elle n'a jamais éprouvé une telle honte de sa vie : elle a comme l'impression de se promener nue publiquement, que sa personnalité se désagrège complètement tant leurs yeux expriment un dégoût de sa personne.

#### Cas n° 31, titre de l'entretien : " Pour me venger de mon père ".

Lorsque le médecin privé délivre sans précaution et de manière scandaleuse les résultats positifs à Mirane (23 ans) qui a passé un test de sérologie au VIH afin de se marier avec son compagnon français, son choc est tellement fort que cette jeune fille a couru plus d'un kilomètre comme une folle tout en pleurant. Elle s'effondre totalement et durablement en se culpabilisant d'avoir exercé depuis 14 ans la prostitution malgré les agressions physiques de sa mère (elle lui a rasé les cheveux) .Elle rattache la survenue de cette infection à l'attitude du père qui a abandonné la famille pour se marier avec une autre femme.

## 7.4 LES ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES

Relever ces aspects est précieux surtout pour comprendre le cycle dans lequel l'infection entraîne l'individu et sa famille : La chaîne des conséquences est d'autant plus dramatique pour la femme que l'infection vient se greffer sur la domination socioculturelle, économique et sexuelle qu'elle subit dans nos sociétés qui exercent une violence sourde contre les femmes.

La survenue d'une infection accentue des difficultés socioéconomiques : engagement des dépenses supplémentaires de santé, tradipraticiens, recherche de sens de la maladie, transports pour ramener nourriture du malade - accroissement de la pauvreté au sein de la famille ; absentéisme et manque d'efforts soutenus pour effectuer un travail régulier ; perte de revenu et accentuation des difficultés économiques et financières ; dépendance totale vis-à-vis des autres- famille, tiers, employeurs, famille élargie- ; réduction de revenu et perte d'autonomie financière ; perte d'emploi au revenu régulier ou constant ; incapacité à s'acheter tous les médicaments ; surcharge d'activités pour nourrir toute la famille ; misère sociale, surcharge familiale, etc.

On peut ajouter à ses aspects, notamment que l'infection peut entraîner la surcharge au niveau des responsabilités familiales ; précipiter la vente de biens ou d'un patrimoine familial : pour prendre en charge les soins du parent infecté ainsi que la perte de l'activité privée (commerciale, secteur non structuré pour les femmes). Sur le plan éducationnel, l'individu et sa famille peuvent faire à des difficultés pour payer les vêtements des enfants; les fournitures scolaires des enfants ou encore entraîner l'abandon des enfants de l'école. Les enfants dont les parents sont malades font souvent face au manque d'information sur le virus et ses conséquences.

L'impact sur les enfants scolarisés peut se manifester dans l'irrégularité des efforts, voir l'effondrement total en classe parce qu'ils sont amenés à s'occuper des parents malades. D'autres conséquences sont à relever sur la structure familiale capable de se disloquer (mésentente familiale ; accusation et suspicion dans les relations familiales) sans oublier de mentionner l'émergence des situations de dépendance et/ou d'aliénation vis-à-vis des autres. L'impact le plus spectaculaire se manifestera par la survenue des orphelins, des veufs/ves ; ce qui entraîne inmanquablement l'absence d'affection et d'un environnement sécurisant pour les enfants comme pour les adultes .

Le niveau , voire la stabilité nutritionnelle tant pour les enfants que pour les adultes sont des aspects jamais pris en compte alors qu'ils concernent l'impact ravageur de cette infection ou de la maladie. L'Etude qualitative sociale conduite à Djibouti démontre sans ambiguïté que les personnes infectées et/ou malades meurent plus de faim que de la maladie elle-même parce que l'infection fait graduellement ressentir que les problèmes nutritionnels peuvent laisser place à une inaccessibilité totale des familles aux aliments tant en quantité qu'en qualité. Ce qui est susceptible d'entraîner une perte sévère de l'équilibre et de la cohésion sociale des individus et familles tombés dans la tourmente de cette infection qui se caractérisent par la dégradation de l'habitat ; les difficultés pour payer les loyers, l'électricité et l'eau ou carrément se trouver sur les trottoirs, entraînant inéluctablement une situation de mendicité et d'errance sociale.

## Encadré 2

2 cas pour illustrer les situations complexes de vulnérabilité mettant au centre non seulement le statut socio-économique de la femme dominée mais aussi et surtout des rapports sociaux fondamentalement inégalitaires vis à vis des femmes, violant constamment leurs droits fondamentaux

### Cas n° 35 ( titre de l'entretien : " La femme en colère " ) :

Bijoux est une jeune femme qui a aujourd'hui 29 ans. Elle poursuivait sa scolarité au niveau du secondaire lorsque sa famille l'arrache à l'école, la marie de force (adolescente) à un homme (plus âgé qu'elle). Enceinte de 6 mois, elle n'a pas d'autres choix que de fuir sa terre natale avec son petit garçon. Elle perd sa portée quand elle débarque à Djibouti et pour survivre, exerce un travail précaire de femme de ménage. Mariée de nouveau, abandonnée alors enceinte de six mois par son mari, elle développe une infection post-partum aboutissant à une tuberculose. Hospitalisée en urgence, elle découvre avec horreur qu'elle est infectée par le virus du sida. Il s'agit pour elle d'un couronnement d'événements dramatiques frappant sa vie de femme depuis son adolescence.

### Leçons pour la dimension genre

Le Virus semble épouser les contours de tous les problèmes de Bijoux et lorsqu'il la frappe, c'est quand elle est épuisée par des problèmes de tout genre insolubles. Alors est-il prioritaire pour elle de se protéger contre ce virus où continuer à vivre dignement, à refuser la pauvreté ? Il y a conflits énormes des priorités et leurs interprétations qui se posent pour l'individu et son groupe. Nous pouvons dire que c'est le cas de la majorité des femmes interrogées. Le virus paraît plus éloigné que le quotidien qui s'impose comme une priorité.

### Cas n° 23 ( titre de l'entretien : " Les cœurs séparés " ) :

Chaklan, Djiboutienne (célibataire de 29 ans) jamais scolarisée, effectue un séjour (3 ans) en France sous tutelle de la famille de son oncle en échange de la garde de leur enfant. Lorsque la famille apprend sa relation amoureuse avec un étranger (Zaïrois) elle est expulsée de France et tous ses papiers confisqués. Arrivée enceinte à Djibouti, elle va donner naissance à une petite fille. Le clan fera tout pour l'empêcher de rejoindre son amoureux. Elle découvre trois ans après son retour forcé, son statut sérologique positif au VIH/sida. Isolée par toute la famille, elle perd son seul revenu (travail de femme de ménage) l'aidant à survivre avec sa petite fille. Ce qui accentue ses conditions d'existence.

### Leçons pour la dimension genre

Fauchée par une tuberculose coriace, incapable de payer le loyer de son taudis et donc expulsée, Chaklan subit-elle le virus plus que la pauvreté extrême qui tout deux envahissent son existence ? Cette imbrication de la pauvreté, de violation des droits de la personne et de la dimension genre est à la fois un faisceau de facteurs accentuant un lit et des ingrédients favorisant non seulement la survenue de l'infection mais des conditions importantes pour une stratégie de silence.

## 7. LA CHAÎNE DES CONSEQUENCES

### 7.1 APPROCHE : EN QUOI CONSISTE L'IMPACT ET SON EXAMEN ?

Dégager l'impact du VIH/sida consiste à en apprécier les incidences en profondeur, peser tous les changements provoqués ou entraînés par cette infection à plusieurs niveaux : individuel, familial, communautaire, sectoriel etc. Dans cette approche, il faut chercher l'impact surtout à partir des conséquences durables sans négliger les

effets instantanés tout en s'intéressant en outre aux stratégies adoptées par les individus, les familles et les groupes face aux incidences conjuguées de cette infection dans leur environnement avec d'autres problèmes pesant sur leur vie de tous les jours.

L'impact, peut être appréhendé à partir du vécu, c'est à dire ce qui est ressentie par les populations, les groupes ou communautés socio-économiques d'où l'importance d'examiner l'ensemble des changements intervenus et ressentis dans la vie des individus, des familles et des

#### Encadré 4

##### Cas n° 15 ; titre de l'entretien : " Zazou ".

Il s'agit d'une jeune femme vivant dans la précarité. Divorcée depuis 4 ans, elle élève un garçon de 4 ans. A cause de son infection, elle a perdu son travail de femme de ménage. Elle dépend pour tout, y compris pour le lait de son enfant, son eau potable et la nourriture, de ses voisins. Elle vit dans un taudis. Au fur et à mesure que l'infection se développe, Zazou s'enfonce dans la pauvreté. Elle décède dans des conditions dramatiques en laissant derrière elle, un petit garçon qui n'a personne pour s'occuper de lui. Son éducation est compromise, pire son existence même est un danger parce que personne ne peut le nourrir (sauf peut-être les voisins).

##### L'impact sur l'individu et l'entourage:

- Perte de son emploi : de la pauvreté, Zazou s'incruste dans la misère totale ;
- Dépendance totale vis à vis de ses voisins (alimentaire , vestimentaire , vêtements, eau, etc.) ;
- Décède et laisse un orphelin sans aucune protection sociale et aucun moyen de survie économique. La communauté (le voisinage est interpellé par le cas de Zazou) tant pour faire la cérémonie mortuaire que par la prise en charge de l'orphelin

## 7.5 LES ASPECTS SOCIO-SANITAIRES

Ce sont généralement ces aspects qui sont pris en compte par la majorité des planificateurs et le personnel en charge de la prévention. Cependant il s'agit de prendre conscience que cette infection souterraine s'enracine, déstructure l'individu, son ressort familial et social pour enfin aboutir à une dégradation de son état de santé. Il est bien évident qu'il s'agit d'un processus dont l'évolution est facilitée par les énormes dépenses économiques et financières pour prendre en charge les problèmes de santé d'autant plus que ces dépenses se font au dépend de la nourriture, de l'éducation des enfants, etc. Les fréquents séjours dans les centres de santé pour des soins pas toujours appropriés rendent l'existence pénible. Il n'est pas rare que la personne malade, alitée ou hospitalisée mobilise plus d'une personne pour s'occuper d'elle ; ce qui entraîne une dégradation inéluctable de la situation économique et financière de la famille.

## 7.6 LES ASPECTS ETHIQUES, JURIDIQUES ET LA DIMENSION FEMININE

De plus en plus, il est indispensable de considérer avec beaucoup d'attentions, les aspects liés à la discri-

mination et de protéger les droits de la personne humaine à l'heure où les conséquences de cette épidémie se conjuguent avec l'aggravation de la pauvreté, indissociable de la lutte contre cette infection si bien que les fractures sociales existantes accélèrent l'infection parmi les plus pauvres. A contrario l'infection à VIH/SIDA appauvrit d'avantage les tranches entières des populations qu'elle jette dans un cycle vicieux : pauvreté, infection, silence, exclusion et discrimination de toutes formes.

La prise en compte des aspects éthiques et juridiques facilite la compréhension des liens étroits entre l'expansion du VIH/SIDA et la pauvreté qui se conjuguent et se renforcent mutuellement pour créer un climat favorable aux discriminations et violations des Droits de la personne humaine. De plus en plus de programmes de développement, pour ces raisons-là, intègrent la dimension relative à la promotion et à la protection des Droits de l'Homme dans toutes les phases de la lutte contre le Sida, en particulier, par tous les acteurs/partenaires et à différents niveaux de la société.

## Encadré 5

### Cas n° 33 ; titre de l'entretien : " Le lion aux ailes brisées ".

C'est un jeune universitaire djiboutien, installé à son compte (commerçant) qui réalise deux dépistages volontaires et apprend son statut sérologique positif au VIH/sida. Issa informe sa famille de sa situation et entreprend une quête de tous les centres et cabinets privés. Pour lui offrir son traitement, la famille vend une maison (un patrimoine) et dépense annuellement un montant de 3 millions FDJ. Sa maladie l'accapare tellement que Issa perd son commerce ; il est obligé de vendre aussi le local de son commerce. Conséquences profondes : il y a un appauvrissement de la famille pour lui offrir sa prise en charge médicale. Sur le plan individuel, Issa perd son indépendance économique, financière et morale et sous tutelle du grand frère qui dirige tout. Cette dépendance est aussi physique car il a développé une tuberculose handicapante qui l'oblige à s'appuyer constamment sur une tierce personne. Toute la famille s'est regroupée autour de Issa.

#### Impact de l'épidémie sur l'individu , sur la famille est réelle, visible:

- Issa vit sous tutelle et dépend totalement et à tous les niveaux de sa famille ;
- Vente de son local de commerce pour se soigner ;
- Vente du patrimoine familial pour les soins ;
- Perte de son emploi de commerçant ;
- La famille s'appauvrit en lui consacrant en plus, une somme colossale annuellement.

## 8. LA DIMENSION FEMININE AU CŒUR DE L'IMPACT DISPROPORTIONNE POUR LES FEMMES

### 8.1 L'AMPLEUR DE LA DISCRIMINATION

Trois questions vont nous permettre de saisir l'ampleur de la discrimination liée à la dimension féminine, notamment vis-à-vis de l'infection des femmes :

- Le désastre provoqué par le Sida serait-il aujourd'hui aussi prononcé si les inégalités sociales se trouvaient moins prononcées dans nos pays en développement ?
- Si un nombre aussi considérable de femmes possédait un contrôle accru sur les questions liées à leur santé reproductive et leur sexualité ?
- Si la gente féminine, ne fût-ce que dans une proportion raisonnable jouissait d'un accès aux différentes opportunités économiques, bref aux ressources disponibles pour ne pas éprouver le besoin de recourir à des activités qui les blessent ou elles se trouvent exploitées, sinon humiliées ?

### 8.2 LA VULNERABILITE DE LA FEMME EXACERBEE PAR LA PAUVRETE ET LES CONFLITS

Bien que le Sida affecte aussi bien les hommes que les femmes, il faut insister encore et inlassablement sur le fait que ces dernières sont plus exposées pour des raisons biologiques, épidémiologiques, économiques et sociales. Une autre évidence acceptée et mise en évidence par toutes les études sérieuses est que l'épidémie est alimentée incontestablement par des situations où les politiques macroéconomiques ont entraîné des fortes disparités et augmentent des inégalités hommes-femmes criantes. Les politiques facteurs d'instabilité et de conflits tant internes qu'entre les pays sont des sources de grands bouleversements entraînant sur les routes et dans les camps une grande partie de nos populations. De tels mouvements massifs entraînent des proportions hommes-femmes inégales chez les déplacés, les réfugiés et les personnes restant dans les zones de conflits.

Si bien que dans les situations de conflit armé, les données disponibles actuellement nous permettent d'avancer que six (6) femmes contre cinq (5) hommes sont séropositives.

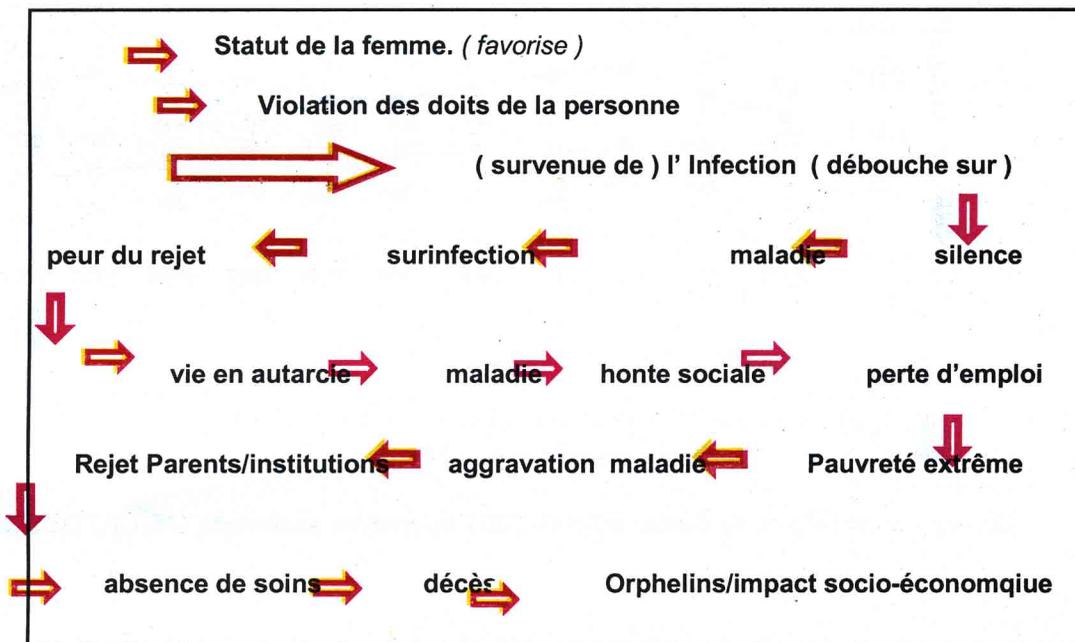
Par conséquent les cadres juridiques et de politique générale existants doivent être examinés à la loupe du genre pour garantir des changements positifs et durables.

### 8.3 LA CHAÎNE DES CAUSES ET DES CONSÉQUENCES POUR LES FEMMES

Ce concept permet d'examiner le cycle infernal qui s'impose aux femmes une fois l'infection contractée et que nous allons illustrer avec le schéma ci-après.

Nous allons conclure au vu de la chaîne des conséquences examinées pour les personnes infectées et /ou malades du sida que l'impact du sida est plus sévère sur les pauvres et en particulier pour les femmes. Il est encore plus accentué lorsque c'est la jeune femme qui est touchée, surtout s'y ajoutent les violations des droits de la personne humaine. C'est au sein de la famille que la situation de la femme se dégrade très rapidement. La violation des droits est moins accentuée pour les hommes, elle existe plus subtilement lorsque son

Figure 10. La chaîne des conséquences sur les femmes



statut social est élevé et manifeste quand il est pauvre. C'est au sein de la communauté que l'homme risque d'être rejetée ; ce qui lui impose une gestion secrète de son infection et/ou maladie dans la société actuellement. Le statut de la femme, lorsqu'elle est travailleuse de sexe impose non seu-

lement le silence et le secret mais en plus un déni de l'infection pour éviter toute discrimination. Ces stratégies adoptées aussi bien par les hommes que par les femmes participent à l'expansion du VIH/sida en République de Djibouti.

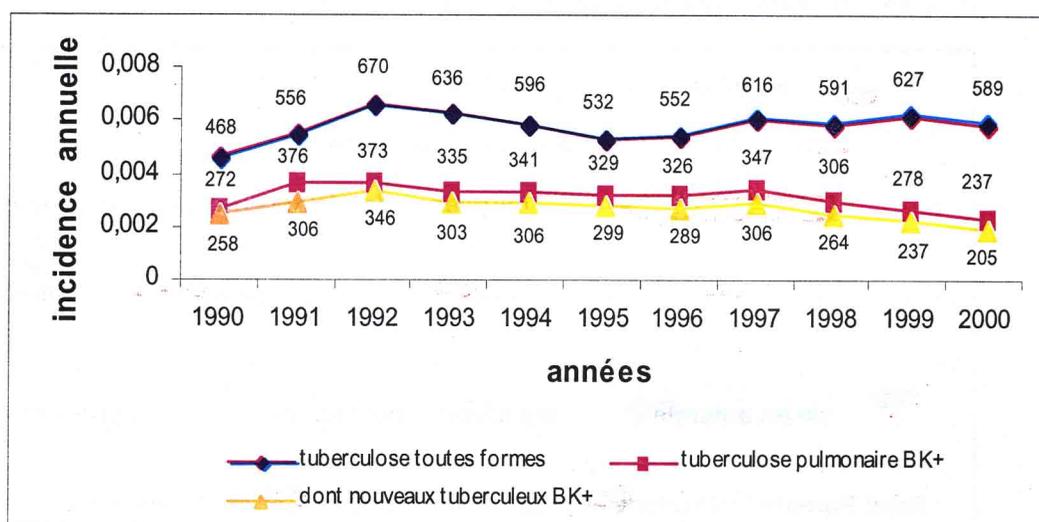
## 2. LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME ET LES MALADIES DIARRHEIQUES

### 1. LA TUBERCULOSE

Au cours de la dernière décennie, le nombre total de cas de tuberculose pris en charge a pratiquement doublé, pour passer de 2 364 en 1990 à 4 230 en 2001. Le nombre total de cas contagieux déclarés a été évalué à 1 586 en

2001. Basé sur une estimation de la population totale de 720 000 habitants en 2001, le taux d'incidence de tous les cas de tuberculose déclarés en 2001 est de 588 cas pour 100 000 habitants (Fig.11) et celle des cas contagieux (pulmonaires à frottis d'expectoration positif) de 220 pour 100 000 habitants. Ces taux sont parmi les plus élevés au monde (Djibouti se place au deuxième rang après le Swaziland) pour le taux d'incidence de la tuberculose.

Fig 11: Evolution annuelle de l'incidence de la tuberculose à Djibouti



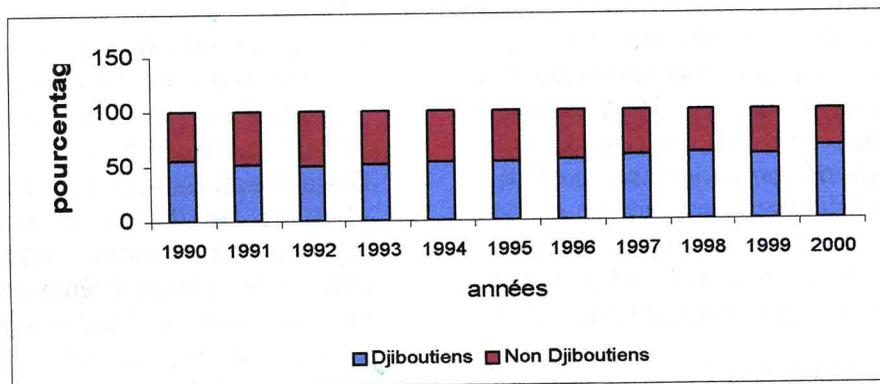
Source : ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES 1994

Le nombre important de patients tuberculeux en provenance des pays voisins d'une part et l'expansion de l'épidémie du VIH/SIDA associé à une paupérisation de la population rendent la situation de la tuberculose à Djibouti plus que préoccupante.

En effet, la proportion de malades tuberculeux (Fig.12), toutes formes confondues, venant des pays voisins, après avoir connu un pic en 1992 (50,2%) connaît une décroissance régulière depuis 1996 pour représenter entre 34 et 40% des 1000 malades auscultés chaque jour à Djibouti ces dernières années. C'est dans les unités de prise en charge de la tuberculose des

districts que la proportion des étrangers est importante (entre 80 et 90% des patients hospitalisés). Ces patients sont originaires essentiellement des régions Afar et Somali de l'Ethiopie, de la Somaliland et rarement de l'Erythrée. Dans ces pays où la prévalence de la tuberculose (BK+) est plus élevée qu'à Djibouti (près de 100 000 cas annuels déclarés en Ethiopie, plus de 20 000 cas estimés en Somalie et plus de 5 000 en Erythrée), les programmes anti-tuberculeux ne sont pas encore totalement implantés, spécialement dans les régions frontalières à Djibouti.

**Fig.12 : Distribution par nationalité des tuberculeux toutes formes confondues dépistés à Djibouti 1990-2000**

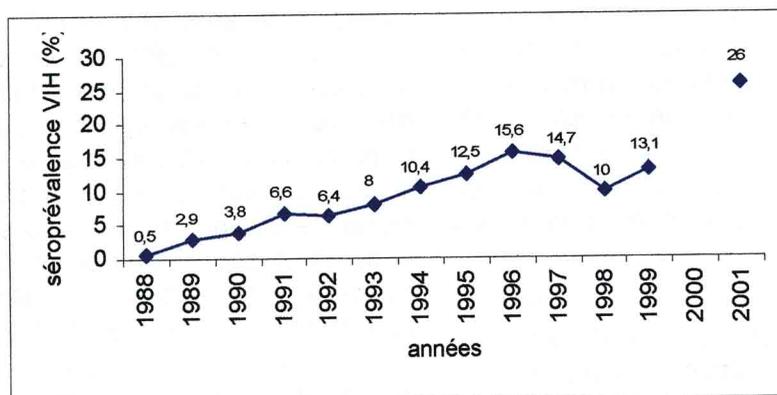


Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES 1994

L'expansion de l'épidémie du VIH/SIDA à Djibouti (prévalence du VIH est d'environ 3%) a lui aussi contribué à l'augmentation de l'incidence de la tuberculose. Chez les tuberculeux, après une croissance constante de 1988 à 1996, la prévalence VIH sem-

blait observer une phase de plateau jusqu'en 1999 (Fig.13). Le taux noté en 2001 (26%), s'il était confirmé, signerait une brutale ascension de l'infection à VIH chez les tuberculeux, aussi devrait-on faire dans les plus brefs délais, une étude afin de le vérifier.

**Fig.13 : Evolution de la séroprévalence VIH chez les patients tuberculeux, 1988-2001**



Source : Ministère de la Santé, octobre 2001 et analyse sectorielle MS/CREDES 1994

Il est communément admis que la pauvreté avec toutes ses conséquences est un des facteurs de la propagation de la tuberculose. Cela se vérifie aussi à Djibouti, comme le montre la répartition géographique des patients selon laquelle 82% des cas de tuberculose toutes formes confondues et 81% des tuberculoses pulmonaires BK+, sont résidents des 9 quartiers les plus pauvres sur les 24 que totalise la capitale.

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, initié en 1984, qui est responsable de la prise en char-

ge des malades tuberculeux, s'appuie sur le centre Paul Faure et deux autres centres de lutte anti-tuberculose dans la ville de Djibouti et au niveau des districts, sur l'unité de tuberculose du Centre Médico-Hospitalier.

La prise en charge de la tuberculose est basée sur un dépistage passif des malades contagieux par l'examen direct de l'expectoration et un traitement standardisé par chimiothérapie de courte durée et il importe de souligner que le traitement DOT (Direct Supervised Treatment) a été généralisé dans tout le pays depuis 1992.

La lutte antituberculeuse est financée à la fois par le budget de l'Etat (salaires et frais courants) et par l'aide extérieure (approvisionnement en médicaments et réactifs, formation continue et supervision technique des activités). Le retrait de la Coopération Française en 2001 qui assurait 64% des frais de fonctionnement du PNLT (hors salaires et frais courants) et 75% des achats de médicaments antituberculeux et réactifs, a fragilisé le programme de lutte contre la tuberculose.

## 2. LE PALUDISME

Le paludisme a été décrit en République de Djibouti pour la première fois en 1901 et à la même époque la présence des anophèles Arabiens a été signalée et malgré cette ancienneté, le paludisme a commencé à inquiéter les autorités sanitaires que vers la fin des années 80.

L'évolution historique du paludisme à Djibouti peut schématiquement être divisée en 3 périodes.

- ✓ 1901-1973 : maladie sous contrôle dans le pays (faible urbanisation, absence des travaux d'irrigation, lutte antivectorielle soutenue pendant la période des pluies) et plus de 80% des cas notifiés étaient en provenance des pays voisins.
- ✓ 1974- 1987. Cette période se caractérise par l'apparition des cas autochtones de type familial d'abord le long des axes de pénétration du pays à partir des pays voisins puis dans les zones urbaines et rurales des districts du sud et dans la capitale. Il faut préciser que c'est durant ces années que des troubles socio-politiques (révolution en Ethiopie, guerres d'Ogaden et d'Erythrée,...) ont éclaté dans la sous région jettant sur les routes plusieurs milliers d'individus dont beaucoup furent accueillis par Djibouti.

- ✓ 1988-à ce jour : depuis 1988 on assiste à une consolidation du paludisme dans les zones déjà affectées et à une propagation de la maladie vers des zones jusqu'alors indemnes. Les récentes épidémies qui ont eu lieu dans le District de Tadjourah (région de Dorra, Kalaf, Sagalou et Adailou) et dans le district d'Obock, régions récemment encore intactes de la maladie témoignent de cette avancée. L'urbanisation incontrôlée (approvisionnement en eau potable inadéquat, système d'évacuation des eaux usées inexistant), le processus de sédentarisation de la population dans les zones rurales (multiplication des parcelles irriguées) et les fréquentes inondations ont contribué énormément à l'endémisation du paludisme en République de Djibouti.

Le nombre de cas de paludisme confirmé, notifié par le système de santé depuis 1991, est présenté au tableau ci-dessous. Cependant, il faut souligner que le faible accès de la population aux structures sanitaires d'une part (dans les régions rurales du pays où le paludisme a le plus de chances de survenir, seule une partie infime de la population a accès aux soins) et les capacités de diagnostic de laboratoire des structures sanitaires de base laissent penser que ce chiffre est sous estimé. La place de plus en plus importante de fièvres d'origine inconnue dans les causes de consultation, notamment dans les centres de santé des districts (troisième place) qui pourraient être des cas de paludisme, témoignent si nécessaire du poids grandissant du paludisme.

La maladie est enregistrée durant

## Nombre de cas de paludisme confirmé, Djibouti, 1991-2001

Années	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de cas	7335	7468	4166	6140	5982	5977	4314	5920	6140	4667	4312

Source : ministère de la Santé, 2001

La maladie est enregistrée durant toute l'année dans le pays avec une recrudescence en période fraîche (octobre-mai) et un pic en février-mars. Toutefois, force est de constater que cette saisonnalité tributaire des pluies diffère d'une région à l'autre et dans les régions du Sud du pays et dans la plaine de Dorra où il y a lieu de distinguer deux périodes de pluie (juillet-septembre et janvier-mars) une première augmentation des cas survient entre septembre-novembre suivi d'une deuxième à partir de février. Toutes les tranches d'âge sont touchées par la maladie, même si les enfants en bas âge et les femmes enceintes déjà affaiblies sont plus vulnérables.

En réponse à l'émergence du paludisme dans le pays, le Ministère de la santé a mis en place un programme de lutte contre le paludisme rattaché sur le plan structurel et fonctionnel à la Direction d'Epidémiologie et d'Hygiène Publique. Les principales stratégies de lutte retenues sont la prise en charge des cas, la lutte anti-vectorielle sélective et la surveillance épidémiologique.

La prise en charge des cas s'est effectuée à travers le réseau de l'offre de soins après avoir mis en place un protocole de traitement et former les personnels à tous les niveaux du système. Les ruptures très fréquentes des médicaments observées ces dernières années associées à l'émergence des souches résistantes du *plasmodium falciparum* compromettent cette prise en charge. Par ailleurs, l'apparition de flambées épidémiques du paludisme dans des zones rurales où la population n'a pas accès au système de santé, contribue à l'augmentation de la mortalité imputable au paludisme.

La lutte anti-vectorielle sélective n'a pas été négligée dans le contrôle du

paludisme durant ces années et elle s'est reposée sur 3 principales activités à savoir la lutte anti-larvaire chimique et biologique (utilisation des poissons larvivores aphanus dispar) la pulvérisation intradomiciliaire dans les zones affectés et les moustiquaires imprégnées. Malheureusement la baisse du budget de la santé opérée ces dernières années a énormément affecté cette activité la rendant tributaire de l'aide extérieure.

Malgré les activités de contrôle menées depuis sa mise en place par le Programme national de lutte contre le paludisme, la situation de cette maladie ne s'est pas améliorée ; les facteurs favorables à la prolifération des moustiques et les conditions socio-économiques du pays compromettant la réponse nationale à ce fléau semblent être responsables de la propagation de cette maladie.

### 3. LES MALADIES DIARRHEIQUES

Les maladies diarrhéiques (Syndrome dysentérique, choléra, fièvre typhoïde, hépatite virale etc.) occupent une place importante dans la structure de morbidité et de mortalité à Djibouti ; elles détiennent la deuxième place des motifs de consultation (12,90%) de centres de santé de base et sont responsables de 9,23% d'admission hospitalière. En terme de mortalité intra-hospitalière, elles ont occasionné 7,7% de décès.

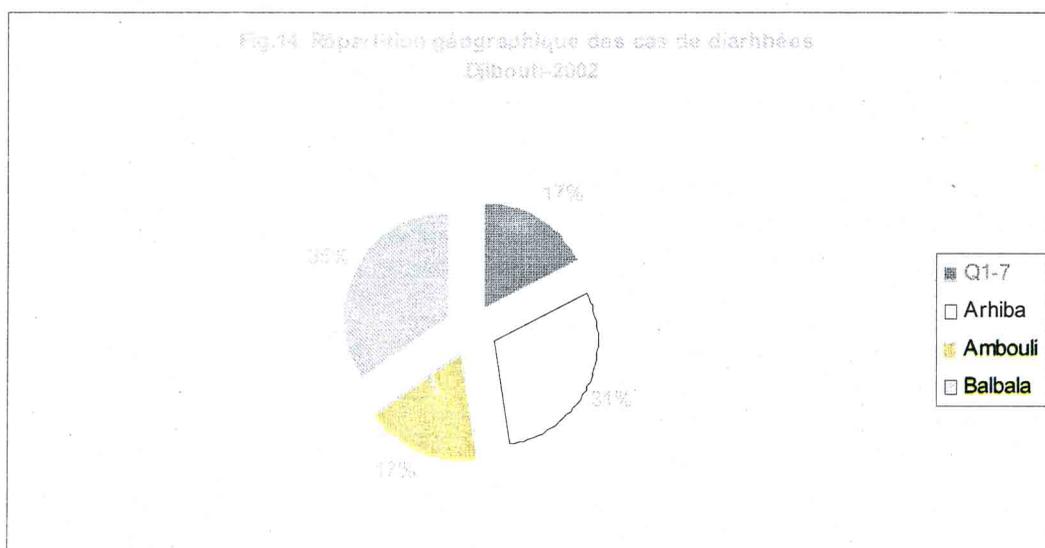
En parlant des maladies diarrhéiques, on ne peut ne pas mentionner le choléra qui est devenu endémique à Djibouti depuis 1997 avec des flambées épidémiques périodiques qui surviennent en général suite à une recrudescence saisonnière des diar-

rhées. La dernière en date qui remonte à Août 2002 a touché 2 345 personnes dont 23% ont nécessité une prise en charge hospitalière avec un taux de mortalité de 3%.

Au cours de ces flambées épidémiques, les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés représentant environ 60% des diarrhées cholériques et plus de 70% de toutes les diarrhées enregistrées.

L'origine géographique de cas montre (Fig.14) que même si l'ensemble des quartiers de la ville de Djibouti sont affectés par les diarrhées, certains sont la cible privilégiée, (la zone de Balbala et le quartier d'Arhiba totalisent les 2/3 de cas de diarrhées enregistrées dans la ville de Djibouti) et ceci de par la présence des facteurs favorisant la propagation de la maladie :

- ✓ Un faible système d'approvisionnement en eau potable, notamment à Balbala où la quasi-totalité de la population est obligée de stocker de l'eau dans des fûts et il a été démontré une contamination se-condaire de l'eau durant ce stockage ;
- ✓ La qualité de l'eau de robinet ne correspond pas toujours aux normes en vigueur comme en témoignent les résultats du laboratoire du service d'hygiène (durant la dernière épidémie du choléra, le test de colorimétrie effectué n'était pas conforme aux normes ;
- ✓ Un système d'évacuation des eaux usées inadéquat (c'est le cas d'Arhiba).



Source : Ministère de la Santé, 2002

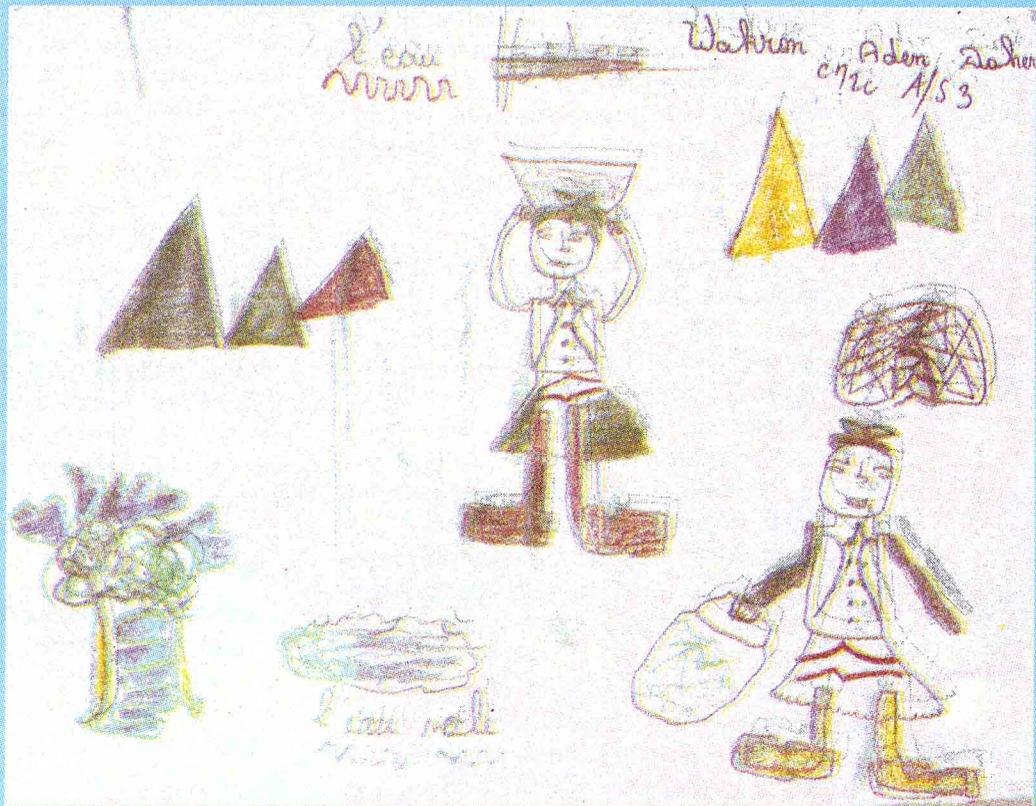
### 3. RECOMMANDATIONS

- Un engagement continu des autorités politiques ainsi que des leaders socio-politiques et religieux mettant la dimension féminine au centre de la réponse nationale s'avère indispensable. Cette dimension doit nécessairement se traduire dans tous les programmes de plaidoyer et de planification stratégique.
- Une réponse nationale élargie à tous les acteurs et intervenants nationaux et internationaux, couvrant à la fois les niveaux local, régional et national nécessite une planification nationale stratégique fixant clairement les objectifs, avec hiérarchisation des priorités, responsabilisation des acteurs, formulation des indicateurs de suivi et d'évaluation. La dimension féminine doit nécessaire-

ment apparaître à tous les stades allant de la formulation, au suivi jusqu'à l'évaluation.

- Une complémentarité intersectorielle entre les secteurs public et privé, la société civile, pour la conception et la mise en œuvre doit être la cheville ouvrière de toutes les stratégies nationales de lutte contre le sida.
- Les questions de genre et de droits de la personne humaine doivent nécessairement apparaître de plus en plus comme un problème central incontournable auquel tous les acteurs et partenaires au développement doivent accorder l'importance qu'il faut. Les autorités nationales et ses partenaires doivent nécessairement prendre conscience que depuis le début de l'épidémie, les Personnes Vivant avec le

VIH/SIDA n'ont bénéficié d'aucun soutien de la société alors qu'ils font face à des multiples problèmes d'ordre sanitaire, social, psychologique, juridique et économique. D'où l'importance de multiplier les débats, les discussions et témoignages accordant une large place aux questions relatives à la protection de l'individu, à la compensation, à l'éthique et la garantie des droits humains des Personnes Vivant avec le VIH/Sida et leurs dépendants, tout en étant sensibilisé en ce qui concerne les préjugés sur les questions de " Genre " qui sont plus accentués du fait que les femmes infectées subissent les conséquences du rejet nettement plus disproportionnées que les hommes.



**Assurer l'environnement durable**

## **CHAPITRE 6- PRESERVER L'ENVIRONNEMENT AFIN D'AMELIORER LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DES FEMMES**

Depuis les années soixante-dix, la communauté internationale est préoccupée par les conséquences néfastes résultant de la dégradation de l'environnement, qu'il s'agisse de l'épuisement prévisible des ressources naturelles ou des problèmes engendrés par la pollution d'origine industrielle. Cette prise de conscience s'est traduite par la création d'un nouveau concept qui prend en compte à la fois les exigences d'un développement économique et la nécessité de la préservation de l'environnement : c'est le concept du développement durable utilisé pour la première fois dans le Rapport de la Commission Brundtland intitulé Notre Avenir à tous.

À Djibouti, la reconnaissance du caractère capital de la prise en compte de la dimension environnementale du développement économique date des années quatre-vingt-dix, suite à la publication du Rapport National sur l'Environnement préparé à l'occasion du Sommet de Rio. Depuis cette période la protection de l'environnement est considérée comme une priorité nationale dans tous les documents exprimant la stratégie gouvernementale en matière de développement. Conformément à cette orientation un Ministère chargé de l'Environnement a été créé en 1993. Sous l'impulsion de ce Ministère de nombreux documents de planification dans le domaine de l'environnement ont été élaborés : Plan d'Action National pour l'Environnement (PANE), Stratégie et Programme d'Action pour la Conservation de la Diversité Biologique, Programme National de lutte contre la Désertification, la Communication Nationale Initiale sur les Changements Climatiques.

Dans les politiques et les stratégies de l'environnement, la dimension féminine est rarement prise en compte. Or, les femmes, non seulement sont les premières victimes de la dégradation de l'environnement tant dans le milieu

rural qu'urbain, mais elles ont aussi un rôle primordial à jouer dans la gestion des ressources environnementales.

### **6.1 LA CORVEE D'EAU : UNE TACHE PENIBLE RESERVEE AUX FEMMES**

L'accès à l'eau potable constitue l'un des problèmes majeurs de développement humain durable à Djibouti. L'approvisionnement en eau potable se fait généralement dans des conditions difficiles. Les seules sources d'eau disponibles sont les nappes souterraines et les oueds, qui subissent les contraintes de l'aridité du climat, de la faiblesse de la pluviométrie et des remontées du biseau salé issu du voisinage de la mer. Toutefois, certains aménagements des oueds peuvent contribuer à l'amélioration d'eau disponible. C'est le constat qui est fait dans le Schéma Directeur de l'Eau adopté par le Gouvernement en 1999. Ce document définit trois niveaux d'intervention dans le domaine de l'eau : la capitale, les villes secondaires et le milieu rural.

La rareté ou l'indisponibilité de l'eau en quantité suffisante et en qualité satisfaisante freine, d'une part, considérablement le développement durable sur l'ensemble du pays et aggrave, d'autre part, la difficile condition de vie des groupes vulnérables. A cela s'ajoute le fait que les disparités dans l'accès à l'eau potable sont énormes et sont liées au niveau de vie de la population (pauvres extrêmes, pauvres et non pauvres) et à la zone géographique (centres urbains et zones rurales).

D'un point de vue social, les corvées d'eau, tant en milieu urbain que rural, sont exclusivement réservées aux femmes et se traduisent par des conséquences désastreuses sur le plan économique, éducatif et sanitaire (distances parcourues, temps consacré, charge élevée).

Les femmes ont en effet traditionnellement la responsabilité de l'alimentation en eau potable des ménages. Ainsi, dans le milieu rural, elles doivent parcourir quotidiennement des distances considérables (jusqu'à 10 à 15 kilomètres) pour ramener soit sur les dos des ânes soit sur leur dos des outres ou des bidons chargés d'eau. Les femmes vont parfois chercher de l'eau dans des endroits escarpés au péril de leur vie. Elles sont souvent amenées à escalader des pentes raides qui rendent particulièrement pénible le transport de l'eau.

Cette corvée d'eau constitue une tâche pénible qui s'ajoute à d'autres tâches ménagères aussi difficiles. Par ailleurs, les puits traditionnels n'étant pas protégés, la mauvaise qualité de l'eau est à l'origine de nombreuses maladies hydriques, notamment chez les femmes et les enfants.

Globalement l'EDAM-IS2 montre que 4,6% des individus sont privés d'accès à l'eau potable; ce taux est

généralement faible à Djibouti-ville (moins de 4%). Il peut être cependant très élevé dans les districts de l'intérieur, où il passe de 5% à Ali-Sabieh à 21% à Dikhil, 27% à Obock et 46% à Tadjourah.

Les modalités d'approvisionnement en eau sont très variables d'une zone à l'autre. A Djibouti-ville, le branchement est la modalité d'approvisionnement la plus importante. Toutefois, près de 48% des ménages s'approvisionnent à partir de branchements effectués chez les voisins, reflétant ainsi la grande désorganisation du système de distribution et de commercialisation de l'eau et les problèmes institutionnels et de gestion énormes auxquels l'ONED doit faire face. Une large proportion des ménages du premier et du deuxième quintiles s'approvisionne auprès de fontaines publiques et de camions citernes à des prix de 4 à 6 fois supérieurs au prix de l'ONED.

Dans les autres centres urbains, l'approvisionnement à partir de fon-

**Tableau 6.1 - Les points d'eau en République de Djibouti**

Localités	Forages	Puits	Sources	Mares	Gueltas
Djibouti	63	243	0	0	0
Ali-Sabieh	42	83	5	0	0
Dikhil	29	68	25	3	16
Tadjourah	25	23	43	21	7
Obock	19	50	13	0	1
Total	178	467	86	24	24

Source : Plan d'Action National pour l'Environnement

taines publiques est la modalité dominante. En zone rurale sédentaire, près de 30% des ménages s'approvisionnent à partir de puits traditionnels dans de mauvaises conditions d'hygiène.

Dans les villes secondaires ou dans les quartiers pauvres de la capitale, ce sont des femmes qui vont chercher de l'eau aux bornes fontaines. Elles doivent transporter jus-

qu'à leurs domiciles des récipients de toute sorte remplis d'eau. Dans les quartiers où les coupures d'eau sont fréquentes, les femmes doivent se lever tard dans la nuit pour aller chercher de l'eau.

Si la rareté de l'eau représente un fardeau pour les femmes qui sont contraintes de parcourir de longues distances pour approvisionner le foyer en eau potable, ces dernières

## ENCADRE 6.1

### Contraintes en matière d'assainissement

- une contrainte institutionnelle : absence de structure autonome (disposant des moyens financiers nécessaires à l'entretien des ouvrages), éparpillement (balayage des caniveaux à ciel ouvert par les services techniques de la voirie) voire duplication des actions (cas de la voirie urbaine) ;
- une contrainte financière : défaut de politique adéquate de financement pour la création ou le renouvellement des infrastructures ;
- une contrainte géographique : développement des quartiers d'habitations sur des sites dont les caractéristiques physiques sont peu favorables au drainage des eaux (absence de dénivelé et niveau de terrain proche de celui de la mer) ;
- une contrainte sociale : absence de participation des pollutions bénéficiaires à l'entretien des ouvrages, surexploitation chronique des ouvrages et négligences nombreuses.

Source : Plan Triennal (2002-2004) du Ministère de l'Habitat et de l'Environnement

L'étude stratégique du plan d'assainissement de la ville de Djibouti financée par la Banque Africaine de Développement (BAD) est actuellement en cours d'exécution. Cette étude devrait permettre de mieux cerner la problématique de l'assainissement.

Les femmes peuvent jouer un rôle substantiel dans l'amélioration de la situation de l'assainissement dans les centres urbains. Souvent l'existence des flaques d'eau noirâtres et nauséabondes dans les quartiers est due au fait que les canalisations d'évacuation des eaux usées sont obstruées par des objets solides. Or, les femmes peuvent réduire ce problème en veillant à ce que les objets solides ne soient pas jetés dans les toilettes. Seules les mères de familles ou les employées de maison omniprésentes dans les foyers, peuvent assurer cette surveillance. Pour qu'elles puissent remplir efficacement cette mission une campagne spécifique de sensibilisation doit leur être destinée.

### 6.3 LES FEMMES ET LA GESTION DES DECHETS SOLIDES

La présence des déchets solides constitue l'une des principales causes de la dégradation de l'environnement urbain, notamment dans la capitale où l'on produit quotidiennement près de 400 tonnes de déchets solides (essentiellement des ordures ménagères) en moyenne : 265 tonnes proviennent du

centre et 130 tonnes du quartier périphérique de Balbala, et environ 5 tonnes du reste du district de Djibouti. La collecte des déchets se fait essentiellement sous deux formes :

- le porte à porte : neufs secteurs de collecte ont été définis suivant un plan de parcours bien précis avec des points d'arrêt tous les 50 ou 100 m ;
- les points de dépôts : des conteneurs de 6 m<sup>3</sup> et de 9 m<sup>3</sup> sont déposés près des marchés publics, dans les quartiers à forte densité, dans les quartiers peu desservis par le précédent système de porte à porte ou chez certains producteurs privés ayant des contrats de collecte avec le District.

La défaillance du système de collecte entraîne comme conséquence la multiplication des décharges sauvages qui contribuent à renforcer l'insalubrité dans la capitale avec des impacts très négatifs sur l'environnement et la santé humaine. L'apparition fréquente des épidémies (choléra, paludisme, fièvre dengue) est souvent liée à l'amoncellement des ordures ménagères dans les différents quartiers de Djibouti-Ville. Cette situation a un impact négatif sur la situation sanitaire de la population urbaine et plus particulièrement sur les familles à revenu faible, sur les femmes, les personnes âgées et les enfants.

Djibouti étant un pays faiblement industrialisé, la plupart des déchets solides provient des ménages. Les mères de familles ou les employées de maison peuvent contribuer à améliorer la collecte des déchets solides. Dans certains quartiers, les associations de femmes s'acquittent honorablement de cette tâche. Mais ces associations

féminines manquent souvent de moyens pour agir efficacement et durablement pour l'amélioration de l'environnement urbain. Une campagne de sensibilisation ciblant en priorité les femmes et une aide matérielle et financière permettront à la population féminine d'améliorer la collecte et le transport des déchets solides.

#### ENCADRE 6.2

##### Douda : une décharge non contrôlée et fortement dégradée

Sur les 240 tonnes produits quotidiennement, près de 150 tonnes (soit 62%) sont directement mis à la décharge. Il n'y a ni tri ni traitement préalable. L'incinération n'est pratiquée que de façon sporadique et ne concerne généralement que de petites quantités de déchets mixtes (ordures ménagères, papiers cartons) produisant des fumées sans danger. Celles-ci peuvent être toxiques lorsqu'elles émanent de l'incinération illicite de déchets industriels spéciaux (pneus, huiles). La décharge de Douda, située à 9 kilomètres du centre-ville et créée en 1996, est la seule décharge exploitée. Mais, depuis le début des années 1990, son fonctionnement et sa gestion sont de plus en plus aléatoires, si bien qu'elle ressemble aujourd'hui beaucoup plus à un simple dépotoir public qu'à une décharge contrôlée. Une première tranche exploitée jusqu'en 1995 a accueilli près de 200 000 m<sup>3</sup> de déchets. La deuxième tranche de casiers entamée devrait être saturée d'ici une quinzaine d'années, après quoi, la recherche de nouveaux sites de décharge s'imposera. La décharge de Douda représente une menace de pollution pour la nappe phréatique en raison d'un sol étanche composé de limons et de madrépores (lixivitas suite à la montée des eaux dans les oueds, inondations des casiers et infiltrations). A l'heure actuelle, seule une teneur supérieure aux normes en manganèse a été constatée (d'après des analyses de l'eau de la nappe exécutées par l'ISERST). Des groupes de "récupérateurs" composés essentiellement d'immigrés se sont installés de manière anarchique sur la décharge. Ils prélèvent divers matériaux (métaux, chiffons, plastiques, bois, etc.).

Source : Plan d'Action National pour l'Environnement

#### 6.4 LA RECHERCHE DE BOIS DE CHAUFFE : UNE CORVEE INSOUTENABLE POUR LES FEMMES

Dans le milieu rural, les femmes sont obligées de parcourir quotidiennement plusieurs kilomètres pour procurer au foyer le bois, seule source d'énergie à leur disposition. C'est chargées de lourds fagots de bois de chauffe qu'elles retrouvent leur foyer après avoir coupé péniblement des épi-

neux asséchés. La corvée de bois est, avec celle de l'eau, l'un des fardeaux qui sont traditionnellement réservés aux femmes. En 1985, les quatre districts ruraux (hors villes) ont consommé près de 22 500 tonnes de bois, ce qui représente 1 875 000 fagots de bois et un fagot représente en moyenne 12 kilogrammes. La recherche de l'énergie constitue donc pour les femmes un lourd fardeau.

TABLEAU 6.2 - Evolution de la demande par type d'énergie

TEP	1985	1990	1995	2000
Hydrocarbures	48 263	57 193	67 807	80 473
Electricité	12 018	14 113	16 781	20 263
Biomasse	11 017	12 818	14 179	15 599
Total	71 298	84 124	98 767	116 335

Source : Communication Nationale Initiale sur les Changements Climatiques

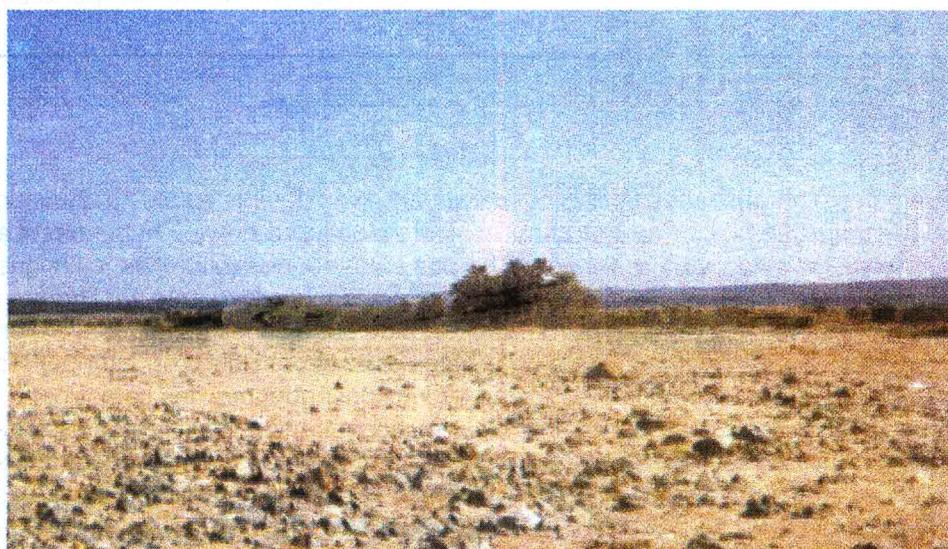
Les femmes doivent non seulement aller chercher du bois de plus en plus loin, mais une fois installées dans leur cuisine, elles sont aussi vic-

times de la pollution de l'air engendrée par la fumée que dégage le bois utilisé comme source d'énergie.

**TABLEAU 6.3** - Consommation annuelle d'énergie pour la cuisson (en tonnes), 1985

Energie	Djibouti ville	Ali-Sabieh		Dikhil		Tadjourah		Obock	
		urbain	rural	urbain	rural	urbain	rural	urbain	rural
Bois	3300	470	8300	350	6600	750	5700	230	1900
Charbon de bois	1126	52		35		20		17	
Kérosène (m <sup>3</sup> )	10231	759		400		228		198	
GPL	397								

Source : Plan d'Action National pour l'Environnement



La situation des femmes dans les centres urbains n'est pas meilleure puisque l'utilisation des réchauds à kérosène pour la cuisson entraîne

également la pollution de l'air, causant des troubles respiratoires aux ménagères surtout au moment de l'extinction de ces derniers.

### ENCADRE 6.3

#### L'énergie propre: un atout pour le développement durable

La possibilité d'atteindre les objectifs de développement du millénaire concernant l'éradication de l'extrême pauvreté, la promotion de la femme, la réduction de la mortalité infantile et la viabilité de l'environnement dépendra, dans une large mesure, de la façon dont la société abordera les problèmes de la production d'énergie, de son utilisation et de sa disponibilité. Les pratiques courantes ont un impact de plus en plus fort sur la santé de l'homme et sur l'environnement du fait du réchauffement de la planète et de la pollution atmosphérique, alors que le manque généralisé d'énergie abordable perpétue la pauvreté et l'inégalité entre les sexes. Plusieurs pratiques d'utilisation de l'énergie dans le monde en développement nuisent à l'environnement et à l'homme. Le ramassage de bois de feu, par exemple, est bien souvent la cause de la dégradation des terres et le fait de le brûler dans les foyers, celle des troubles respiratoires. On estime que, dans le monde, la pollution de l'air est à l'origine de 5 pour cent des maladies. Ceci n'est pas dû seulement à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. La dépendance de la société des combustibles fossiles pour la production d'électricité et les transports pollue l'atmosphère. Elle contribue aussi au réchauffement de la planète qui, comble de l'ironie, affectera le plus ceux qui contribuent le moins au problème.

Source : Rapport mondial sur l'environnement, PNUE, 2002

## 6.5 LA PREVENTION DES CATASTROPHES : UN ENJEU CRUCIAL POUR LE PAYS

Depuis son accession à l'indépendance, la République de Djibouti a subi plusieurs fois les effets négatifs de nombreuses catastrophes naturelles ou d'origines humaines. Les principales catastrophes auxquelles est confronté le pays, de manière récurrente et à des échelles de gravité variables, sont les sécheresses, les tremblements de terre, les inondations et l'afflux de réfugiés.

### 6.5.1 Les sécheresses

A l'instar des autres pays de la Corne d'Afrique, Djibouti est confronté à des sécheresses chroniques. La sécheresse n'est pas uniquement due à des facteurs climatiques, mais elle résulte également de l'impact négatif des activités humaines sur l'environnement : la surexploitation des ressources en eau, le surpâturage, le déboisement constituent des facteurs aggravants.

La sécheresse a pour conséquence l'appauvrissement de la population

#### ENCADRE 6.4

##### Crises environnementales

Les catastrophes ayant des conséquences écologiques frappent avec de plus en plus d'ampleur, de complexité et de fréquence et elles prélèvent un tribut toujours plus lourd en vies humaines. La liste des catastrophes potentielles est longue et variée, allant des catastrophes naturelles telles que tremblements de terre, inondations et éruptions volcaniques, aux accidents provoqués par l'homme et d'origine technologique tels que les déversements de pétrole et de substances chimiques. Si l'on ne peut prévenir tous ces événements beaucoup sont prévisibles et il est possible d'en atténuer les effets. Le PNUE est de plus en plus souvent appelé à examiner les conséquences des catastrophes pour l'environnement, avant qu'elles se produisent et après, à recommander des stratégies susceptibles de rendre l'homme moins vulnérable. En 2002, le PNUE a apporté ses compétences environnementales à l'équipe des Nations Unies chargée de l'évaluation et de la coordination en cas de catastrophes et, en collaboration avec OCHA, il a aidé à mobiliser et à coordonner l'aide internationale d'urgence dans de multiples crises environnementales. L'éruption volcanique dans la République Démocratique du Congo (janvier), l'explosion d'une décharge de munitions au Nigeria (janvier), un déversement de substances chimiques dans le port de Djibouti (février) et la rupture d'un barrage en Syrie (juin) sont quelques exemples de crises environnementales.

Source : Rapport mondial sur l'environnement, PNUE, 2002

rurale. Les cycles de sécheresse se traduisent par l'augmentation du taux de malnutrition chez les groupes vulnérables : femmes enceintes ou allaitant, les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées, les malades. Les sécheresses provoquent le tarissement de nombreux points d'eau et aggravent par conséquent la disponibilité d'une eau potable aussi bien pour l'homme que pour les animaux domestiques.

### 6.5.2 Les tremblements de terre

Le tremblement de terre de 1973 est celui qui a été le plus violemment ressenti au cours des quatre dernières décennies. Le réveil du volcan

Ardoukoba en 1978 s'est également accompagné de violentes secousses telluriques. Depuis le pays est soumis à des tremblements de terre dont la fréquence et l'intensité varient dans le temps. Il est important de noter que l'intensité maximale sur l'échelle de Richter n'a jamais dépassé 7.

Les tremblements de terre provoquent parfois d'importants dégâts matériels, mais ils n'ont jusqu'à présent pas entraîné de pertes humaines. Toutefois, il est inquiétant de constater que l'on ne respecte pas toujours les normes de construction antisismiques et les plans d'urbanisation très stricts qui interdisent les constructions au-

delà d'une certaine hauteur ainsi que sur les zones à risque.

Toutefois, l'urbanisation accélérée dans la capitale s'est traduite par une extension de la ville au nord par le remblayage des terrains gagnés sur la mer et au sud vers l'oued Ambouli. La construction dans ces zones à risque représente un danger pour la population si un séisme de même magnitude que celui de 1973 devait se produire.

Les conséquences d'un tremblement de terre à magnitude élevée risquent d'être dramatique pour la population en général et les femmes et les enfants en particulier. Il est donc essentiel de mettre en place une véritable politique de prévention.

### **6.5.3 Les inondations**

Le pays connaît régulièrement des inondations qui constituent un risque énorme pour la capitale où une bonne partie des habitations est construite sur une plaine alluviale inondable. Certaines villes de l'intérieur du pays, en particulier Tadjourah, sont également menacées par des inondations provoquées par des pluies diluviennes.

Les inondations de 1989, 1994 et 1997 qui avaient touché l'ensemble des districts, à des degrés divers, sont considérées comme les plus dévastatrices que la République de Djibouti ait connu depuis l'indépendance. Les inondations de 1994 sont sans conteste celles qui ont causé le plus de dégâts. On a dénombré plus de 105 morts et les dégâts matériels ont été estimés à 39 milliards de Francs Djibouti, une somme supérieure au montant annuel du budget national.

Les femmes vivant ou exerçant des activités économiques dans des zones inondables subissent les effets néfastes des inondations qui représentent un danger tant pour leurs biens que pour leurs vies. Il en va ainsi pour les femmes agricultrices de la berge d'Ambouli ou pour les nombreuses commerçantes qui exercent leurs activités dans la rue sans aucune protection.

### **6.5.4 L'afflux des réfugiés**

La République de Djibouti a été confrontée dès le lendemain de son accession à l'indépendance à l'afflux massif des réfugiés fuyant des guerres et des famines dans les pays limitrophes. On peut relever plusieurs dates importantes dans l'afflux des réfugiés sur le territoire national : 1977 (Guerre de l'Ogaden), 1988 (Guerre civile en Somalie), 1991 (la chute du régime de Mengistu), 1998 (Guerre éthio-érythréenne).

Les différents flux migratoires ont eu pour conséquence la dégradation rapide des structures sociales de base : dispensaires, systèmes d'assainissement, réseaux d'approvisionnement en eau potable, habitat, système de collecte des déchets solides.

Selon les estimations officielles, les femmes constituent près de 70% de l'ensemble des réfugiés. Aussi elles sont confrontées à toutes les vicissitudes liées à la condition des personnes déplacées. Les femmes réfugiées ne disposent ni d'un toit ni d'un système d'assainissement, elles sont victimes de la malnutrition et des maladies diverses liées au manque d'hygiène et à la dégradation de l'environnement. Ces femmes ayant quitté leurs foyers complètement démunies doivent élever seules leurs enfants dans des conditions très difficiles. Une attention particulière doit donc être accordée à la situation de ces femmes et de leurs enfants à la fois par les autorités nationales et par les organisations internationales.

## **6.6 COMBATTRE LA PAUVRETE POUR PRESERVER LES RESOURCES NATURELLES**

En dépit de sa superficie réduite et de la rigueur de son climat, la République de Djibouti possède une riche diversité biologique. Le pays compte 826 espèces de plantes et 1417 espèces animales. On rencontre également à Djibouti des écosystèmes remarquables : forêt de Day, forêt de Mabla, forêts de mangrove de Godoria et de Khor Angar,

récifs coraliens, etc. Cette diversité biologique est menacée sous l'effet conjugué des actions anthropiques et des changements climatiques planétaires. Le déboisement et le surpâturage constituent les principales causes humaines de la désertification qui représente une menace pour les ressources environnementales. A cela s'ajoutent des facteurs climatiques tels que les érosions hydrique et éolienne.

Les ressources naturelles sont également menacées à long terme par des changements climatiques planétaires. A Djibouti, les conséquences des changements climatiques prévisibles seront particulièrement néfastes dans deux domaines : les ressources en eau et la zone côtière. La baisse des précipitations et l'augmentation de l'évapotranspiration vont entraîner de façon inéluctable une réduction de la recharge des nappes phréatiques. Dans ces conditions, l'alimentation en eau potable de la population va devenir un problème aigu.

La raréfaction des ressources en eau va détériorer les conditions de vie des femmes puisque ces dernières seront contraintes de parcourir des distances de plus en plus éloignées pour procurer de l'eau à la famille.

Dans la zone côtière, l'élévation du niveau marin résultant des changements climatiques représente une menace sérieuse. Djibouti-ville dont une grande partie des quartiers se situe à un niveau proche de la mer est menacée aussi bien par les inondations que par l'augmentation du niveau de la mer.

L'augmentation de l'ampleur et de la fréquence des inondations entraînera des conséquences dramatiques pour les femmes vivant dans les zones menacées par ces deux phénomènes climatiques. Beaucoup de femmes risquent de voir leur source de revenus anéantie par les conséquences néfastes des changements climatiques. Ainsi les agricultrices exerçant leur activité aux abords de l'oued Ambouli subiront la disparition des terres arables sous l'effet conjugué des inondations et de l'infiltration des eaux salées résultant de l'augmentation du niveau de la mer.

Dans le milieu rural, les femmes exerçant l'activité d'élevage verront la disparition progressive des pâturages de leur cheptel à cause de l'augmentation de la fréquence des sécheresses et de la faiblesse de la pluviométrie, phénomènes résultant des changements climatiques globaux.

Djibouti subira les effets des changements climatiques même s'il ne contribue que très faiblement à ces phénomènes climatiques. Les études ont montré que les émissions et les absorptions des gaz à effets de serre (GES) restent relativement faibles grâce à une population réduite, une activité industrielle très limitée et un faible couvert végétal qui permet néanmoins d'absorber la totalité des émissions de GES. Djibouti est donc parmi les puits de GES. L'absorption de GES rapporté par tête d'habitant en 1994 est l'équivalent de 164 kilogrammes ECO2/hab/an.

**TABLEAU 6.4 - Les émissions et les absorptions totales en République de Djibouti (ECO2)**

Secteurs	Absorption	Emissions			Emissions totales
	CO <sub>2</sub>	CO <sub>2</sub>	CH <sub>4</sub>	N <sub>2</sub> O	Gg ECO <sub>2</sub>
Energie		274.16	0.63		274.79
Agriculture			205.8	0.57	206.37
Forêt	- 2 446.42	1 764.47	71.82	6.2	- 603.93
Déchets			29.61		29.61
Total	- 2 446.42	2 038.63	307.86	6.77	- 93.16
	- 2 446.42		2353.26		

Source : Communication Nationale Initiale sur les Changements Climatiques

Il existe un lien étroit entre la pauvreté et la dégradation des ressources naturelles. On se trouve devant un cercle vicieux selon lequel la pauvreté accentue la dégradation de l'environnement et inversement la dégradation de l'environnement aggrave la pauvreté. Ainsi les femmes pauvres s'adonnent au déboisement pour obtenir le bois de chauffe ou pour tirer un revenu de la vente de bois de chauffe mais ce faisant elles provoquent le déboisement qui est l'une des causes de la désertification. Dans le milieu rural, les femmes tirent souvent leurs subsistances de la consommation et de la vente des produits naturels (élevage, pêche, miel, charbon de bois, etc.). La dégradation des ressources environnementales entraîne l'aggravation de la pauvreté pour les femmes puisque les produits naturels se raréfient. Au sein des populations pauvres les femmes et les jeunes filles sont particulièrement touchées par la dégradation de l'environnement puisqu'elles sont chargées exclusivement de rapporter au foyer combustibles, fourrage et eau. Ainsi, le déboisement oblige les femmes et les filles dans le milieu rural à marcher davantage et à dépenser plus de temps et d'énergie pour aller chercher du bois de chauffe.

De l'interdépendance entre la pauvreté et la dégradation de l'environnement il ressort que la lutte contre la pauvreté joue un rôle déterminant dans la protection de l'environnement. Ce sont les femmes pauvres qui sont le plus souvent touchées par la dégradation des conditions environnementales notamment l'épuisement des ressources naturelles ainsi que la détérioration des écosystèmes et des services qu'ils fournissent. Les femmes pauvres sont également les plus vulnérables aux catastrophes naturelles : inondations, sécheresses fréquentes et prolongées, conséquences naissantes des changements climatiques planétaires.

Compte tenu du lien étroit qui existe entre la pauvreté et l'environnement, il est indispensable de prêter une attention particulière aux besoins des femmes dont la subsistance dépend des ressources naturelles et des services qu'elles en retirent. L'indifférence à la durabilité des ressources environnementales risque à long terme de saper les efforts de lutte contre la pauvreté et d'aggraver la situation des femmes pauvres.

**TABLEAU 6.5 - En quoi l'objectif environnemental est-il important pour les autres objectifs ?**

Objectif	Liens avec l'Environnement
Faire disparaître l'extrême pauvreté et la faim	Les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire des populations pauvres dépendent souvent des biens et services que procure l'écosystème. Le droit des pauvres aux ressources environnementales n'est, le plus souvent, pas garanti ; de même, l'accès qu'ils ont aux marchés, aux prises de décision et à l'information relative à l'environnement n'est pas adapté - il limite leur capacité à protéger l'environnement et à améliorer leur niveau de vie, ainsi que leur bien-être. Le manque d'accès aux services énergétiques restreint leurs opportunités de production, particulièrement en zone rurale.
Garantir à tous une éducation primaire	Tout le temps passé à aller chercher de l'eau et du bois de chauffe est autant de temps en moins à consacrer à la scolarité. De plus, dans les zones rurales, le manque d'énergie, d'eau et d'installations sanitaires décourage les enseignants qualifiés de travailler dans les villages pauvres.
Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	C'est aux femmes et aux filles que revient la charge de collecter l'eau et le bois, ce qui réduit le temps disponible et leur chance d'accès à l'éducation, à l'alphabétisation et aux activités génératrices de revenus. Il est rare que les femmes aient les

	mêmes droits que les hommes, et l'accès à la terre et aux ressources naturelles ne leur est pas assuré, ce qui limite leurs opportunités et leur aptitude à accéder à d'autres moyens productifs.
Réduire la mortalité des enfants	Les maladies (telle que la diarrhée) liées à l'absorption d'eau impropre à la consommation et aux installations sanitaires insuffisantes, ainsi que les infections respiratoires dues à la pollution atmosphérique figurent parmi les premières causes de décès des enfants de moins de cinq ans. Le manque de combustible, qui permettrait de faire bouillir l'eau, contribue également à la propagation de maladies hydriques qui pourraient être évitées.
Améliorer la santé maternelle	L'inhalation d'air pollué à l'intérieur du logement, ainsi que le transport de lourdes charges d'eau et de bois de chauffe peut nuire à la santé des femmes et rendre ces dernières moins aptes à avoir des enfants, avec davantage de risques de complications durant la grossesse. Le manque d'énergie destinée à l'éclairage et à la réfrigération, ainsi que le manque d'installations sanitaires améliorées présentent un risque pour la santé, particulièrement en zone rurale.
Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	On estime que l'incidence de maladies liées à un facteur de risque environnemental (comme le paludisme et les infections parasitaires) peut atteindre 20% dans les pays en développement. La prévention de ces risques est au moins aussi importante que le traitement lui-même, tout en présentant le plus souvent un meilleur rapport efficacité-prix. Les nouveaux médicaments issus de la biodiversité sont prometteurs pour la lutte contre ces grandes maladies.

Source : Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 2003

## 6.7 RECOMMANDATIONS

- Prendre en compte la dimension féminine dans les politiques et les stratégies de préservation de l'environnement.
- Développer une politique d'accès à l'eau dans le milieu rural et dans les quartiers pauvres des centres urbains afin d'alléger la corvée d'eau pour les femmes.
- Mettre en place une politique d'énergie renouvelable afin de mettre fin à la corvée de bois pour les femmes.
- Mener une campagne de sensibilisation ciblée en faveur des femmes dans la gestion des déchets ménagers.
- Lutter contre la pauvreté afin de permettre aux femmes d'utiliser de façon durable les ressources naturelles.



**PARTENARIAT MONDIAL**

## CHAPITRE 7- METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT GLOBAL POUR LE DEVELOPPEMENT

Dans cette partie, il s'agit ici de faire une analyse rétrospective des moyens mobilisés jusqu'ici pour endiguer la pauvreté qui frappe une proportion importante de la population, d'apprécier les capacités nationales à gérer l'aide internationale et enfin de suggérer des recommandations.

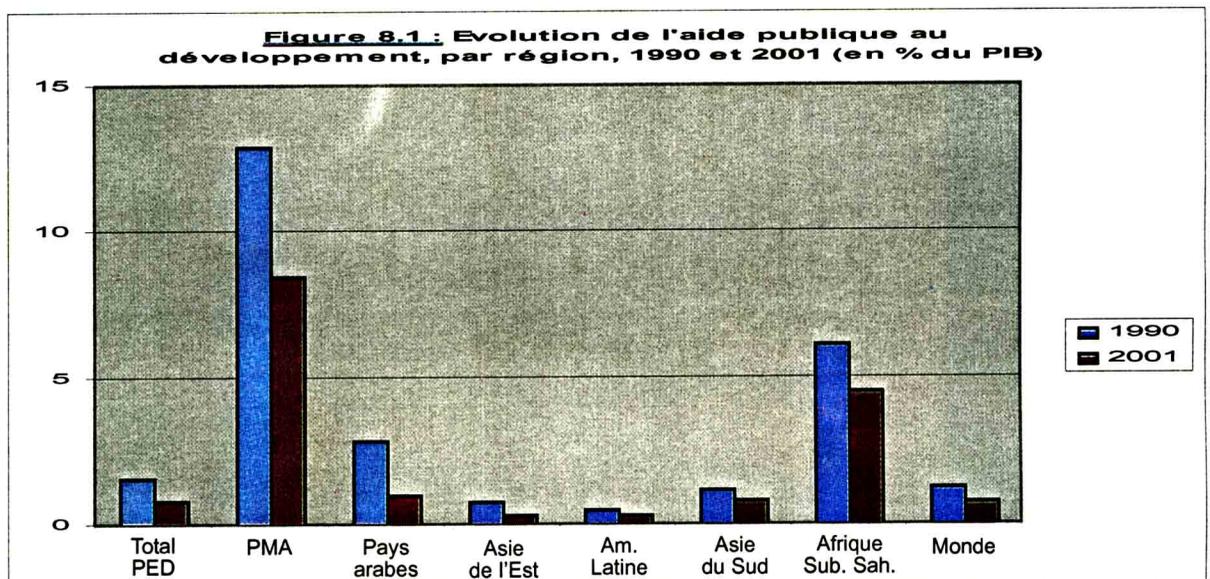
### 7.1 ECHEC DE LA SOLIDARITE INTERNATIONALE

#### 7.1.1 Des ressources insuffisantes

Au cours de la décennie écoulée, l'aide publique au développement (APD)

n'a cessé de diminuer. Elle représente aujourd'hui environ 0,2% du PIB des pays riches, loin de l'objectif de 0,7% affirmé aujourd'hui - en réduction lui-même par rapport à la norme de 1% avancée au cours des années 70. Les investissements directs à l'étranger (IDE) contournent l'Afrique pour aller vers les pays d'Asie, jugés plus prometteurs.

Ces flux d'investissements à destination de l'Afrique ne représente que 1% en 2002, très loin derrière l'Asie et l'Amérique Latine qui représentent respectivement 20,6% et 14,9% du



total. La part de l'IDE consacrée au financement de projets industriels initiés par des P.M.E./P.M.I. en Afrique reste inexistante. Le ralentissement économique intervenu dans les principaux pays développés notamment aux États-Unis, la situation déprimée des marchés mondiaux d'investissement, l'incertitude géopolitique régnant dans certains pays africains, et enfin l'environnement économique peu encourageant (pauvreté, faible croissance, corruption, infrastructures insuffisantes, etc.) influent sur l'attitude des investisseurs à l'égard des

pays du continent. Ces contraintes extérieures conjuguées avec la faiblesse des ressources nationales constituent des obstacles insurmontables pour les pays en développement pour éradiquer la pauvreté qui est aussi au centre des agendas des organisations internationales.

Toutefois cette question de l'élimination de la pauvreté ne constitue pas une nouveauté pour la communauté internationale (Encadré 8.1). Les observations formulées en 1979 par Raul Prebisch<sup>68</sup> sur les " maigres

<sup>68</sup> Premier secrétaire général de la CNUCED

résultats obtenus depuis la première Conférence des Nations sur le commerce et le développement " sont aujourd'hui malheureusement toujours d'actualité.

Ce constat amer laisse penser qu'il serait difficile pour les pays pauvres, notamment les pays africains d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, si les pays riches ne prennent pas leur responsabilité en respectant les engagements pris dans un certain nombre de domaines lors des différentes conférences internationales, notamment la

Conférence du Millénaire en septembre 2000. Les pays riches ne peuvent pas se permettre de laisser les pays pauvres à leur sort. Comme affirme si justement Sakiko Fukuda-Parr, auteur principal du Rapport mondial sur le Développement Humain 2003 " ce n'est pas une question de charité, les maladies ne s'arrêtent pas aux frontières géographiques, pas plus que les ouragans, la sécheresse ou la guerre. Il s'agit là d'une responsabilité partagée, dans un monde de plus en plus interdépendant. "

#### ENCADRE 7.1

" Une nouvelle idée qui remplit d'enthousiasme certains économistes du Nord est apparue, celle d'éliminer la pauvreté phénomène qu'ils viennent apparemment de découvrir. Qui pourrait refuser de combattre la pauvreté ?... Mais, est-ce que possible en dehors du cadre du développement et de celui d'une politique de coopération internationale éclairée ?

On nous dit que la pauvreté réside essentiellement dans l'agriculture et que la productivité de ce secteur doit être accrue. Soit. La hausse de la productivité entraîne des licenciements et la main-d'œuvre excédentaire doit être employée dans l'industrie et dans d'autres activités. L'expansion de l'industrie passe par les exportations, ce qui constitue un des principaux obstacles extérieurs dont la présence, loin d'avoir été éliminée, se renforce. Et le plus grand des obstacles intérieurs est l'accumulation de capital (aussi bien le capital physique que le capital de compétences humaines), qui exige de grands efforts de la part des pays en développement eux-mêmes en plus d'une coopération financière internationale " (Prebisch, 1979, p.1 et 2).

Source : CNUCED

Cependant si le rôle de l'Etat et des dirigeants politiques est essentiel pour sortir de la pauvreté, l'aide de la communauté internationale sur la base d'un partenariat global est également nécessaire pour le financement des infrastructures collectives (hôpitaux, écoles, routes, etc.) qui sont importantes pour lutter contre les différentes dimensions de la pauvreté car ces investissements ne sont porteurs que des recettes indirectes à long terme, donc peu susceptibles de trouver des financements privés. La CNUCED a estimé qu'il faudrait au moins 10 milliards de dollars pendant une dizaine d'années pour accélérer la croissance en Afrique subsaharienne.

#### 7.1.2 Un système des échanges internationaux injuste et inégal

S'agissant de l'intégration des

pays pauvres dans les échanges mondiaux, l'aide internationale est également importante pour faciliter l'intégration de ces pays dans le commerce mondial en assouplissant les règles qui régissent ces échanges. Les subventions accordées par les pays du Nord à leur agriculture empêchent les agriculteurs des pays en développement, surtout les paysans africains, de vivre décemment du revenu de leur travail. Ils quittent par milliers leur terre pour la ville, en grossissant le rang des sans emplois, des pauvres, des sans abris, des mendiants dans les zones urbaines et survivent parfois paradoxalement de l'aide alimentaire des pays développés, responsables en partie de leur malheur. Pour les pays en développement, particulièrement les pays africains, les exigences de l'ouverture commerciale et les différents niveaux

de développement doivent être mieux compris par les pays riches afin de compenser les lourdes obligations qui sont imposées à ces pays, sans véritables contreparties.

Pour cela, les pays de la région doivent impérativement faire entendre leur voix en demandant la pleine application du " traitement spécial et différencié " tant lors de l'adhésion à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), que pour l'application des accords commerciaux, avec l'octroi de périodes de transition et la prise en compte de leurs besoins spécifiques. Ce qui suppose un commerce mondial plus équitable et où les mécanismes régulateurs seront plus transparents.

Pour la plupart des observateurs, l'ouverture des marchés des pays industrialisés aux produits des économies en développement est aussi essentielle qu'un accroissement de l'aide publique au développement en vue d'assurer un développement endogène. Sur ce point les initiatives récentes, notamment l'initiative "Tout sauf les armes" de l'Union européenne et la loi sur la croissance et les potentialités de l'Afrique (African Growth and Opportunity Act) des Etats-Unis constituent des progrès considérables.

### **7.1.3 Le fossé technologique**

La marginalisation des pays pauvres se fait également sentir au niveau de l'accès aux nouvelles technologies. Les pays pauvres butent sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). La philosophie des ADPIC se fonde sur l'idée que les transferts de technologie entre pays ne sont possibles qu'à la condition de fixer des droits de propriété "forts". Elle a jusqu'ici été peu contestée au sein des pays développés qui sont les principaux producteurs d'innovations. Ce qui conforte l'attitude intransigeante des pays riches, notamment les Etats-Unis, sur cette question lors des négociations dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce. Toutefois, cet accord contribue à l'élargissement du

fossé non seulement entre pays riches et pays pauvres mais également entre riches et pauvres à l'intérieur d'un même pays pour l'accès aux médicaments et aux nouvelles technologies.

### **7.1.4 Le fardeau de la dette**

Le poids de la dette constitue également un des principaux obstacles au développement des pays pauvres. En Afrique subsaharienne la dette publique représente environ 3% du PIB total des pays de la région au cours des dernières années. Ce qui équivaut à un peu plus de 40% des ressources extérieures supplémentaires nécessaires. Le remboursement de cette dette provoque une véritable hémorragie financière privant ces pays de ressources nécessaires pour les besoins sociaux de base tels que l'éducation ou la santé.

Ces chiffres éloquentes montrent à quel point la dette publique extérieure de l'Afrique subsaharienne constitue un obstacle majeur à son développement. Elle empêche les progrès dans tous les secteurs, y compris l'éducation, en obligeant les pays endettés à affecter leurs maigres ressources au remboursement de leurs créances plutôt qu'au bien-être de leurs populations. Les restrictions budgétaires, qui affectent d'abord les secteurs sociaux, ont affaibli les systèmes de santé et d'éducation et donc amplifient la pauvreté.

Le maintien de niveaux de remboursement importants, même à l'issue de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) constitue un obstacle durable au développement de ces pays, en provoquant une fuite permanente des ressources qui pourraient être consacrées au développement humain. Car au-delà de l'endettement, le problème de fond reste celui du financement du développement de l'Afrique.

Quels sont les flux nets de ressources ? Comment assurer le financement d'investissements productifs lorsque l'épargne intérieure est insuffisante ? Ces questions traduisent tragiquement les principaux obstacles aux-

## ENCADRE 7.2

ADPIC : Exemple d'un champ d'application (La propriété intellectuelle)

### Pourquoi ? Dispositions générales

Appliquer la clause de la nation la plus favorisée en terme de propriété intellectuelle

### Quels droits ? Dispositions substantielles

Faire respecter :

- Droit d'auteurs et droits connexes
- Marque de fabrique ou de commerce
- Indication géographique
- Dessins et modèles industriels
- Brevets
- Schémas de configuration (topographie des circuits intégrés)
- Protection des renseignements non divulgués
- Contrôle des pratiques anticoncurrentielles dans les licences contractuelles

### Comment ? Procédures et moyens de faire respecter les droits

- Les obligations des Etats
- Mesures correctives :
  - Procédures et mesures correctives civiles et administratives
  - Mesures provisoires
  - Prescriptions spéciales concernant les mesures à la frontière
  - Procédures pénales

### Sanctions ? Décidées par l'Organe de règlement des différends (ORD)

- Applications obligatoires
- Sanctions financières

Date ? Signature : 1994

Application différenciée selon les pays

- Dans les pays développés entre 1996 et 31 décembre 1999
- Dans les pays en développement depuis le 1er janvier 2000
- Dans les pays les moins avancés après le 1er janvier 2006

*Des délais supplémentaires de transposition sont demandés par des nombreux pays*

quels les pays en développement essaient de faire face. En Afrique comme ailleurs, la mobilisation des ressources est une condition essentielle de tout processus de développement, et de transformation sociale. Mobilisation des ressources humaines, à travers le travail des femmes et des hommes, de leur qualification et de leur engagement. Mobilisation des ressources intellectuelles, culturelles et scientifiques, des connaissances et des savoirs. Mais aussi et surtout mobilisation des res-

sources financières, internes et externes.

De tels efforts ne seront possible que si les africains en premier s'impliquent activement et solidairement dans la lutte contre la pauvreté en prenant en charge leur propre destin avec la mise en place de nouvelles stratégies de développement. Le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) essaie de répondre précisément à cette volonté.

### 7.1.5 Le NEPAD

Le NEPAD est une initiative des principaux leaders africains pour se concerter et s'entendre sur la conception et la mise en œuvre d'un programme de développement durable. Ce plan, qui regroupe un ensemble d'actions à entreprendre à court, moyen et long termes, se veut une rupture quant à la démarche habituelle qui voulait que l'Afrique se contente d'appliquer des projets et des programmes imposés de l'extérieur. De plus, le NEPAD souligne la nécessité d'une véritable coopération entre l'Afrique et le reste du monde fondée sur l'équité et le respect mutuel.

Le NEPAD constitue un excellent prétexte pour une véritable union africaine, à la fois politico-institutionnelle, socio-économique et culturelle. Soutenu par l'Unité Africaine, ce programme compte permettre à l'Afrique de former un bloc uni et de parler d'une seule et même voix lors des négociations multilatérales, négociations au cours desquelles les pays africains vont souvent en ordre dispersé. En effet, le morcellement et la structure micro-étatique du continent fait qu'il est difficile de s'entendre sur une position commune à adopter. De ce fait, face aux géants américain et européen, les pays africains n'ont aucune chance de se faire entendre ou d'influencer les décisions prises à l'échelle internationale.

Par ailleurs, le NEPAD est un cadre potentiel de coordination des actions de mise en œuvre du développement durable sur le continent. En effet, il pourrait permettre de mieux définir les besoins et les orientations au niveau continental, sans pour autant créer un blocage dans l'expression des diversités et des spécificités nationales. Autrement dit, le NEPAD pourrait s'avérer un formidable outil de mobilisation des ressources pour l'Afrique en devenant leur interlocuteur privilégié auprès des institutions internationales. Cela est d'autant plus possible que l'Union Africaine a choisi un modèle de fonctionnement bâti sur celui de l'Union

Européenne. Ce qui permettrait de consolider les acquis économiques, de redynamiser le marché africain et d'accélérer la croissance.

## 7.2 CONTRAINTES DE FINANCEMENT DU DEVELOPPEMENT

### 7.2.1 L'évolution de l'aide

L'essentiel du financement extérieur de l'économie djiboutienne provient aujourd'hui de l'aide publique au développement qui, avec un peu moins de 60 millions de dollars chaque année<sup>69</sup>, représente près du dixième du produit intérieur brut. La République de Djibouti est l'un des pays qui reçoit le plus d'aide au développement en Afrique subsaharienne. A titre de comparaison par rapport à certains pays de la sous région, Djibouti a toujours été, de loin, le pays ayant bénéficié des faveurs des bailleurs de fonds internationaux même si la tendance s'est inversée au profit des pays comme l'Erythrée. Cette assistance extérieure est surtout composée d'aide bilatérale avec 48% du flux total d'aide publique au développement. Ceci s'explique sans doute par les liens historiques que Djibouti entretient avec la France. Djibouti est le premier partenaire au développement devant le Japon qui a énormément augmenté son assistance, notamment dans le domaine des infrastructures socio-économiques (Routes, forages, etc.).

Néanmoins, depuis la décennie 90, la situation est pour le moins inquiétante dans un contexte de crise de l'aide publique au développement. L'assistance extérieure devient de plus en plus rare. L'aide publique au développement reçue par Djibouti représentait 9,4% du PIB en 2001, contre 13,7% en 1999. La faible capacité de financement de l'économie, du fait de la structure productive très limitée du pays, constitue un sérieux problème pour la République de Djibouti, en la rendant tributaire de l'aide extérieure compte tenu du financement extérieur privé quasi inexistant.

<sup>69</sup> Les flux d'aide reçus par la République de Djibouti pour les deux années 2000 et 2001 étaient en moyenne 57 millions de dollars US, selon le CAD

**TABLEAU 7.1 - APD reçue par la République de Djibouti**

	1999	2000	2001
Total aide au développement (en millions \$US)	75	71	55
Part de l'aide bilatérale	70	55	48
Part APD/PIB	13,7	12,5	9,4
Financement extérieur privé (en millions \$US)	197	20	-2

Source : OCDE, Banque Mondiale

**TABLEAU 7.2 - APD exprimée en pourcentage du PIB (Pays de la région)**

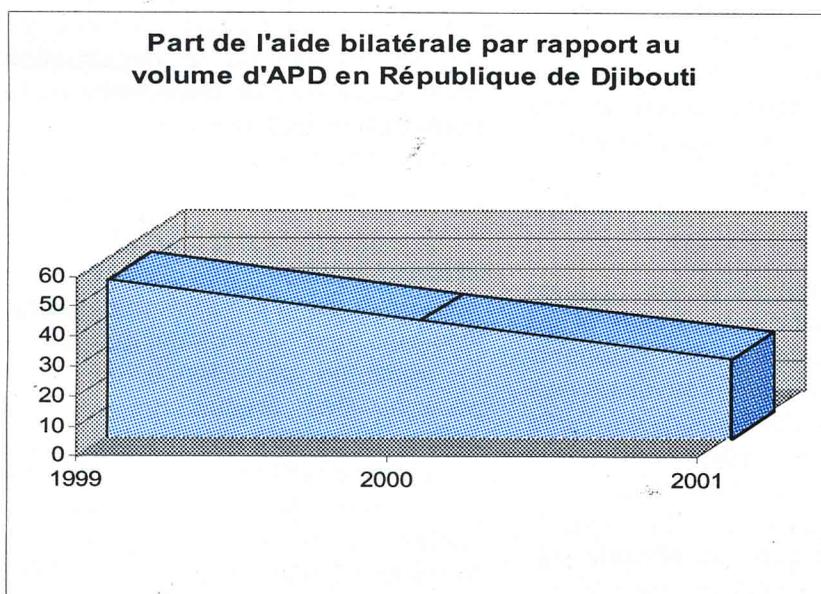
Pays de la région	1999	2000	2001
Djibouti	13,7	12,5	9,4
Ethiopie	10	10,9	17,1
Erythrée	18,1	24,3	34,2
Kenya	3	5	4,4

Source : OCDE, Banque Mondiale

**TABLEAU 7.3 - Premiers bailleurs de fonds de la République de Djibouti, en Moyenne pour 2000 et 2001 (en millions de Dollars)**

1	France	23
2	Japon	8
3	IDA (Banque Mondiale)	6
4	Union européenne	4
5	FMI	4
6	Italie	3
7	FAD	3
8	Agences arabes	3
9	HCR	2
10	Etats-Unis	1

Sources: OCDE, Banque Mondiale



Dès lors, pour tous les acteurs engagés dans la problématique de la lutte contre la pauvreté, la principale source de préoccupation est celle du financement du développement tant que le défi à relever reste important

(Encadré 8.3). Toutefois ces contraintes de financement du développement ne pourraient être surmontées si on ne s'interroge pas au préalable sur la manière dont l'aide internationale était utilisée jusqu'à présent à Djibouti.

### ENCADRE 7.3

#### Besoins des investissements productifs pour éradiquer la pauvreté

Pour illustrer l'ampleur du défi de l'emploi afin de faire reculer la pauvreté, il suffit de considérer le cas où la main d'œuvre s'accroît au taux de 3% par an (chiffre proche au taux enregistré à Djibouti) et où l'élasticité de l'emploi par rapport à la croissance du produit intérieur brut (PIB) est de 0,5. Afin de maintenir le taux de chômage au même niveau, le volume de l'emploi devra aussi augmenter de 6% par an, ce qui est nettement supérieur aux taux enregistrés à Djibouti dans la décennie 90 (moins de 2%).

Or, pour atteindre un taux de croissance du PIB de l'ordre de 6%, un taux d'investissement de 18% est nécessaire, en supposant un rapport marginal capital/production relativement modeste de 3 à 1. Autrement dit, Djibouti aurait besoin d'investir chaque année près de 100 millions de dollars.

Il convient de rappeler qu'il s'agit là d'un minimum nécessaire au maintien d'un simple statu quo et des taux bien supérieurs seraient nécessaires pour que la situation s'améliore. Ce qui pose l'urgence de la mobilisation des ressources aussi bien privées que publiques, nationales ou extérieures, pour réduire la sous utilisation de la main d'œuvre à des niveaux qui permettent de lutter contre la pauvreté et les inégalités.

Le PIB qui a servi comme base de calcul est celui de 2000 : 554 millions de dollars (Source Banque Mondiale)

#### 7.2.2 La Gestion de l'aide : Inefficacité des administrations nationales...

Malgré son volume important, les performances de l'aide en termes d'impact sur les couches les plus défavorisées de la population ont été décevantes au cours des dernières décennies. Les indicateurs du développement qui ne cessent de se dégrader sont là pour témoigner de cette triste réalité. Le pays souffre d'un faible niveau des capacités institutionnelles et administratives qui ne permettent pas souvent l'absorption de l'aide surtout lorsque le volume de celle-ci est important et se traduit par des projets peu fiables donc voués à l'échec.

Nombreux sont les projets dont les financements ont été importants et qui ont donné naissance à des " éléphants blancs ". En effet ces mauvaises performances de l'utilisation de l'aide publique au développement est le fruit de la mauvaise organisation générale du secteur public et des facteurs structurels tels que des effectifs pléthoriques et une motivation insuffisan-

te des cadres intermédiaires des administrations. Dans la gestion de l'aide, les populations bénéficiaires ne sont pas consultées ou associées suffisamment du fait souvent de leur faible niveau d'éducation et sont considérées comme étant incapables d'influer dans le déroulement des différentes phases d'exécution des projets. Rares sont les projets d'intérêt collectif, comme la construction d'un puits d'eau potable dans les régions rurales ou la construction d'une école ou d'un dispensaire où la participation des populations bénéficiaires est prise en compte lorsqu'elle n'est pas simplement omise.

Le problème est que le volet " animation/formation " des projets ne fait pas l'objet d'une attention particulière. Pourtant c'est cette phase qui permet la prise de conscience chez les pauvres des enjeux qui existent autour du projet à savoir : leur intérêt et la responsabilité qu'ils doivent tenir pour sauvegarder ces intérêts. Autrement dit, la phase " animation /formation " détermine le degré d'im-

plication des bénéficiaires et donc de la pérennité du projet par la suite. Les bénéficiaires qui y sont associés, ignorent souvent les enjeux liés aux

projets et viennent lors des ateliers " d'animation/formation " pour chercher les perdiems.



Il faudrait privilégier un management participatif des projets de développement en posant la condition d'une contribution ou apport des pauvres. Une telle approche serait sans doute la meilleure façon de les amener à se comporter en partenaires plutôt qu'en assistés. Car si les pauvres étaient impliqués depuis l'identification du problème en passant par la formulation et le choix des solutions, ils se seraient sentis plus impliqués dans le processus de recherche des solutions à leurs problèmes. Un projet qui ne demande pas pour sa mise en œuvre un apport des bénéficiaires, conduit à inhiber l'initiative et l'effort de ceux qu'on veut aider. Une telle initiative suppose un travail de sensibilisation et d'accompagnement. Il se pose également la question de vulgarisation des projets car il serait illusoire de demander à des analphabètes de monter un projet dans une langue qui ne serait pas la leur. Tant que la réflexion n'est pas engagée dans le sens de la réforme du cadre d'utilisation de l'aide publique au développement, les projets de développement seront toujours source d'inefficacités et ne sauront sortir les pauvres de leur quotidien miséreux.

Concernant l'aide destinée à l'assistance technique, des pratiques contestables et contre-productives servent comme règles de gestion. Les ateliers et les séminaires de formation à l'extérieur du pays ne bénéficient pas forcément aux cadres selon leur profil et leur compétence mais renforcent l'apanage des hauts fonctionnaires de l'administration qui utilisent ces ressources comme autant de prébendes pour gratifier leurs " obligés ". Si l'objectif principal de l'assistance technique est a priori de renforcer les capacités institutionnelles du pays en formant des cadres capables de relever les défis du développement, il est malheureux de constater que les moyens mobilisés par cette assistance sont mal utilisés.

Enfin, il est à craindre que l'amélioration de l'assistance extérieure que reçoit la République de Djibouti entame la volonté du pays à adopter et à poursuivre des politiques saines et à réformer les institutions inefficaces. La récente amélioration de la situation des finances publiques reste fragile et seule la réalisation de réformes économiques pourra remettre l'économie nationale sur le sentier d'une croissance durable.

Par ailleurs, la dépendance de l'aide extérieure affaiblit la responsabilisation et encourage la recherche de rentes et la corruption. Les projets de développement sont devenus comme autant d'occasions d'enrichissement personnel et de redistribution, notamment pendant les périodes préélectorales. Ce phénomène entrave à terme le développement d'une société civile saine. Le problème est que si les autorités nationales sont davantage comptables de leurs actes devant les bailleurs de fonds, elles le sont moins devant leurs propres citoyens. Cette situation caractérise la faiblesse des institutions publiques et l'inefficacité des actions en matière de bonne gouvernance.

S'agissant de la mobilisation des ressources extérieures, les actions du gouvernement sont mal coordonnées et les requêtes nationales soumises aux bailleurs de fonds souffrent d'un manque de clarté et de cohérence en matière d'objectifs de développement à atteindre pour le pays, ce qui empêche de mobiliser la totalité des fonds qui étaient alloués. Cette situation est d'autant plus dramatique que la concurrence entre pays en développement pour attirer l'aide des bailleurs de fonds est de plus en plus rude. Une occasion d'aide perdue est une action ratée dans la lutte contre la pauvreté.

Si la responsabilité nationale est largement admise dans l'échec pour l'utilisation de l'aide, il serait juste également de faire quelques remarques sur l'attitude des bailleurs de fonds et l'efficacité de leur programme d'aide.

#### **...Limites des actions des bailleurs de fonds**

L'aide bilatérale est liée souvent à des intérêts commerciaux, politiques ou militaires. Elle évolue en fonction des relations diplomatiques entre Djibouti et ses pays amis (France, Arabie Saoudite, Etats-Unis). Ce type d'assistance s'accommode mal avec les efforts pour lutter contre la pauvreté. Ces efforts s'inscrivent dans le long terme et requiert un engagement solide.

L'aide bilatérale octroyée par la France par exemple n'est pas cadrée par l'ajustement des besoins de la République de Djibouti mais par le climat politique entre les deux pays. Une telle attitude entame sévèrement tous les efforts antérieurs pour le développement donc en matière de lutte contre la pauvreté.

Du côté des institutions internationales, les lourdes procédures en vigueur pour accroître normalement l'efficacité de l'assistance s'adaptent mal aux capacités administratives d'un petit pays pauvre comme Djibouti.

Les étapes que le fonctionnaire djiboutien, comme d'ailleurs ses homologues des pays en développement, doit franchir pour avoir accès aux programmes d'aide sont nombreuses et difficiles. Il doit se familiariser avec les différentes procédures complexes des bailleurs de fonds pour débloquer l'aide et l'exécution des projets. Il convient d'ajouter à cela le manque de coordination lorsque plusieurs bailleurs de fonds financent le même projet.

Subséquemment, les fonctionnaires chargés de gérer l'aide sont confrontés à des multiplications des tâches et des contraintes administratives (accueil des missions étrangères, rédaction de rapports selon des formats différents, rallongement des délais de mise en œuvre des fonds). Même si la gestion de l'aide pouvait être centralisée, la confusion régnante autour des règles applicables empêche une planification et une gestion efficace des fonds.

Entre autres choses, le fonctionnaire doit préparer un document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Il s'agit d'un plan détaillé visant à améliorer le sort des pauvres que la Banque mondiale (BM) et le Fonds monétaire international (FMI) exigent avant d'accorder de nouveaux prêts. Ce document à son tour doit être conforme au cadre intégré de la Banque mondiale. Il s'agit d'une liste en 17 points comprenant un vaste ensemble allant du cadrage macroéconomique dans lequel s'inscrit la

stratégie aux pratiques en matière d'emploi en passant par la prévention et la gestion des catastrophes naturelles. Ce document récemment finalisé compte une centaine de pages ; il a nécessité quinze mois de préparation et présente les dépenses nécessaires à la mise en œuvre d'un plan de réduction de la pauvreté pour la période 2003-2006. Ce travail a mobilisé les cadres les plus compétents de l'administration pour une période assez longue. Ce qui n'est pas sans conséquence sur le bon fonctionnement de l'administration où le travail que nécessite les réformes en cours est relégué au second plan.

Les financements destinés à l'exploitation ou l'entretien d'une infrastructure déjà existante sont rares. Les infrastructures économiques du pays sont délabrées faute d'entretien. L'aveu de la Banque Mondiale (Encadré 7.4) concernant les échecs de la coopération avec la République de Djibouti est révélateur du fonctionnement des programmes d'aide internationaux.

Théoriquement une assistance technique réussie doit viser à transmettre des connaissances, une maîtrise de la technologie employée au partenaire local. Les coopérants tech-

#### **ENCADRE 7.4**

##### **Stratégie de Coopération du Groupe de la Banque mondiale : Un Aveu qui en dit long...**

Le niveau de la capacité institutionnelle et d'exécution est faible, tout comme la planification, la coordination et le suivi des projets et programmes de développement. L'assistance technique extérieure n'a pas toujours visé à renforcer les institutions locales ou à assurer le transfert des connaissances ad hoc aux citoyens.

La pérennité des initiatives et investissements antérieurs, en particulier sur le plan des infrastructures, n'a pu être garantie en partie du fait d'un financement inadéquat à l'exploitation et à la maintenance et en partie pour des raisons de contraintes budgétaires.

La Banque a surestimé l'état de préparation de l'Emprunteur pour la mise en œuvre des projets et son niveau de familiarité avec les procédures de la Banque, notamment en ce qui concerne les passations de marchés et les décaissements. En conséquence l'exécution des projets a enregistré des retards...

La société civile de Djibouti n'a pas une longue tradition de participation aux enjeux du développement...

Source : Rapport n°7403-Dji, 2001, Banque Mondiale

niques devraient travailler dans la logique de leur propre départ, ce qui n'est pas toujours facile. Car souvent le rôle des coopérants techniques se limite à surveiller la bonne utilisation de l'aide et oublie de ce fait leur mission première qui est de transmettre un savoir-faire. Egalement, les modalités de la gestion de cette coopération technique suscite un ressentiment considérable au sein des administrations nationales. D'ailleurs, il n'est pas rare que des cadres nationaux s'interrogent sur le niveau de compétence des experts, surtout au regard de leur rémunération. Cette frustration à l'égard des pratiques de la coopération technique est alimentée par le senti-

ment que les cadres nationaux sont souvent exclus des procédures de sélection des consultants dans certains domaines où l'expertise nationale pourrait s'avérer importante.

#### **7.2.3 Nécessité de rationaliser les ressources extérieures**

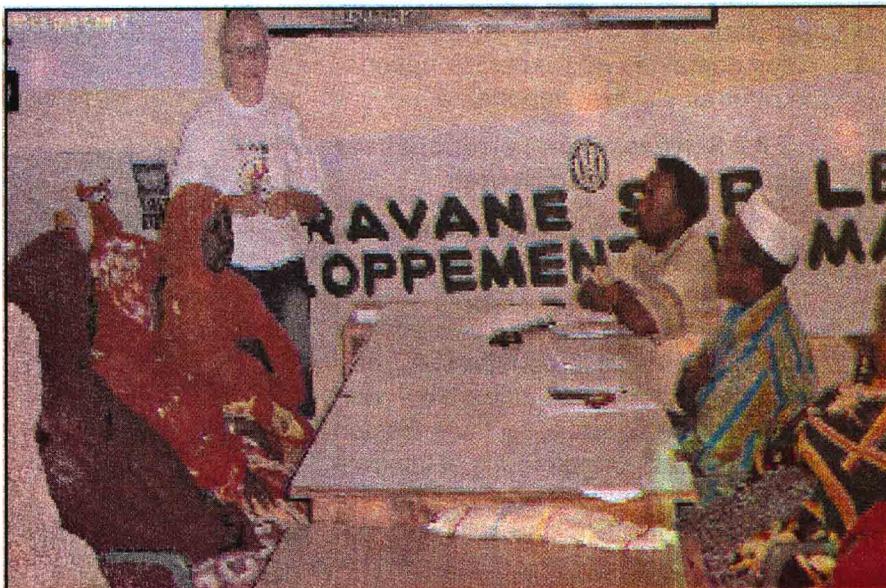
Cette situation montre sans doute l'inefficacité de la politique de coopération actuelle entre Djibouti et ses partenaires. Le ministère des affaires étrangères et de la coopération internationale sert jusqu'aujourd'hui uniquement de courroie de transmission entre les bailleurs de fonds et les ministères techniques. Ce constat d'échec nous invite à une réflexion glo-

bale sur la manière dont les ressources extérieures pourraient être mobilisées de façon optimale. Il s'agira de définir une politique active en matière de coopération et de mettre en place un cadre clair régissant aussi bien l'assistance financière que l'assistance technique afin de rationaliser les ressources extérieures pour une meilleure allocation.

La création en 2001 d'un ministère délégué de la coopération internationale montre bien que le gouvernement est bien conscient de la nécessité d'une réforme des modalités de mobilisation des ressources extérieures. Dès lors, une question importante reste en suspend : quel type de coopération pour une meilleure mobilisation des ressources est nécessaire pour l'élimination de la pauvreté ? Autrement dit, les djiboutiens continueront-ils à être des bénéficiaires passifs de l'aide ou parviendront-ils à devenir des utilisateurs actifs des ressources d'aide au profit de la réalisation de leurs propres stratégies ? Car la maîtrise de l'aide repose sur le suivi détaillé des opérations de coopération, son inscription dans des stratégies globales, son absorption dans des projets de développement plus larges que la simple action de proposer des projets de développement bancables sans synergies entre eux.

Il faudra jeter la base d'une vraie stratégie de partenariat entre la République de Djibouti et ses partenaires du développement. Le partenariat consistera en la mise en place de rapports plus étroits, de complémentarité entre les divers auteurs d'un projet. Mais comment va s'évaluer cette complémentarité ? L'objectif commun sera-t-il clair, les objectifs particuliers éventuellement hiérarchisés ? Sera-t-il légitime de mettre sur le même plan un petit pays comme Djibouti, organisations internationales, grandes puissances (France, Etats-Unis, etc.)? ou encore associations, entreprises pour la conception d'un projet ? Comment articuler, hiérarchiser l'intérêt national et les intérêts particuliers ? Ce questionnement nous montre que la tâche sera bien ardue pour le gouvernement et que cette question dépasse le seul cadre national. Mais ceci ne doit pas occulter la nécessité d'une réflexion, faute de quoi les erreurs du passé se répèteront inévitablement.

Ce partenariat pour le développement doit être un pacte social entre les bailleurs de fonds, le gouvernement et la société civile ; il doit intégrer les besoins des femmes et explorer de nouvelles initiatives de mobilisation de ressources.



*" Nous avons beaucoup profité des explications du personnel de l'ONU sur les ODM. Nous avons appris beaucoup de choses. Il me semble que sur les huit objectifs présentés, le plus important est le huitième objectif. Il faut absolument favoriser le partenariat, la coopération multilatérale et bilatérale. Il ne faut pas nous oublier dans l'équation, nous la société civile "*

*Interview avec un Conseiller de l'éducation à Dikhil*

#### 7.2.4 Partenariat Public/Privé

Il faudrait revoir l'utilisation de l'aide pour s'attaquer réellement à la pauvreté et faire feu de tout bois en développant par exemple le partenariat privé/public afin de ne pas dépendre uniquement de l'aide publique au développement.

L'expérience du partenariat entre le Pôle Universitaire de Djibouti (PUD), la firme américaine Cisco system, leader mondial dans le domaine de réseau informatique, et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour la mise en place d'une Académie Régionale Cisco mérite l'attention. L'Académie offre des formations destinées aux professionnels travaillant dans la conception, la mise en place et l'administration des systèmes réseaux. Elle est dirigée par des instructeurs nationaux formés et agréés par la firme Cisco system.

Cette opportunité permet non seulement de doter le pays des professionnels de haut niveau dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication mais elle permet également et surtout de mobiliser des ressources privées pour le développement. Cet type de partenariat est très important dans le domaine de l'enseignement supérieur où les financements des institutions internationales sont rares car plus orientés vers l'enseignement fondamental.

Le projet de port de Doraleh constitue également un bon exemple de partenariat privé/public. Compte tenu de sa faible capacité d'endettement pour lever auprès des bailleurs de fonds les 360 millions de dollars nécessaires à la réalisation de ce projet, Djibouti a fait appel au port de Dubaï pour bénéficier de son financement et de son expérience. A terme, ce projet constituera un formidable réservoir d'activités génératrices de revenus et donc une action importante dans la lutte contre la pauvreté.

### 7.3 MOBILISATION DES RESSOURCES PAR LES FEMMES

#### 7.3.1 Obstacles pour l'accès aux ressources

Il faut savoir qu'à Djibouti les femmes ne sont guère maîtresse de leur destin, car elles subissent en premier les effets des problèmes économiques ( chômage, accès limité aux soins, faible scolarisation, etc.).

Elles ne peuvent s'affranchir de cette situation que si elles peuvent être indépendantes économiquement et socialement à travers l'emploi et des activités génératrices de revenus. Certaines d'entre elles créent leurs propres micro entreprises, notamment dans le secteur informel pour subvenir à leurs propres besoins et celui de leurs enfants.

Les femmes se trouvent confrontées à de nombreuses contraintes, non seulement au moment de la création de leur entreprise, mais aussi dans la gestion quotidienne, ou encore lorsqu'elles désirent diversifier leurs activités, voire même s'agrandir. Ces contraintes sont souvent communes à l'ensemble des entrepreneurs, qu'ils soient hommes ou femmes. Toutefois, il existe de nombreuses contraintes et barrières qui pèsent spécifiquement sur les femmes. On trouve parmi elles :

- ✓ les barrières comportementales, à savoir que les femmes manquent de confiance en elles et ont une image négative d'elles-mêmes ;
- ✓ les barrières sociales et culturelles, à savoir les préjugés défavorables envers les femmes entrepreneurs, le fait que l'on s'attend à ce qu'elles remplissent d'autres rôles, les restrictions concernant le choix du secteur d'activité, l'absence de soutien familial, le manque de mobilité, etc.
- ✓ les barrières éducatives : à savoir que les femmes ont un niveau d'instruction relativement faible et ont reçu une éducation basée sur les préjugés ;

- ✓ les barrières dues à l'infrastructure, à savoir l'accès au crédit<sup>70</sup>, à la technologie, à l'information.

La plupart des contraintes ont sans doute une origine socioculturelle et de ce fait, elles nécessitent un changement d'attitude en profondeur de l'environnement socioculturel qui engage le long terme. Ce changement ne peut survenir qu'à travers des actions concrètes de soutien et de promotion des initiatives entrepreneuriales des femmes. Car la promotion de l'entreprenariat féminin peut être considérée à la fois comme un instrument de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, comme un outil pour parvenir à une meilleure utilisation des ressources humaines et parfois, mais pas automatiquement, comme un moyen pour les femmes d'avoir plus de contrôle sur leur propre vie.

### **7.3.2 Les bonnes intentions ne se traduisent pas toujours par des actions**

Les intentions du gouvernement pour réduire le retard dans le développement de la population féminine entre autre dans le domaine économique, entre autres, sont contredites par la réalité. Car force est de constater que les projets de développement axés sur les besoins des femmes sont rares pour ne pas dire inexistant. Dans le pays, seul le projet de micro crédit du Fond Social de Développement est orienté vers les besoins d'autonomisation des femmes pauvres. L'objectif du Gouvernement dans ce projet est de favoriser le développement de la micro-finance comme instrument de réduction de la pauvreté et comme moyen de promotion économique et social de la femme.

Dans ce cadre, il est prévu : (i) la mise en place d'un cadre juridique et réglementaire qui favorise le développement du micro-crédit ; (ii) d'appuyer

le développement d'intermédiaires professionnels de la micro-finance ; (iii) de soutenir le développement de réseaux de la micro-finance à travers la mise en place, d'abord en zone urbaine, puis dans l'ensemble du pays, de système de micro-crédits solidaires ciblés sur les femmes (petit commerce, artisanat des femmes pauvres en milieu urbain et rural) et de renforcer les capacités des femmes bénéficiaires à travers des formations et un encadrement adaptés (alphabétisation, formation, gestion, etc.).

Néanmoins, l'exemplarité de ce projet est un peu entamé par les difficultés qu'il connaît. En effet, cinq ans après le début de son lancement en 1998, le projet est toujours à sa première phase<sup>71</sup> et son impact sur la population bénéficiaire se fait attendre.

Ce type de projet, axé sur une dimension particulière de la pauvreté, à savoir la dimension monétaire, ne saurait sortir de la misère les femmes et les jeunes filles. Il faudrait plutôt agir d'une façon transversale, en intégrant une dimension féminine dans tous les projets socio-économique dans le pays.

La stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement (SNIFD) permettrait, s'il y avait une réelle volonté de la part des politiques, de renverser la tendance. Les bonnes intentions formulées, aussi bien par les représentants des bailleurs que ceux du gouvernement, lors de la table ronde des partenaires au développement en octobre 2003, doivent se concrétiser pour permettre aux femmes djiboutiennes d'influer sur le cours de leur triste existence.

<sup>70</sup> Si l'accès aux crédit est également difficile pour les hommes mais la tâche devient plus ardue lorsqu'il s'agit d'une femme

<sup>71</sup> la deuxième phase étant le soutien à la création des micro entreprises



# **ANNEXES**

**Encadré 1. Développement humain, Pauvreté humaine et Pauvreté monétaire : Quelques éléments de comparaison internationale**

Indicateurs	Yémen	Djibouti	Mauritanie	Erythrée	Ethiopie	Pays à faible développement humain
développement humain (IDH)	0,479	0,445	0,438	0,421	0,327	0,448
Classement selon l'IDH sur 173 pays	144	149	152	157	168	-
Espérance de vie à la naissance	60,6	43,1	51,5	52,0	43,9	52,9
Taux d'alphabétisme des adultes (%)	46,3	64,6	40,2	55,7	39,1	49,7
Taux net de scolarisation primaire (%)	61	32	60	34	35	....
Taux net de (%)	35	...	...	19	16	...
Taux de mortalité infantile (‰)	85	102	120	73	117	99
Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	117	146	183	114	174	154
Taux de mortalité 0000 naissances vivantes)	350	...	550	1000	...	...
Indicateur de Pauvreté Humaine (IPH 1)	41,8	34,3	47,9	42,9	56,5	...
\$/jour PPA de 1993 (%)	45,2	...	68,7	...	76,4	...
\$/jour, estimation nationale (%)	19,1	45,1	57,0	53,0	...	...
Indice de Gini	33,4	...	37,3	...	40,0	...
Taux de croissance annuel du PIB/tête	2,3	-3,9	1,2	1,1	2,4	1,0
PIB/habitant en PPA(\$)	893	...	1677	837	668	1251
Importations de biens et services (% PIB)	41	63	51	86	31	28
Exportations d biens et services (% PIB)	50	45	41	16	15	24
Investissement direct étranger (net, % PIB)	41,8	34,3	47,9	42,9	56,5	...
Aide publique au développement (% PIB)	8,4	12,9	0,5	5,8	10,8	4,7
Aide publique au développement/ tête (\$)	14,4	112,9	79,5	29,0	11,0	14,9

Source : PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain 2002

## Calcul des indicateurs de développement humain

### Calcul de l'indicateur du développement humain, IDH

L'IDH a été élaboré pour refléter les aspects fondamentaux du développement humain. C'est un indicateur composite comportant trois éléments : la longévité, mesurée par l'espérance de vie, le niveau d'éducation, mesuré par un indicateur combinant pour deux tiers le taux d'alphabétisation des adultes et pour un tiers le taux brut de scolarisation combiné (tous niveaux confondus), et le niveau de vie, mesuré d'après le produit intérieur brut réel corrigé par habitant (exprimé en parité de pouvoir d'achat). La valeur de l'IDH pour chaque pays indique le chemin qui reste à parcourir pour atteindre des objectifs prédéfinis au niveau mondial qui sont une durée de vie moyenne de 85 ans, l'accès à l'éducation pour tous et un niveau de vie décent. La différence entre la valeur maximale de 1 de l'IDH et la valeur obtenue pour un pays représente le déficit de ce pays par rapport au développement humain.

Des valeurs minimales et maximales ont été fixées pour chacun de ces éléments :

- espérance de vie à la naissance : 25 ans - 85 ans
- alphabétisation des adultes : 0% - 100%
- taux combiné de scolarisation : 0% - 100%
- PIB réel par habitant (en PPA) : 100 PPA - 40 000 PPA

Les indicateurs qui entrent dans la composition de l'IDH se calculent selon la formule générale suivante :

$$\text{IDH} = \frac{\text{Valeur réelle } x_i - \text{valeur minimale } x_i}{\text{Valeur maximale } x_i - \text{valeur minimale } x_i}$$

### Calcul de l'indicateur sexospécifique du développement humain, ISDH

L'ISDH, apparu pour la première fois en 1995, vise à tenir compte des dispa-

Depuis le Rapport mondial sur le développement humain 1994, deux changements ont été apportés à l'élaboration de l'IDH en ce qui concerne les variables et les valeurs maximales et minimales. En premier lieu, la variable de la moyenne des années de scolarité a été remplacée par le taux de scolarisation tous niveaux confondus. La principale raison de ce changement est que le calcul de la moyenne des années de scolarité est particulièrement complexe, qu'il exige de grandes quantités de données et que ni les organismes des Nations unies ni les autres organisations internationales ne recueillent de statistiques sur cette variable. Il fallait donc parfois recourir à des estimations dont certaines laissent à désirer. L'utilisation du taux brut de scolarisation tous niveaux confondus permet de résoudre ces problèmes. Il indique très facilement le niveau des connaissances pour la population de moins de 24 ans et il se fonde sur des données de l'UNESCO.

En second lieu, la valeur minimale du revenu qui était de 200 dollars (en PPA) a été abaissée à 100 dollars (en PPA). Ce changement est dû au fait que, dans la composition de l'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH) des différents pays, la valeur minimale observée pour le revenu féminin est de 100 dollars (en PPA). C'est donc cette valeur minimale qu'il faut retenir pour l'IDH afin de maintenir la cohérence de cet indicateur avec l'ISDH et de pouvoir comparer ces deux indicateurs. Il s'agit d'une révision minime pour l'IDH, qui ne modifie que très peu les valeurs de l'indicateur.

rités entre les femmes et les hommes. Il correspond à l'IDH corrigé en fonction des inégalités sociologiques entre les sexes. Utilisant les mêmes variables que l'IDH, il en diffère néanmoins, en

ceci qu'ont été corrigés les niveaux moyens obtenus par chaque pays en termes d'espérance de vie, de niveau d'éducation et de revenu de façon à refléter les disparités sociologiques entre les hommes et les femmes dans ces trois domaines.

Ainsi, en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, l'ISDH tient compte de l'avantage biologique dont jouissent les femmes dans la mesure où elles vivent plus longtemps que les hommes. Il tient également compte de l'écart des revenus du travail entre les hommes et les femmes.

La première étape du calcul de l'ISDH consiste à indexer les variables de l'espérance de vie et du niveau d'éducation. L'intervalle de l'espérance de vie est de 60 ans pour les hommes comme pour les femmes, mais les limites de cet intervalle sont différentes. Pour les hommes, la valeur maximale de l'espérance de vie est de 87,5 ans et la valeur minimale de 27,5 ans. Les valeurs relevées pour les hommes et les femmes sont indexées en conséquence.

La variable représentant le niveau d'éducation est un indicateur composite dans lequel interviennent pour les deux tiers le taux d'alphabétisation des adultes et pour un tiers le taux brut de scolarisation combiné, c'est-à-dire tous niveaux confondus. Chacune de ces composantes est indexée séparément. Leur valeur maximale est de 100% et leur valeur minimale de 0%. On additionne alors les deux indicateurs pondérés pour obtenir l'indicateur composite du niveau d'éducation.

Le traitement de la composante revenu est plus complexe. Pour calculer les parts du revenu du travail des hommes et des femmes, deux données sont utilisées : le rapport entre la moyenne des salaires féminins et celle des salaires masculins et la part de la population active masculine âgée de 15 ans et plus.

La dernière opération du calcul de l'ISDH consiste à additionner l'indicateur du revenu, l'indicateur de l'espérance de vie et l'indicateur du niveau

d'éducation, et de diviser la somme par trois, ce qui donne à chaque indicateur une pondération d'un tiers.

### **Calcul de l'indicateur de la participation des femmes, IPF**

L'IPF, également apparu en 1995, mesure l'inégalité entre les sexes sur le plan de la participation et de la prise de décisions dans les secteurs économique, politique et professionnel. Il se concentre sur les opportunités ouvertes aux femmes plutôt que sur leurs capacités, déjà mesurées par l'ISDH.

Comme l'IDH et l'ISDH, l'IPF ne retient que quelques variables, bien que la participation puisse revêtir des formes très diverses. L'IPF a pour composantes trois grandes classes de variables définies explicitement pour mesurer le contrôle que les hommes et les femmes peuvent exercer sur leur destinée dans les domaines politique, économique et professionnel.

Le premier ensemble de variables a été choisi pour rendre compte de la participation et du pouvoir décisionnel économiques. Il comprend les pourcentages d'hommes et de femmes exerçant, d'une part des fonctions administratives et d'encadrement et, d'autre part, des professions techniques et des professions dites libérales ou spécialisées. Ce sont là des catégories d'emploi très vastes et très généralement définies.

La seconde variable, le pourcentage de femmes et d'hommes siégeant dans les assemblées parlementaires, a été choisie pour refléter la participation et le pouvoir décisionnel politiques.

La variable choisie pour exprimer le contrôle des ressources économiques est le PIB réel non corrigé par habitant exprimé en PPA). Contrairement au PIB réel par habitant utilisé pour l'IDH et l'ISDH et qui varie de 100 à 5 448 dollars, le PIB réel non corrigé par habitant varie de 100 à 40 000 dollars.

L'IPF se calcule en additionnant les indicateurs des trois variables et en divisant le résultat par trois.

## **Encadré 2. Quelques concepts de base**

### **Capital humain**

Le "capital humain" traduit le niveau de potentialité individuelle atteint par les personnes grâce à l'éducation et la santé. La partie concernant le "capital éducatif" résulte de l'accumulation des connaissances données par le système scolaire et du savoir-faire acquis par expérience professionnelle. La partie "capital sanitaire" résulte d'une nutrition adéquate et d'un suivi sanitaire régulier au cours du cycle de vie : elle se traduit par une espérance de vie plus élevée.

### **Développement humain**

Le "développement humain" est un processus qui accroît les potentialités des individus afin d'ouvrir leurs possibilités de choix et ainsi leur permettre de vivre mieux : par exemple vivre longtemps et en bonne santé, s'instruire, avoir accès aux ressources permettant des conditions de vie décentes. Ce sont quelques exemples, il y en a d'autres : la participation aux décisions, la sécurité sous toutes ses formes, le respect des droits, etc., qui permettent d'être productifs, créatifs, d'appartenir à une communauté et de vivre dans la dignité. Le développement humain vise à atteindre le bien-être perçu dans sa multidimensionnalité la plus large.

### **Pauvreté humaine**

La "pauvreté humaine" retrace un ensemble de manques : impossibilité de vivre longtemps et en bonne santé, de s'instruire, d'avoir des conditions de vie décentes, de participer à la vie collective. Des manques qui résultent d'une difficulté d'accès à un certain nombre de biens et de services (en termes de conditions de vie) ou d'une absence de capitalisation (en termes de potentialités). Elle regroupe donc pauvreté des conditions de vie et pauvreté des potentialités.

### **Pauvreté monétaire**

La "pauvreté monétaire" retrace une insuffisance de revenu qui induit une insuffisance de consommation. L'avantage du revenu est de ramener toute forme de manque ou d'insuffisance à une unique unité de mesure monétaire. Mais si le manque de revenu est un facteur certain de dénuement, il est trop restrictif pour exprimer toutes les formes de pauvreté. La vie humaine ne se résumant pas au revenu, une insuffisance de revenu ne peut représenter la totalité des manques dont souffrent les individus.

### **Potentialités, capacités et opportunités**

Le concept de "potentialités" recouvre trois notions : les dotations en capital, les capacités des individus et les opportunités sociales. Les dotations, sous la forme de capital de toutes sortes, dont disposent les individus leur permettent de mener une vie correcte. Les "capacités" retracent l'aptitude des individus à utiliser ces potentialités à des fins de bien-être. Mais cette capacité peut être réduite par l'absence "d'opportunités" résultant de contraintes ou d'interdictions sociales. C'est pourquoi potentialités, capacités, opportunités sont souvent utilisés ensemble dans le discours international sur le développement.

### **Parité de pouvoir d'achat (PPA)**

Les taux de change à parité de pouvoir d'achat (PPA) intègrent aux taux de change classiques, les écarts de prix entre les pays, ce qui facilite la comparaison des niveaux réels de revenu, de pauvreté, d'inégalité ou de dépenses. Les données en PPA ne sont compilées par la Banque Mondiale, que dans 118 pays ; elles sont établies sur la base d'enquêtes effectuées région par région et sont ensuite fusionnées sur la base d'un programme de classification normalisée destiné à assurer la comparabilité internationale des données.

**Tableau analphabétisme, scolarisation, genre et niveau de vie (en pourcentage)**

	Pauvres extrêmes	Pauvres	Non Pauvres	Ensemble
Taux d'alphabétisme des adultes (>= 15 ans)	37,9	51,1	62,4	49,0
Hommes	48,6	65,1	77,3	61,9
Femmes	28,1	38,5	49,5	37,6
Taux brut de scolarisation primaire (6-12 ans)	48,8	52,5	55,8	52,3
Hommes	51,8	54,0	56,0	54,4
Femmes	45,4	48,5	55,6	50,0
Taux net de scolarisation primaire (6-12 ans)	38,9	41,7	48,8	43,2
Hommes	40,9	43,5	48,9	44,7
Femmes	36,6	48,9	48,6	41,6
Taux brut de scolarisation secondaire (13-19 ans)	21,0	27,0	49,0	31,6
Hommes	26,3	32,6	56,5	37,4
Femmes	15,5	21,3	42,1	25,8
Taux net de scolarisation secondaire (13-19 ans)	15,9	20,4	34,9	23,5
Hommes	11,8	24,6	39,6	27,6
Femmes	19,8	16,1	30,4	19,2

Source : EDAM IS2

**Taux d'alphabétisation des adultes**

Pays	1990		2000	
	M	F	M	F
Djibouti	66,8	39,7	75	54
Soudan	60	31	69,2	46,2
Emirats arabes	71,2	70,6	74,9	79,1
Yémen	55,2	12,9	67,5	25,5
Erythrée	58,5	34,8	67,3	44,5
Ethiopie	37,3	19,8	47,1	31
Kenya	80	60,8	88,9	76

Source : Rapport suivi sur l'éducation pour tous dans le monde, 2002

## **Bibliographie**

- Analyse de la situation sanitaire (CREDES/Ministère de la Santé 2001) ;
- Rapport d'activité (Ministère de la Santé 2002) ;
- Plan quinquennal de développement du système de santé de Djibouti (CREDES/Ministère de la Santé ; 2002) ;
- Plan Stratégique de lutte contre le Paludisme (2002-2006) ;
- Plan Stratégique de lutte contre la Tuberculose (2002-2006)
- Plan d'action de mise en place de la stratégie du PCIME (2002-2006)
- Bilan commun des Pays (CCA- mai 2002),
- Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté ;