



**Convention sur l'élimination  
de toutes les formes  
de discrimination à l'égard  
des femmes**

Distr. générale  
15 février 2024

Original : français  
Anglais, espagnol et français  
seulement

**Comité pour l'élimination de la discrimination  
à l'égard des femmes**

**Quatre-vingt-septième session**

Genève, 29 janvier-16 février 2024

Point 4 de l'ordre du jour provisoire

**Examen des rapports soumis par les États parties  
en application de l'article 18 de la Convention  
sur l'élimination de toutes les formes  
de discrimination à l'égard des femmes**

**Réponse de Djibouti à la liste de points et de questions  
concernant son rapport valant quatrième et cinquième  
rapports périodiques\***

[Date de réception : 15 janvier 2024]

\* Le présent document n'a pas été revu par les services d'édition.



## I. Mécanisme national de promotion des femmes

### A. Le rôle de veille de l'observatoire genre

1. L'Observatoire genre (OG) est un organe de contrôle qui veille d'une part au respect des principes d'équité et d'égalité de genre en appui à la mise en œuvre de la Politique nationale Genre (PNG) et, d'autre part de contrôle de l'application des textes législatifs et réglementaires en relation avec les conventions internationales en la matière.

2. Il repose sur une vision stratégique partagée, à même de favoriser l'ancrage d'une dynamique qui encourage l'émergence d'approches innovantes en matière d'institutionnalisation du genre.

3. L'OG a pour mission général de documenter périodiquement sur les enjeux de la Politique nationale Genre et de fournir des avis et recommandations au Gouvernement. Il produira annuellement un rapport de situation qui sera soumis au Président de la République, au Premier Ministre et au Président de l'Assemblée nationale.

4. Il est en relation avec tous les acteurs de développement aux niveaux national, régional et international.

5. Les missions dévolues à l'OG se déclinent comme suit :

- Contribuer à influencer directement ou indirectement les processus d'élaboration, d'application ou d'interprétation de mesures législatives, normes, règlements et plus généralement, de toute intervention ou décision des pouvoirs publics pour qu'ils soient sensibles au genre ;
- Faciliter/Appuyer l'institutionnalisation de l'égalité de genre (mainstreaming) par son ancrage dans les pratiques, comportements et culture des institutions chargées de la planification, du suivi évaluation des politiques publiques, stratégies, programmes et plans d'action nationaux ;
- Disposer de la traçabilité des engagements pris par les différents secteurs/acteurs pour intégrer/institutionnaliser la dimension genre de manière fiable et objective, avec des indicateurs clairs, précis, chiffrés et mesurables, pour mieux estimer les inégalités de genre et les progrès réalisés vers l'égalité de genre ;
- Promouvoir la réflexion, le renforcement de la connaissance fondée sur des évidences, l'échange d'expériences et de bonnes pratiques en matière d'institutionnalisation de l'EG ;
- Développer /consolider des partenariats avec les différents intervenants nationaux, locaux (institutionnels, OSC et universités etc.) et internationaux.

### B. Accès à la justice

6. L'accès à la Justice est un droit fondamental garanti par la constitution.

7. Afin de concrétiser le droit à l'accès à la justice, l'Etat partie a pris une panoplie des mesures tant législatives qu'administratives. Toutes ces mesures ont pour socle le principe d'égalité et de non-discrimination qui est également principe constitutionnel à l'Article 1 de la constitution « assure à tous l'égalité devant la loi sans distinction de la langue, d'origine, de race ou de religion ». Les mesures pour faciliter l'accès à la justice y compris aux femmes vivant dans les zones rurales sont :

- Mise en place par les textes législatifs d'une aide judiciaire qui permet aux personnes dont les ressources sont insuffisantes de faire valoir leurs droits en justice » ;
  - Création depuis 2020 des juridictions dans les régions de l'Intérieur. Ces juridictions sont appuyées par des audiences qui ont lieu dans les zones les plus reculés y compris dans les villages des réfugiés ;
  - Création aussi en 2020 d'une école d'Etudes Judiciaires destinés entre autres à améliorer la qualité de la justice rendue.
8. Toutes ces mesures ont pour objectif d'améliorer l'accès des citoyens à la justice.
9. Les femmes au même titre que les hommes peuvent librement ester en justice et faire entendre leurs causes par le juge, quels que soient la matière et le lieu.
10. La République de Djibouti dispose de 3 Tribunaux de première instance, d'un tribunal administratif, de deux Cours d'appel et d'une Cour suprême.
11. Selon la loi fondamentale, la justice est fondée sur les principes de légalité et d'égalité. Ces principes sont mis en œuvre par le Code de la famille, le Code de procédure pénale et le Code de procédure civile.
12. En République de Djibouti, aucun texte juridique ne constitue un obstacle pour la femme afin d'exercer son droit de saisir les tribunaux lorsqu'elle est victime d'une atteinte à ses droits, y compris la discrimination.
13. La réalisation la plus importante concernant l'accès à la justice est la création de la Cellule d'Ecoute, d'Information et d'Orientation (CEIO). Cette cellule créée à l'initiative de l'Union Nationale des Femmes Djiboutiennes et placée en son sein, offre une tribune pour la lutte contre les violences faites aux femmes et jeunes filles. Une oreille attentive, est ainsi tendue pour enregistrer les plaintes et doléances des victimes. Puis une aide sociale, médicale et psychologique est offerte. Cette cellule a aussi pour mission de prêter l'appui nécessaire aux femmes victimes de violences en les informant sur leurs droits fondamentaux et en les orientant vers les institutions et services appropriés avec une facilitation d'accès aux instances judiciaires. Les femmes et filles victimes de violence sont aussi aidées et assistées dans leurs démarches administratives et judiciaires.
14. Par ailleurs, l'Etat-partie veille à ce que les personnes vulnérables aient accès à la justice et aux voies de recours prévues par la loi fondamentale et ce, à travers une aide judiciaire.
15. Selon la loi n°136/AN/11/6ème L du 20 juillet 2011 relative à l'aide judiciaire, la priorité de l'aide judiciaire est accordée aux groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées et les malades ou personne vivant avec le VIH/SIDA. Il s'agit d'une aide financière ou juridique que l'Etat accorde aux justiciables dont les revenus sont insuffisants pour accéder à la justice.
16. C'est-à-dire, toute personne justifiant des ressources mensuelles inférieures à 100 000 francs Djibouti. Ce plafond est porté à 150 000 francs lorsque l'intéressé justifie de l'existence de trois enfants à charge.
17. Les Services offerts par le Bureau :
- a) Aide judiciaire dans les affaires pénales : Une aide judiciaire en matière pénale est fournie aux personnes accusées ou faisant l'objet d'une enquête pour diverses infractions pénales prévues par la loi. Les services comprennent des conseils juridiques, des demandes de mise en liberté sous caution et une représentation au tribunal ;

b) Aide judiciaire en matière civile : L'aide judiciaire en matière civile est accordée à toutes les personnes impliquées dans une procédure civile, en qualité de plaideur ou de partie intéressée ;

c) Conseil et assistance juridique : le Bureau d'aide judiciaire fournit également des conseils et une assistance juridique générale dans toutes les questions juridiques. Cela peut comprendre des conseils sur la façon dont la loi s'applique dans des circonstances particulières, une assistance juridique pour prévenir et régler les différends et des conseils devant les tribunaux ;

d) Éducation juridique publique : le Bureau d'aide judiciaire offre aux membres du grand public une éducation juridique publique sur diverses questions juridiques et procédures juridiques. Un accent particulier est également mis sur l'éducation du public à l'existence et aux fonctions du Bureau d'aide juridique.

18. Les Attributions de l'Observatoire Genre sont les suivantes.

### **La collecte, analyse et diffusion des données**

19. L'OG travaille pour faire aboutir à des changements sociopolitiques et culturels en faveur des questions d'équité et d'égalité hommes-femmes et en appui à la décision politique soutenue en cela par l'interprétation objective des données, leur valorisation et restitution (indicateurs, graphiques, cartographie...) et la réalisation de la prospective, ce à travers une approche participative et inclusive des institutions/parties prenantes en l'occurrence, la Direction des Etudes et Statistiques, de la Planification et du Suivi Evaluation du MFF et l'INSD, et par la production d'études, d'enquêtes, recherches-action ciblées et pilotées par l'OG et/ou en collaboration avec des secteurs, des collectivités locales, des institutions de recherche etc.

### **Le suivi -évaluation**

20. L'OG est appelé à veiller au respect des principes d'équité et d'égalité de genre dans la planification des politiques publiques, stratégies, programmes et projets d'une part et contrôler l'application des textes législatifs et réglementaires en relation avec les conventions internationales en la matière, d'autre part.

21. Le dispositif/mécanisme de suivi évaluation permettra à l'OG de répondre aux trois dimensions suivantes :

- La recevabilité : rendre compte de l'exécution, des résultats et de l'impact des actions qui lui sont dédiées à travers son Plan d'Actions, le degré d'atteinte des objectifs fixés et résultats escomptés (en référence notamment à la Matrice du Plan d'Actions triennal 2019-2021 de la PNG), qui implique et intègre également la contribution de l'OG aux actions de suivi évaluation du MFF ;
- L'éclairage : la conduite des actions et du partage d'informations ; et
- La facilitation : ainsi la prise de décision et capitaliser, diffuser, les résultats et leur impact.

### **L'information, la communication et le plaidoyer**

22. En tant qu'espace de concertation et de réflexion, l'OG est une plate-forme d'échanges et d'expertise et de communication pour l'ensemble des acteurs des actions conduites ainsi que leur évaluation.

23. A cette fin, une stratégie de communication et un plan d'action seront élaborés qui fourniront un cadre concerté pour couvrir les communications avec les parties prenantes, (gouvernement/décideurs, parlementaires, PTF, etc.).

24. Cette stratégie s'inscrit dans une vision systémique prenant compte des connexions qui existent entre les différents contextes et des canaux de communication formels et informels qui changent en tenant compte de l'évolution des attitudes et comportements.

## II. Stéréotype discriminatoire et pratiques préjudiciables

25. La stratégie Nationale de lutte contre les mutilations génitales féminines ayant pris fin en 2021, le ministère de la femme et de la famille a lancé le processus d'évaluation en novembre 2023. Ce processus finalisé une nouvelle stratégie nationale de lutte contre les mutilations génitales féminines 2024-2029 sera élaboré en 2024 et un comité a été mis en place en 2008 mais ce comité a été remplacé par la Plateforme de la Protection de l'Enfant en 2018.

26. Aussi une enquête nationale sur les violences faites aux femmes (EVFF) de 2019 a été réalisée et constitue la première enquête spécifique qui couvre tous les aspects des violences faites aux femmes contrairement aux précédentes enquêtes PAFAM qui n'intégraient que les mutilations génitales et l'opinion des femmes sur les violences.

27. L'EVFF a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INSD) sur demande du ministère de la Femme et de la Famille (MFF) avec un financement du FNUAP, de l'UNICEF et de l'Union Européenne. Elle a pour objectif principal d'évaluer l'évolution de la situation des violences faites aux femmes au sein de la société djiboutienne.

28. La réalisation de l'EVFF s'est faite en deux phases : une phase d'enquête quantitative et une phase d'enquête qualitative. L'enquête quantitative s'est déroulée au mois de novembre 2019 sur un échantillon de 5000 ménages. L'enquête qualitative a été réalisée en décembre 2019 par des focus groupes et des entretiens individuels.

29. L'exploitation des données de l'EVFF donne les principaux résultats résumés ci-après.

### A. Mutilations génitales féminines

30. La prévalence de MGF au niveau national est 70,7 %, tous âges considérés. Cette prévalence est en baisse de près de 8 points de pourcentage par rapport à celle de 2012 qui était de 78,4 %.

31. Il y a cependant lieu de remarquer que la diminution de la prévalence est observée uniquement dans le milieu urbain où elle est passée de 78,5 % à 69,1 % entre 2012 et 2019. Pendant ce temps elle a légèrement augmenté en milieu rural : 77,8 % en 2012 et 78,6 %.

32. De même il existe une disparité entre les régions dans la prévalence de MGF : les prévalences dans la région d'Ali Sabieh (61,2 %) et à Djibouti ville (68,5 %) sont beaucoup moins élevées que celles des autres régions : Obock (73,6 %) ; Arta (76,4 %) ; Dikhil (82,0 %) et Tadjourah (88,2 %).

33. Par ailleurs on constate à travers les résultats que les formes les plus dures de MGF (infibulation, excision) sont progressivement abandonnées au profit de la forme la plus simple, à savoir la souna qui est plus pratiquée chez les moins de 25 ans.

34. Une proportion de 79,1 % de personnes âgées de 15 ans et plus ont affirmé avoir entendu parler de MGF. Ce pourcentage est de 95,3 % pour les femmes et de 60,3 % pour les hommes. Parmi eux 71,3 % ont déclaré que la pratique de MGF a diminué

dans leur communauté ; 70,2 % savent qu'il existe une loi interdisant la pratique de MGF ; et 69,5 % pensent que les MGF doivent être abandonnés.

## B. Mariage précoce

35. Le taux de mariage de femmes de moins de 18 ans ou taux de mariage précoce est 13,3 % dans l'ensemble avec une différence significative entre le milieu urbain (10,3 %) et le milieu rural (26,9 %).

## C. Violences domestiques

36. Violences physiques : une proportion de 7,2 % de femmes non célibataires a subi au moins un acte de violence physique de la part du dernier mari/partenaire au cours de la vie de couple ; et 4,6 % l'ont subi au cours des 12 derniers mois. Pour les femmes célibataires, la prévalence de ces violences est 6,1 %.

37. Des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ont été rapportées par 22,5 % des femmes victimes de violences physiques conjugales de la part du dernier mari/partenaire.

38. Violences sexuelles : 5,3 % des femmes non célibataires ont subi au moins un acte de violences sexuelles de la part du dernier mari/partenaire au cours de la vie de couple. Cette prévalence était de 3,5 % au cours des 12 derniers mois. La prévalence des violences sexuelles pour les femmes célibataires est de 0,6 %.

39. Violences émotionnelles : 9,4 % des femmes non célibataires ont subi des violences émotionnelles au moins une fois dans leur vie de couple avec le dernier mari/partenaire.

40. Contrôle exercé par le mari/partenaire : elles sont 31,0 % de femmes non célibataires à avoir subi, au moins une fois dans leur vie de couple avec le dernier mari/partenaire, au moins un acte de contrôle exercé par le mari/partenaire.

41. Recherche d'aide contre les violences : parmi l'ensemble des femmes de 15-64 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles, seulement 21,1 % ont cherché à un moment donné de l'aide. L'aide était principalement demandée auprès des propres familles des victimes (71,3 %) ; des familles des maris/partenaires (54,8 %) ; des hommes et femmes de loi (35,8 %) ; des voisins (23,9 %) ; à des ONG/UNFD (23,7 %).

### Tableau de synthèse des résultats

<i>Indicateurs</i>	<i>National</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>
<b>Mutilation génitale féminine (MGF)</b>			
Prévalence MGF – Tous les âges ( %)	70,7	69,1	78,6
Prévalence MGF – Fillettes 0 - 10 ans ( %)	21,2	15,9	41,5
Prévalence MGF – Filles 11 -14 ans ( %)	62,9	59,2	86,2
Prévalence MGF – Femmes 15 -24 ans ( %)	82,5	80,9	94,1
Prévalence MGF – Femmes 25 ans et plus ( %)	94,3	93,6	98,2
Proportion type1 MGF : Souna ( %)	41,0	40,8	41,7
Proportion type2 MGF : Excision ( %)	18,5	18,5	18,4
Proportion type3 MGF : Infibulation ( %)	40,1	40,4	38,8

<i>Indicateurs</i>	<i>National</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>
Pourcentage de MGF pratiquées par les exciseuses traditionnelles / Membre du ménage ( %)	93,2	92,5	96,6
Pourcentage de MGF pratiquées à domicile ( %)	96,0	95,5	98,3
Age moyen de la survenue de la MGF (ans)	5,8	6,2	3,9

42. Pour ce qui est du suivi des victimes des MGFs, un protocole de prise en charge pour les victimes des MGFs a été élaboré et des formations ont été faites pour les sages-femmes sur tout le territoire.

#### **D. Prise en charge médicale des victimes ayant subi une mutilation sexuelle féminine**

43. La prise en charge des complications physiques va d'un appui conseil et/ou à une prestation médicale ou chirurgicale. Lors de l'évaluation de l'état de la patiente, le prestataire doit identifier le type de soin qui conviendra.

##### **Accueil de la patiente**

- Saluer chaleureusement la patiente ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter à la patiente ;
- Demander son nom ;
- Rassurer par rapport à la confidentialité.

##### **Interrogatoire et enregistrement de la patiente**

- Recueillir les informations d'ordre général (nom, prénom, âge, statut matrimonial, profession etc.) ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Noter les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux et l'état vaccinal.  
S'il s'agit d'une femme, noter :
  - Les antécédents gynécologiques, obstétricaux ;
  - Les antécédents des MGF ;
  - Les signes fonctionnels : dyspareunie, frigidité, vaginisme, dysurie, etc.

##### **Examen de la patiente**

- Procéder à l'examen physique de la patiente :
  - Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
  - Expliquer à la patiente le déroulement de l'examen ;
  - Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
  - Aider la patiente à s'installer ;
  - Pratiquer l'examen général ;

- Prendre les constantes : tension artérielle, pouls, poids, température ;
  - Examiner les conjonctives ;
  - Examiner les seins pour rechercher des masses, une modification de consistance, un écoulement mammaire etc. ;
  - Palper l'abdomen (foie, rate) à la recherche d'une masse ou d'une sensibilité ;
  - Faire une auscultation cardiaque (recherche de bruit, souffles anormaux) ;
  - Faire l'examen des membres inférieurs (douleurs, œdèmes, chaleur, varices).
- Procéder à l'examen gynécologique de la patiente :
- Expliquer à la femme le but de cet examen ;
  - S'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum ;
  - Aider la femme à s'installer en position gynécologique ;
  - Se laver les mains au savon, les essuyer avec une serviette propre et individuelle ou les sécher à l'air libre ;
  - Porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau ;
  - Inspecter les organes génitaux externes à la recherche de lésions (grattages, cicatrices des MGF, etc.) ou d'écoulement ;
  - Faire un examen au spéculum si possible pour détecter une rougeur cervico-vaginale, un écoulement, une ulcération ;
  - Mettre le spéculum dans la solution de décontamination ;
  - Faire un examen bi manuel pour apprécier l'état du col, des annexes et de l'utérus ;
  - Faire un toucher rectal au besoin (pour apprécier l'état de l'utérus, des annexes et des paramètres) ;
  - Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
  - Enlever les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
  - Se laver les mains au savon ;
  - Aider la patiente à se relever et à s'habiller ;
  - Informer la patiente des résultats de l'examen ;
  - Enregistrer les résultats de l'examen sur les registres ou fiches opérationnelles et carnets ;
  - Demander les examens complémentaires au besoin ;
  - Prescrire le vaccin anti tétanique en préventif ;
  - Prescrire un traitement curatif ou référer si nécessaire ;
  - Donner le prochain rendez-vous en insistant sur l'importance du respect de la date de rendez-vous ;
  - Informer la patiente sur la nécessité de revenir au centre à tout moment en cas de besoin ;
  - Remercier la patiente, l'accompagner et lui dire au revoir ;
  - Référer les cas compliqués.



### La prise en charge des complications par niveau de structure

44. La prise en charge se fera par niveau de structure et suivant la qualification du personnel et l'équipement disponible. Sont concernées les complications suivantes.

#### *Hémorragie*

45. C'est une perte plus ou moins abondante de sang survenant à la suite de la pratique des MGF.

46. Les signes/symptômes sont :

- Écoulement de sang ;
- Signes de gravité : sueurs froides, soif, perte de connaissance, choc.

### La prise en charge par niveau de l'hémorragie

<i>Niveaux</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Responsables</i>
Village/ communautaire	Rassurer Faire le counseling Orienter d'urgence	Accoucheuses traditionnelles (AT), Exciseuses (Exc), Relais (R)
Postes de santé	Sans gravité Assurer l'hémostase par une compression ou par application d'un hémostatique ou au besoin faire une suture Donner un antalgique (paracétamol) et un antibiotique (amoxicilline) en fonction du poids et de l'âge Prendre une voie veineuse avec cathéter et sécuriser Vérifier l'état vaccinal ; faire le sérum anti tétanique (SAT) et/ou le vaccin anti tétanique (VAT) au besoin Contrôler la tension artérielle (TA), le pouls Si amélioration : Continuer le traitement et le counseling Si pas d'amélioration (apparition de signes de gravité) : Idem Prise en charge (PEC) hémorragie sans gravité et Informers les parents de la nécessité de la référence Avertir la structure de référence Remplir une fiche de référence Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé)	Sage-femme (SF), Infirmier diplômé d'état (IDE), Matrone (Mat)
CMH	Idem Postes de santé et Administrier le Ringer lactate Faire un groupage/rhésus, NFS, Donner antalgique (Paracétamol matin midi et soir) et antibiotique (amoxicilline) Faire le counseling spécifique pour l'abandon des MGF	Med, SF, IDE
Hôpitaux	Idem CMH	Med, SF, IDE

*Choc*

47. Le choc est un état dans lequel on observe une chute de la tension artérielle systolique au-dessous de 80 mm Hg associée ou non à des troubles de la conscience de degré variable.

48. Les signes/symptômes sont :

- Pouls rapide et faible (rythme supérieur ou égal à 110/mn) ;
- Faible tension artérielle (systolique inférieure à 80 mm/Hg) ;
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains ou autour de la bouche) ;
- Sueurs, respiration rapide (respiration supérieure ou égale à 30/mn), anxiété, confusion ou perte de connaissance.

49. Les gestes d'urgence sont :

- Prise rapide d'une voie veineuse et la sécuriser ;
- Demande du sang iso groupe iso rhésus ;
- Initiation du traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.

**La prise en charge par niveau du choc**

<i>Niveaux</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Responsables</i>
Village/ communautaire	Rassurer Orienter d'urgence	AT, Exc , Relais communautaire (R C)
Postes de Santé	Faire coucher la patiente en décubitus dorsal en position déclive  Prendre une voie veineuse au cathéter avec du sérum salé isotonique ou Ringer lactate et sécuriser  Assurer l'hémostase : application de pommade hémostatique et faire une suture au besoin  Administrar le SAT et le VAT si l'intéressée n'est pas vaccinée  Surveiller pouls, TA.  Si pas d'amélioration :  Informers les parents de la nécessité de la référence  Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang  Informers la structure de référence  Remplir une fiche de référence  Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé)	SF, IDE, Mat
CMH	Idem Postes de santé et  Donner de l'oxygène  Faire un groupage/rhésus, NFS  Faire la transfusion iso groupe iso rhésus au besoin  Réexaminer la plaie et assurer l'hémostase au besoin	Med, SF, IDE

<i>Niveaux</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Responsables</i>
	Donner antalgique (paracétamol) et antibiotique (amoxicilline) Faire le counseling	
Hôpitaux	Idem CMH	Med, SF, IDE

### *Infections*

50. C'est l'invasion du site des MGF par des micro-organismes de nature variée.

51. Les signes/symptômes sont :

- Fièvre, frissons ;
- Rougeur et douleur locales ;
- Ecoulement de pus, etc.

### **La prise en charge par niveau des infections**

<i>Niveaux</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Responsables</i>
Village/ communautaire	Rassurer Faire le counseling Orienter	AT, Exc, RC.
Postes de santé	Rassurer Examiner Appliquer un traitement local avec un antiseptique doux (Bétadine gynécologique) Donner antibiotique oral (amoxicilline) suivant une posologie adaptée pendant 7 jours Faire la sérovaccination anti-tétanique selon le statut vaccinal Faire le counseling Si pas d'amélioration : Informer les parents de la nécessité de la référence Conseiller aux parents de prévoir de l'argent Informer la structure de référence Référer	SF, IDE, Mat
CMH	Idem niveau poste de santé et Demander des examens complémentaires Prendre en charge selon l'étiologie Si pas d'amélioration : Référer d'urgence	Med, SF, IDE
Hôpitaux	Idem niveau CMH et Faire un prélèvement de pus + antibiogramme Traiter	Med, SF, IDE

*Rétention aigue d'urine*

52. La rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine correspond à l'impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale.

53. Les signes/symptômes sont :

- Facile sur la constatation clinique du globe vésical

**La prise en charge par niveau de la rétention aigue d'urine**

<i>Niveaux</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Responsables</i>
Village/ communautaire	Rassurer Faire le counseling Orienter	AT, Exc , Relais (R C)
Postes de santé	Assurer les mesures d'asepsie : Placer une sonde à demeure Donner antibiotique oral (amoxicilline) suivant une posologie adaptée pendant 7 jours Faire le counseling Si impossible de placer la sonde ou pas d'amélioration Référer	SF, IDE, Mat
CMH	Idem poste de santé et Cathétérisme sus pubienne ECBU plus antibiogramme Référer	Med, SF, IDE
Hôpitaux	Idem CMH et Demander consultation spécialisée en urologie	Med, SF, IDE

**E. La prise en charge de la femme enceinte****Pendant la consultation prénatale**

54. Il est important pendant la grossesse d'examiner les femmes excisées pour évaluer le type des MGF et la taille de l'orifice vulvaire. Cet examen permet de prévoir les éventuelles complications à l'accouchement et donc de définir la conduite à tenir.

55. Cet examen ne sera sans doute possible qu'après un premier bon contact et l'instauration d'un climat de confiance. Les observations doivent être retranscrites avec soin dans le dossier de la patiente pour éviter les examens répétés. (Note : Le counseling peut être nécessaire ici pour discuter avec la femme du type d'excision et des conséquences sur sa santé et celle du bébé. On peut aussi discuter avec le mari en ce moment.)

56. Pour les femmes qui sont infibulées avec une ouverture qui ne permet pas un examen vaginal, une désinfibulation avant l'accouchement peut être proposée. La période qui semble la plus propice est entre 20 et 28 semaines d'âge gestationnel. Elle n'est pas conseillée au cours du premier trimestre pour éviter l'exposition aux agents anesthésiques. Cela évite aussi que la procédure ne soit considérée comme

responsable d'un éventuel avortement spontané. Pratiquer la désinfibulation pendant la grossesse exige que cela se fasse dans les meilleures conditions par des professionnels experts en la matière. Mais certaines femmes préféreront attendre l'accouchement pour que « tout soit fait en même temps ».

57. Il est souhaitable lors de ces contacts d'aborder avec la femme, et éventuellement son partenaire, le thème de la « désinfibulation » (voir paragraphe « Pendant le post-partum » ci-dessous)

### **Pendant l'accouchement**

58. A l'admission, si cela n'a pas déjà été fait pendant la grossesse, le type de mutilation génitale et l'ouverture vaginale doivent être évalués et les conditions de l'accouchement discutées selon les cas :

#### **Primipares**

59. Pour les femmes qui ont subi une infibulation ou qui ont une ouverture vaginale empêchant tout examen, une incision antérieure au niveau de la cicatrice peut être proposée en début de travail sous anesthésie locale, pour permettre des touchers vaginaux et l'évaluation de la progression du travail.

60. Pour les femmes chez qui les touchers vaginaux sont possibles, attendre le moment de l'expulsion pour faire l'incision antérieure. Une fois la tête sur le périnée, on pratique une incision antérieure, en protégeant l'urètre. Si cela n'est pas suffisant et qu'une déchirure semble imminente, on pratiquera en complément une épisiotomie latéro-postérieure, mais seulement après l'incision antérieure.

#### **Multipares**

61. Une fois la tête sur le périnée, on évaluera si une incision antérieure est nécessaire ou non.

62. N.B: Le degré d'élasticité du tissu cicatriciel varie énormément pour chaque femme et demande une évaluation individuelle. Toute femme et tout fœtus doivent être surveillés de très près afin de vite détecter une détresse fœtale ou maternelle.

63. Cependant le premier accouchement chez une femme primipare infibulée (type III) nécessite toujours une incision antérieure, et si nécessaire une épisiotomie latéro-postérieure. Certaines multipares par contre, peuvent ne pas avoir besoin d'incision. En plus, on doit pratiquer une expulsion contrôlée de la tête et veiller à ce que le périnée soit protégé pendant l'expulsion. Les épisiotomies latéro-postérieure seules, comme elles se pratiquent habituellement, ne sont pas appropriées car le tissu cicatriciel antérieur peut se déchirer. On ne doit y avoir recours, si nécessaire, qu'après l'incision antérieure.

### **Pendant le post-partum**

#### *Après la césarienne*

64. Si la patiente demande à être désinfibulée : Les deux berges mises à nu doivent être suturées avec du fil absorbable afin de reconstituer les grandes lèvres, la technique » ci-dessous). Certaines patientes, même complètement infibulées, peuvent ne plus avoir leurs petites lèvres, mais posséder toujours un clitoris intact. Il faut informer le couple et/ou la patiente des changements physiologiques qui vont intervenir après la désinfibulation au cours de ou pendant la miction, les règles et les relations sexuelles.

65. Dans la mesure du possible, si la femme se rend à la consultation prénatale, il est recommandé d'en discuter sans plus tarder, plutôt que d'attendre le dernier

moment. Il est, en effet, difficile d'aborder ces questions d'une manière sereine, juste après la naissance. Le médecin ou la sage-femme se contentera donc de réparer le tissu cicatriciel désuni. L'intérêt de la désinfibulation pour permettre les relations sexuelles, l'écoulement des urines et des règles doit être expliqué au couple et/ou à la femme.

#### *Technique de désinfibulation*

##### a) Préparation

Sauf en cas d'accouchement imminent, on doit prendre le temps d'expliquer en quoi consiste la désinfibulation. Des planches anatomiques d'une vulve normale et d'une vulve infibulée peuvent être montrées (par exemple le « Livre d'images universel de la naissance » et autres supports). Les bénéfices de la désinfibulation doivent être expliqués ainsi que les changements que cela va entraîner en ce qui concerne la miction, les règles et les rapports sexuels.

##### b) Type d'anesthésie (dépend du moment où elle est réalisée) :

- Pendant la grossesse (au cours du deuxième trimestre) : On préférera une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie pour éviter le risque de causer un traumatisme psychologique dû à la réminiscence de l'infibulation que la femme a subie dans son enfance ;
- Pendant le travail : Analgésie péridurale ;
- Au moment de l'expulsion : Analgésie péridurale ou anesthésie locale.

#### **Tableau relatant les données récentes du mariage précoce et autres formes de violences faites aux femmes et filles**

<i>Indicateurs</i>	<i>National</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>
<b>Mariage précoce</b>			
Ages au premier mariage des femmes			
10 - 14 ans ( %)	3,3	2,1	8,8
15 - 17 ans ( %)	10,0	8,2	18,1
18 ans et + ( %)	86,7	89,7	73,2
Age moyen au 1er mariage (ans)	23,2	23,5	21,3
<b>Violences faites aux femmes (15 - 64 ans)</b>			
Violences physiques conjugales tout moment ( %)	7,9	7,6	9,2
Violences physiques conjugales les 12 derniers mois ( %)	4,6	3,9	7,6
Violences physiques célibataires jamais mariées tout moment ( %)	6,1	6,4	2,3
Violences sexuelles conjugales tout moment ( %)	5,3	4,8	7,4
Violences sexuelles conjugales les 12 derniers mois ( %)	3,5	2,9	6,1
Violences sexuelles célibataires jamais mariées tout moment ( %)	0,6		
Violences émotionnelles conjugales tout temps ( %)	9,4	9,4	9,4
Violences émotionnelles conjugales les 12 derniers mois ( %)	4,7	4,6	5,1
Contrôles exercés par le mari/partenaire tout moment ( %)	31,0	33,8	18,6

### III. Participation de la vie politique et de la vie publique

66. L'évolution du quota légiféré entre 2002 et 2018 (de 10 % à 25 %) a influencé le taux des femmes élues et nommées à différents niveaux.

67. De 2011 à 2017, les postes électifs se sont accrus tant pour le Parlement (9 à 17 femmes parlementaires, soit 13 % à 26 %) dont une vice-présidente, des présidentes de commissions permanentes dont celle des lois et des droits de l'Homme. Il en est de même que pour les régions/ communes (10 % à 29 %). Les postes nominatifs ont une légère hausse (21 % à 22 %) et nuancée, une fois ventilée par niveau de poste.

68. La présence des femmes dans les hautes fonctions politiques (Ministre, Ambassadeur, Conseil Constitutionnel) régresse (14 % à 9 %) mais progresse dans les hauts emplois administratifs (de 23 % à 25 %).

69. Le gouvernement actuel compte six femmes sur vingt-quatre membres (soit 25,07 %). Une proportion record pour le pays. L'accroissement des femmes cadres est éloquent (20 % à 32 %).

70. 6 femmes ministres sur 24 (25/ %) ; 17 femmes parlementaires/65 (26 %) ; 4 Secrétaires Générales de ministères ; 2 femmes/6 au Conseil Constitutionnel ; 5 femmes sur 9 à la Commission Nationale de la Communication ; 7 femmes sur 10 à la Cour Suprême ; 14 femmes à la Cour d'Appel.

71. Au niveau de la décentralisation, les deux dernières élections régionales et communales (2012 et 2017) ont également vu le taux des femmes élues augmenter, allant de 10 % en 2006 (11/103) à 29 % en 2012 (48/168) et garder le même niveau en 2017 (56/194, soit 28,8 %).

72. Sur le plan de la représentation de la femme au niveau international, comme dans la fonction publique, les femmes représentent seulement  $\frac{1}{4}$  du personnel de cadre A1 du Ministère des Affaires Etrangères. Seulement, 24,59 % du personnel de cadre A1 du MAE sont des femmes. La répartition du personnel de cadre A1 de l'administration centrale du MAE frôle l'équilibre contrairement à celle du personnel des services extérieurs.

73. Dans les missions diplomatiques à l'étranger, la situation a évolué par rapport à 2013. Une ambassadrice a été nommée pour la première fois en 2016 au Kenya jusqu'à 2018. Par ailleurs,

74. Une autre femme est ambassadeur Extraordinaire et Plénipotentiaire de la République de Djibouti auprès de la Confédération Helvétique depuis 2016. Elle occupe également le poste de Représentante Permanente auprès de l'office des Nations-Unies, de l'Organisation Mondiale du Commerce ainsi que des autres institutions spécialisées présentes à Genève.

### IV. Education

#### A. Les causes décrochages et les abandons des filles en milieu scolaire

75. Les obstacles des filles à l'éducation sont multiples :

- Les facteurs socio culturels ;
- La pauvreté des familles ;
- L'éloignement des établissements ;

- La violence en milieu scolaire ;
- Les mariages et grossesses précoces ;
- Les situations urgentes.

76. Pour éliminer les obstacles le Ministère de l'Education National a déployé des gros efforts depuis plus d'une décennie qui sont :

- La Construction des écoles et des extensions afin de lutter contre l'éloignement et la déscolarisation des filles ;
- La création des Cantines scolaires 2 repas chauds dans toutes les régions ainsi dans les localités ;
- La distribution des Manuels scolaires gratuits dans les régions ainsi dans leurs localités ;
- La gratuité des uniformes ;
- La Création d'un bureau genre au sein du ministère ;
- La Lutte contre la violence genre en milieu scolaire (enquête et sensibilisation) ;
- La Lutte contre le décrochage scolaire (étude et sensibilisation).

## **B. Le programme d'alphabétisation**

### **La participation, les obstacles et la réussite du programme national de l'alphabétisation**

77. Notre objectif est également de proposer les voies et moyens d'identifier les pistes d'amélioration possible pour une alphabétisation de qualité rendant possible l'atteinte des objectifs qui lui assignés, c'est-à-dire les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

78. Le Programme National d'Alphabétisation est à sa 5ème année de fonctionnement et le volet financé par le MFF (Femfi) à sa 4ème année. Le programme national d'alphabétisation est aujourd'hui considéré comme une priorité nationale devant être soutenu à la fois par les pouvoirs publics mais également par les partenaires internationaux. Dès lors que L'alphabétisme est considéré comme un droit fondamental de l'être humain.

79. En effet, constat a été fait que l'analphabétisme ne caractérise pas seulement les pays en voie de développement mais que même dans les pays développés qui ont atteint la scolarisation universelle, il n'est pas rare de rencontrer un certain taux d'analphabétisme persistant au niveau des jeunes et des adultes et constitue un facteur de marginalisation et d'exclusion sociale.

80. Pour en venir au sujet qui nous préoccupe, le PNA disait-on se caractérise à la fois par un constat globalement positif sans toutefois être à l'abri des difficultés souvent liées à la fréquentation et au taux d'achèvement du cursus d'alphabétisation étalé sur 3 ans. En effet, si les inscriptions sont très satisfaisantes chaque année, il n'en demeure pas moins que la fluctuation des effectifs est aussi importante que les inscriptions ! Les disparitions et les réapparitions se suivent et ont pour conséquence une alphabétisation plus ou moins parcellaire et donc préjudiciable à la fois à l'apprenante et à l'enseignant ! Toutefois les disparitions définitives des inscrits sont plus nombreuses à l'issue d'une année de fréquentation. Ce qui « rassure » un peu, c'est qu'à l'issue d'une année de cours, l'on peut toutefois considérer la personne comme ayant acquis l'essentiel : les connaissances de base du « lire, écrire et compter.



81. La capacité d'accueil de nos salles de classes est d'ailleurs plus ou moins approchée à chaque reprise, en début d'année. Entre 20 et 25 inscriptions y sont enregistrées. Mais les derniers chiffres statistiques montrent cependant que le taux de déperdition reste élevé et tourne autour de 55 % par an.

82. Cette observation nous conduit à nous poser la question des obstacles qui entravent la participation et le taux d'achèvement du cursus d'alphabétisation (3 ans) malgré les efforts engagés.

83. Après analyse des éléments de réponse recueillis auprès des alphabétisées lors de nos visites dans les centres à Djibouti comme dans les régions, les raisons avancées par ces dernières restent majoritairement autour de la précarité sociale ! Nombreuses sont celles et ceux qui nous expliquent qu'ils ne peuvent garantir une assiduité sans faille en raison notamment des conditions de vie qui sont les leurs ! Il s'agit majoritairement de femmes travaillant dans l'informel et ayant pour la plupart des petits commerces comme vendeuses de galettes, de pains, de khat etc...

84. Une seconde explication avancée par une grande majorité des apprenantes émerge des entretiens conduits par nos équipes et tourne autour du manque de motivation à l'issue du programme. Autrement dit, qu'est-ce nous pourrions attendre à la fin de la formation ? Comprenons, un financement d'Agr (Activité génératrice de revenus), emploi, etc... En soit un espoir débouchant sur une insertion sociale quelconque.

85. Malgré tous ces faits caractérisant le taux encore élevé de déperditions, il n'en demeure pas moins que le PNA reste aujourd'hui une action sociale fiable dont la pérennisation reste une obligation morale qui interpelle à la fois les pouvoirs publics mais également l'ensemble des partenaires au développement. Les dernières données statistiques montrent d'ailleurs qu'en dépit d'une déperdition récurrente et un taux d'achèvement élevé, le PNA tient ses engagements. Le tableau ci-dessous montre

86. L'atteinte des OMD demande certes des sacrifices mais l'engagement de tous, reste le seul moyen de leur réalisation. Nous pensons qu'il est à la fois nécessaire et quasi obligatoire de pérenniser le PNA en y intégrant les attentes des alphabétisées dans le but de leur assurer un ascenseur social fiable et de leur éviter toute marginalisation susceptible de creuser encore plus la faille sociale.

### Effectifs ayant contacté le programme depuis 2019

	<i>Niveau 1</i>	<i>Niveau 2</i>	<i>Niveau 3</i>	<i>Total</i>
Djibouti-ville	1371	545	358	2274
Balbala	1637	664	434	2735
Arta	452	471	181	1104
Dikhil	1287	511	336	2134
Ali-Sabieh	635	377	322	1334
Tadjouah	727	361	307	1395
Obock	399	312	230	941
<b>Total</b>	<b>6508</b>	<b>3241</b>	<b>2168</b>	<b>11917</b>

## V. Emploi

### A. Ségrégation de l'emploi sur le marché du travail

87. La ségrégation des emplois sur le marché du travail est interdite à Djibouti. Ainsi, la loi n°133/AN/05/5ème L portant Code du Travail stipule en son article 3 qu'aucun employeur ne peut prendre en compte le sexe en ce qui concerne l'embauche.

88. Article 3 du code de travail : Sous réserve des dispositions expresses du présent Code, ou de tout texte de nature législative ou réglementaire protégeant les femmes, les enfants et les jeunes, ainsi que des dispositions relatives à la condition des étrangers, aucun employeur ne peut prendre en compte le sexe, l'âge, la race, la couleur, l'origine sociale, la nationalité ou l'ascendance nationale, l'appartenance ou la non-appartenance à un syndicat, l'activité syndicale ou les opinions, notamment religieuses et politiques du travailleur pour arrêter ses décisions en ce qui concerne notamment l'embauche, la conduite et la répartition du travail, la formation professionnelle, l'avancement, la promotion, la rémunération et autres conditions de travail, l'octroi d'avantages sociaux, la discipline ou la rupture du contrat de travail.

89. Également la loi n°48/AN/83/1ère L du 26 juin 1983 portant statut général des fonctionnaires mentionne dans son titre 2 relatif au recrutement à l'article 15 que « Nul ne peut être nommé et maintenu à un emploi public :

- S'il ne possède pas la nationalité Djiboutienne ;
- S'il ne jouit pas de ses droits Civiques et s'il n'est de bonne moralité ;
- S'il ne se trouve en position régulière au regard des lois sur le recrutement de l'armée ;
- S'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction et s'il n'est reconnu, soit indemne de toute affection tuberculeuse, cancéreuse ; nerveuse, lépreuse ou poliomyélitique, soit définitivement guéri. Les conditions d'application de cette disposition sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres ;
- S'il ne possède pas les titres ou diplômes exigés par le statut particulier. ».

### B. Le principe de du salaire égal pour un travail de valeur égale

90. Ce principe du salaire égal pour un travail de valeur égale est reconnu par la réglementation de travail de Djibouti. Ainsi l'article 137 du code de travail qui stipule que « A travail de valeur égale, le salaire est égal pour tous les travailleurs ».

91. Article 137 : A travail de valeur égale, le salaire est égal pour tous les travailleurs quels que soient leur origine, leur sexe, leur âge, leur statut et leur confession, dans les conditions prévues au présent Code.

92. Il est également prévu que les conventions collectives ne peuvent pas modifier les modalités d'application du principe « à travail de valeur égal, salaire égal ».

93. L'article 259 alinéa 4 de la Loi n° 221/AN/17/8ème L modifiant et complétant la loi n° 133/AN/05/5ème L du 28 janvier 2006 portant Code du Travail prévoit que « Les conventions collectives ne peuvent modifier les dispositions du présent code sur les modalités d'application du principe « à travail de valeur égale, salaire égal » quels que soit l'origine, le sexe et l'âge du travailleur ».

94. De même, les salaires des fonctionnaires de l'État sont des salaires indiciaires et les salaires des agents conventionnés de l'État sont des salaires catégoriels fixés en tenant compte des diplômes et des qualifications du travailleur sans prendre en considération l'origine, le sexe et l'âge du salarié.

### **C. Le harcèlement sexuel et moral dans le milieu du travail**

95. Concernant le harcèlement sexuel et moral dans le milieu du travail, les articles 4 de la loi n° 221/AN/17/8ème L modifiant et complétant la loi n° 133/AN/05/5ème L du 28 janvier 2006 portant Code du Travail prévoient l'interdiction du harcèlement sexuel sur le lieu de travail et encourager les victimes à porter plainte contre les contrevenants. L'article 4 ter « Le harcèlement sexuel au travail est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ». Sont assimilés au harcèlement sexuel, toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. L'auteur des faits peut être un collègue ou un supérieur hiérarchique ou un subordonné du salarié victime. L'employeur prend toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les faits de harcèlement sexuel dans son entreprise d'y mettre un terme et de les sanctionner. Tout salarié ayant procédé à des faits de harcèlement sexuel est passible d'une sanction disciplinaire. Article 4 dispose que « Lorsque survient un litige relatif à l'application des articles 4 bis et 4 ter le salarié présente des éléments de fait laissant supposer l'existence d'un harcèlement ». Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que ces agissements ne sont pas constitutifs d'un tel harcèlement et que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à tout harcèlement. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles.

96. Les auteurs de harcèlement moral ou sexuel au travail sont punis d'une amende d'un million de francs (1 000 000 FD) à deux millions de francs (2 000 000 FD) et d'un mois d'emprisonnement et, en cas de récidive, de deux mois d'emprisonnement et d'une amende double, ou de l'une de ces deux peines seulement conformément aux dispositions de l'article 290 k de la loi n° 221/AN/17/8ème L modifiant et complétant la loi n° 133/AN/05/5ème L du 28 janvier 2006 portant Code du Travail.

### **D. Le travail des enfants**

97. Le travail des enfants est interdit à Djibouti et l'âge minimum d'accès au marché du travail est de 16 ans.

98. Article 5 du code de travail : L'âge minimum d'accès au marché du travail est fixé à 16 ans révolus.

99. Article 108 du code de travail : Conformément à l'article 5 du présent Code, le travail des enfants est interdit en République de Djibouti. Par « jeunes » au sens du présent Code, il faut entendre les travailleurs mineurs âgés de 16 à 18 ans.

## **VI. Santé**

100. La santé maternelle et néonatale est considérée une priorité nationale car elle cible la population vulnérable, un facteur contribuant au développement humain

durable et une condition préalable à la réalisation des objectifs de développement durable auxquels la République de Djibouti s'est engagée. Ceci a bien été reflété dans la redéfinition de la stratégie sectorielle du MS à travers l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2020-2024. Puisque le PNDS 2020-2024 s'inscrit dans la perspective de relever l'ensemble des défis liés à la SMN en vue d'accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et les Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé des mères et nouveaux nés. Ainsi, en vue de consolider les acquis en matière de la SMN, et de bâtir sur les recommandations et les axes stratégiques du PNDS 2020-2024 le ministère de la Santé a développé la stratégie nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2022-2026. Cette stratégie est élaborée à travers une approche de planification participative et inclusive avec une implication de tous les acteurs et partenaires du secteur à tous les niveaux.

101. Les réalisations clefs 2022-2023 du le ministère de la Santé sont :

- Lancement de la stratégie nationale d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2022-2026 ;
- Développement du projet d'établissement hospitalier (PEH) ;
- Enquête sur la sécurité des produits de santé reproductive SPSR (FNUAP) ;
- Projet mise à niveau des polycliniques et organisation de soins. (FNUAP) ;
- Création du 1er Centre Hospitalo-Universitaire de Djibouti (CHUD) ;
- Formation des prestataires de santé (Médecin, Sages-femmes, matrones etc.) OMS/FNUAP ;
- Mise à jour des lignes directrices des pratiques basés sur les guidelines de l'OMS adaptés à Djibouti (2022) ;
- Appui technique et coaching de 04 Hôpitaux de références en mise en place des nouvelles guidelines de SMN ;
- Support d'information du programme soins prénatals adapté aux 8 contacts ;
- Adaptation et adoption du nouveau programme de l'OMS ;
- Recommandation des bonnes pratiques de prises en charge en Obstétrique et néonatalogie et l'introduction des audits cliniques pour améliorer la pratique obstétricale en milieu hospitalier (FNUAP) ;
- Adoption de la liste des médicaments essentiels et vitaux en SMN FNUAP.

102. Santé des adolescentes : les adolescents ont accès aux soins des services, mais Il y a aucun programme spécifique à la santé des adolescents(es) pour lutter contre la grossesse et l'avortement etc.

103. L'avortement : Djibouti fait partie des pays dont l'avortement reste illégal sauf en cas de menace à la vie ou à la santé de la femme et en cas de malformation grave non viable.

104. En cas de menace à la vie ou à la santé de la femme enceinte l'avortement est autorisé pour la sauver.

105. En cas de malformation fœtale grave non viable (Anencéphale, hydrocéphale) l'avortement est fait.

106. En cas de viol dans les 72h, la victime bénéficie de la pilule du lendemain et l'avortement reste illégal.

107. En cas d'inceste : il faut une autorisation du tribunal mais pour l'instant le cas d'inceste n'est pas encore déclaré dans nos hôpitaux.

108. Le planning familial : A Djibouti, le service de planning familial est accessible à toutes les femmes mariées ou non. Les méthodes modernes de contraception des courtes et longues durées sont disponibles. La méthode irréversible telle que la stérilisation forcée n'existe pas à Djibouti.

109. Le ministère de la santé a organisé des campagnes de sensibilisations sur la consultation prénatale, la vaccination, et la malnutrition. Concernant le planning familial les relais communautaires, et les femmes des associations organisent parfois des séances de sensibilisations avec l'appui de la direction de la promotion de la santé où l'UNFD.

## **Le VIH**

110. L'épidémie du VIH à Djibouti semble avoir un profil hétérogène d'une forte prévalence du VIH dans la population générale classant le pays dans un niveau d'épidémie généralisé, soit un taux actuel de prévalence de 0,44 % [0,28- 1,2] en 2022 avec une tendance régulière à la baisse depuis 2002, où le taux de prévalence était 2 fois plus élevé (2,9 %) chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. (Spectrum v 6.27 février 2023).

111. Selon le Spectrum 2023 HIV, le nombre des personnes vivants avec le VIH est estimé à 4438 (3177 à 9212), adultes et enfants en 2022 avec environ 151 enfants de 0 à 14 ans (soit 197 [109-287]).

112. Parmi les 4438 personnes vivant avec le VIH en 2022, 2310 sont des femmes soit plus de 50 %. La prévalence est estimée à 0,5 % pour les femmes de 15-49 ans et 0,4 pour les hommes de la même tranche d'âge.

113. Les traitements ARV sont disponibles dans les structures sanitaires qui prennent en charges les personnes vivantes avec le VIH quelle que soit l'âge et le sexe.

114. Bien qu'il n'existe pas de données objectives chiffrées, la stigmatisation et la discrimination (S&D) vis à vis des PVVIH et des populations clés est assez importante. Des violences et rafles policières sont également signalées sur le terrain et concerne même parfois les éducateurs pairs. L'objectif du PSN de réduire d'ici 2022 à moins de 5 % les PVVIH qui évitent les services par peur de stigmatisation et de discrimination serait loin d'être atteint.

115. L'étude stigma index 2.0, prévue dans le cadre de la préparation du nouveau PSN, n'a pas encore été conduite pour mesurer les indicateurs relatifs à la stigmatisation et discrimination. Dans le cadre des conditions non négociables pour la réalisation de cette étude et du respect du principe GIPA, et afin de renforcer le système de suivi communautaire, le réseau des PVVIH est l'institution appropriée pour sa mise en œuvre.

116. Plusieurs activités de lutte contre la stigmatisation prévues dans le PSN n'ont pas encore été réalisées, notamment l'élaboration du décret d'application de la Loi contre la stigmatisation et la discrimination, la préparation d'une Stratégie nationale sur les droits humains et VIH, la mise en place de mécanismes de recours, la sensibilisation des populations clés et PVVIH sur leurs droits et la sensibilisation/formation des partenaires et la mobilisation et implication de la Commission nationale des droits de l'homme (CNDH).

117. Aussi, l'évaluation genre de la riposte au VIH n'a pas été conduite et les recommandations pour la mise en œuvre d'une stratégie transformatrice sur le genre et VIH adaptée au contexte de Djibouti n'ont pas été définies. L'engagement au plus

haut niveau et la priorité nationale donnée aux droits des femmes est une opportunité pour le renforcement du composant genre dans la riposte au VIH.

## **VII. Autonomisation économique des femmes**

118. Depuis 2016, le Ministère de la Femme et de la Famille a mis en œuvre une initiative intitulée « Autonomisation économique des femmes et de renforcement communauté » dont l'objectif principal est de renforcer les capacités des femmes vulnérables des régions et des zones périurbaines pour faciliter leur autonomisation économique par un accompagnement pour la mise en place d'activités génératrices de revenu.

119. L'année 2018 a été marquée par l'élaboration d'une stratégie sur la chaîne des valeurs qui cible 4 produits à travers une étude diagnostic menée par un consultant international du 7 janvier au 10 février 2018. Cette stratégie vise à développer des mécanismes d'accès au marché mais aussi l'accroissement de l'offre commerciale à travers des activités d'intensification de la production et de renforcement des capacités des associations de femmes.

120. L'objectif général consistait à promouvoir les chaînes de valeur de 4 produits locaux ciblés : le miel/confiture, le lait, l'aloë Vera et le moringa.

121. En marge, d'autres produits à fort potentiel de développement seront pris en compte au cours du processus d'identification. Au niveau spécifique, la mission d'assistance technique poursuivra les objectifs suivants :

- Réaliser un diagnostic du profil des associations féminines dans les foyers de production ;
- Faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces liés à chaque filière ainsi que les problèmes centraux (spécifiques et transversaux) ainsi que des recommandations ; Le développement d'une stratégie de Chaînes de valeurs pour les 4 produits ;
- Définir des axes de stratégies opérationnelles, suivi d'un Atelier de consultation et de validation de la stratégie avec le secteur privé et les autres parties prenantes ;
- Développer une assistance technique pour appuyer et accompagner l'opérationnalisation des axes de stratégie retenue.

122. A cet effet, 29 associations bénéficiaires du programme ont bénéficié des formations techniques sur l'artisanat, l'agriculture et l'aviculture dispensées par un expert international et des consultants nationaux.

123. 14 associations ont bénéficié l'octroi des équipements selon le domaine d'activité de l'association (tels que des vanneries et perles pour les femmes dans l'artisanat, des chariots, seaux et tuyaux pour les agricultrices).

124. En marge de ces activités de renforcement communautaire, le ministère a appuyé 140 familles vulnérables à travers la mise en place des activités génératrices des revenus de leur choix pour leur permettre une indépendance financière (exemple : boutiques locales, machines à coudre, ustensile de cuisine à revendre, des légumes et fruits ou commerce de vêtements).

125. D'autre part, 25 femmes veuves issues de 5 régions de l'intérieur ont bénéficié des cheptels lors de la journée internationale de la femme veuve en Aout 2018.

126. Ce projet a permis de renforcer les capacités des femmes vulnérables des régions et des zones périurbaines et faciliter leur insertion économique et sociale.

127. Les bénéficiaires ciblées sont les femmes et les jeunes filles vulnérables résidant dans les zones périurbaines et rurales des associations œuvrant dans divers domaines tels que l'artisanat, l'agriculture, l'élevage en particulier. Ce projet leur permettra de se restructurer en coopératives.

128. Par la mise en place d'une stratégie de développement de la chaîne des valeurs pour les 4 produits et leurs filières : lait et fromage, produits maraichers, meringua, hibiscus, confiture de fruits, poulets traditionnels améliorés et œufs de table.

129. En somme, 13 coopératives ont été créées dont cinq coopératives féminines artisanales rurales en 2020.

130. Dans le cadre de la semaine nationale des femmes Djiboutienne, une activité de détente à la plage de Douda pour les femmes à besoin spéciaux a été organisée par le Ministère en collaboration avec l'UNFD.

131. Cette activité a été l'occasion d'offrir 21 femmes à besoins spéciaux des kites AGRs pour permettre de subvenir leurs besoins afin d'améliorer les conditions de vie à ces femmes vulnérables. Le résultat attendu est de permettre à ces femmes d'accéder à une plus grande autonomie économique grâce aux AGRs.

132. Dans le cadre de la promotion de l'artisanat, le Ministère s'est approché au Ministère du Commerce pour associer leurs efforts à une bonne coordination et une plus grande synergie dans la promotion de l'artisanat. Cependant, le Ministère était invité dans la préparation du « grand prix de l'artisanat » et dans l'élaboration de la stratégie nationale de l'artisanat et de la zone de libre-échange. Etant donné que le secteur de l'artisanat concentrant majoritairement des femmes et de jeunes filles en situation de précarité est un vecteur de développement économique et de patrimoine national au niveau international. A cet effet, dans le cadre d'intégration de la zone de libre-échange, le ministère de la Femme et le Ministère du Commerce ont décidé de coopérer sur :

- Développer des produits à potentialité pour notre pays ;
- L'autonomisation des femmes ;
- Le renforcement des coopératives rurales ;
- L'appui des femmes dans les procédures de la commercialisation ;
- Les contraintes éventuelles pour leur intégration dans la zone de libre-échange.

## VIII. Changement climatiques et catastrophes naturelles

133. C'est en 1992 que de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'une gouvernance mondiale sur le climat par l'adoption de la Convention-cadre des Nations-Unis sur les changements climatiques (CNUCC). Cette convention jette les bases d'une collaboration entre toutes les nations du monde face aux préoccupations de la dégradation constante de l'environnement.

134. Le document fondateur de ce sommet de Rio, « Notre avenir à tous », engage la responsabilité de la classe dirigeante de l'ensemble des pays signataires.

135. Parmi les autres mesures entreprises, on peut citer entre autres :

- Constructions des puits dans les régions rurales touchées par les sécheresses répétitives et la désertification ;
- Encouragement des populations nomades à la reconversion dans d'autres activités ;

- Constructions des digues pour retenir l'eau de pluies étant donné que les changements climatiques entraînent des précipitations imprévisibles à Djibouti, les sécheresses et les inondations dévastatrices étant toutes deux des phénomènes en augmentation ;
- Restauration des forêts de mangroves à Tadjourah et à Djibouti pour protéger l'écosystème ;
- Formation des communautés locales pour se prémunir contre les effets néfastes des changements climatiques ;
- Reboisement des régions touchées par les sécheresses ou les régions côtières ;
- Meilleure insertion sociale des femmes touchées par la sécheresse dans les villages des régions de l'intérieur ;
- Encouragement des femmes à entreprendre des activités génératrices des revenus ;
- Développement de l'écotourisme en aidant les femmes nomades à mettre en valeur leurs savoir-faire : confections des objets culturels pour les revendre aux touristes.

136. La Politique Nationale Genre 2023-2030 du MFF intègre la dimension genre et changement climatique. Il s'agit de :

- L'orientation stratégique n°3 : Lutter contre les vulnérabilités et renforcer les résiliences en développant les capacités et compétences des communautés en lien avec la gestion durable de l'environnement, les changements climatiques et les catastrophes et urgences humanitaires, ainsi que ses axes qui sont :
  - Le Renforcement de la résilience et la capacité d'adaptation aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles, en agissant à la fois sur les capacités humaines et sur l'écosystème ;
  - L'Intégration des mesures relatives au changement climatique dans les politiques, stratégies et programmes de développement nationaux et régionaux et
  - L'Accentuation de l'implication de la société civile dans la lutte contre les changements climatiques.
-