

REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

RAPPORT D'EVALUATION DU PROGRAMME D'ACTION  
NATIONAL POUR LA SURVIE, LA PROTECTION ET LE  
DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT POUR LES ANNEES 90

*Février 2001*

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>I. LES REALISATIONS DU PROGRAMME D’ACTIONS NATIONAL DE 1991</b>	<b>7</b>
<b><i>A – Evaluation des politiques sectorielles en faveur de l’Enfant</i></b>	<b>7</b>
A.1 L’accès à l’éducation de base	7
A.2 L’évolution des conditions de santé	9
A.3 La protection juridique de l’Enfant djiboutien	12
A.4 L’accès à l’eau potable et à un environnement social sain	13
<b><i>B – Les contraintes majeures à l’exécution du Programme d’actions</i></b>	<b>14</b>
B.1 Les contraintes externes	14
B.2 Les contraintes internes	14
<b>II. PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT POUR LA DECENNIE 2001 – 2010</b>	<b>15</b>
1) L’éducation des Enfants	15
2) L’amélioration des conditions de santé	16
3) La protection juridique des Enfants	16
4) L’accès aux services sociaux de base	17
<i>Références bibliographiques</i>	19
<i>Annexes.</i>	

## INTRODUCTION

Le présent Rapport d'évaluation du Programme d'Actions National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant pour les années 90 adopté lors du Sommet mondial pour l'Enfance en 1991 est élaboré dans le cadre de l'assemblée générale des Nations-Unies qui se tiendra à New York en septembre 2001. En effet, l'Organisation des Nations-Unies a programmé de consacrer une session spéciale à l'examen de l'évolution de la situation des Enfants durant les années 90.

L'objectif de cette évaluation est d'analyser les actions prises et les résultats obtenus par rapport aux buts fixés dans le Programme d'actions, de mettre l'accent sur les obstacles rencontrés et d'envisager les perspectives de développement des conditions de vie de l'Enfant djiboutien pour la décennie 2001-2010. Les projets relatifs à la protection maternelle et infantile contenus dans le Programme pour les années 90 visent :

- *les aspects pratiques de l'application de la Convention relative aux Droits de l'Enfant ;*
- *le Programme Elargi de Vaccination (PEV) ; la lutte contre les maladies diarrhéiques ; le contrôle des infections respiratoires aiguës ; la lutte contre la malnutrition ;*
- *la protection maternelle et l'intégration de la Femme ;*
- *l'accès à l'éducation de base ;*
  - *l'accès à l'eau potable.*

### ***Approche méthodologique***

Procéder à une évaluation des indicateurs sociaux relatifs aux conditions de l'Enfant djiboutien relève d'un exercice délicat dans la mesure où la faiblesse de l'appareil statistique rend difficile toute programmation économique et sociale. Le dernier recensement général de la population date de 1982 et la dernière enquête sur les ménages (EDAM-IS) de 1997 semble être la seule référence en matière d'indicateurs économiques et sociaux. C'est pourquoi la prudence sera requise dans le maniement des statistiques sociales et démographiques. Toutefois, si la fiabilité des indicateurs est discutable, les tendances décrites ne travestissent en aucune manière une situation économique et sociale réelle qui ne cesse de se dégrader.

Sur la question des Enfants, la Primature qui était en charge du suivi du Programme d'Actions National pour les années 90 a procédé à une première évaluation sur l'avancement du programme en 1993. Réalisée deux ans après l'adoption du programme d'actions dans un contexte marqué par les perturbations causées par le conflit interne et l'absence d'indicateurs statistiques fiables, l'évaluation n'a pas permis de juger de l'état de réalisation des actions du programme, d'analyser les facteurs de blocage réels et d'envisager les mesures correctives à prendre.

Sur la base des études existantes et des rapports sectoriels, le présent travail analyse donc, dans une première partie, l'évolution des conditions de vie de l'enfant djiboutien durant les années 90 en mettant l'accent sur les réalisations mais également les contraintes qui ont entravé l'exécution du programme d'actions et, dans une seconde partie, présente les perspectives de développement de l'Enfant pour la prochaine décennie en prenant en compte les facteurs de blocage potentiels.

## ***Evolution du contexte politique***

Ancien territoire français d'une superficie de 23 000 km<sup>2</sup> situé à l'entrée de la Mer Rouge, la République de Djibouti bénéficie d'une position géographique enviable qui la met au carrefour du trafic commercial et maritime international mais elle est en même temps victime de sa localisation dans une Corne de l'Afrique régulièrement secouée par des conflits armés civils. Avec une population estimée à environ 620 000 habitants et un revenu par habitant de l'ordre de 580 \$, la République de Djibouti fait partie du groupe des Pays les Moins Avancés (PMA).

Depuis son indépendance, le 27 juin 1977, Djibouti a vécu au rythme des conflits secouant les pays de la sous-région, de la sécheresse, la famine et leur corollaires, l'afflux de réfugiés et le déplacement massif des populations sinistrées des pays voisins vers le territoire national. Jouissant d'une stabilité exceptionnelle, le pays a dû néanmoins subir directement et indirectement les contrecoups de ces drames et calamités qui ont sérieusement perturbé son développement économique et social.

En effet, Djibouti n'a cessé d'accueillir un nombre important de réfugiés éthiopiens et somaliens (environ 120 000) ayant fui les combats dans leurs pays et vivant pour certains dans les camps à l'extérieur de la ville et la grande majorité dans la capitale, Djibouti-ville. Le poids de cette charge se ressent au niveau de l'état des infrastructures sanitaires (70% des patients viennent des pays limitrophes), de l'environnement urbain, de la sécurité et de l'impact sur la stabilité sociale.

Sur le plan politique, la République de Djibouti s'est engagé dans un processus de démocratisation marqué par l'adoption d'une constitution en septembre 1992 autorisant le multipartisme, la création d'un conseil constitutionnel et l'organisation des premières élections pluralistes (législatives en 1992, présidentielles en 1993). Le conflit interne de 1991 a néanmoins été un facteur de déstabilisation dans le processus de développement du pays : dégâts matériels et humains très importants, déplacement de populations fuyant les zones de guerre, détérioration de la situation budgétaire avec le gonflement des dépenses militaires.

En décembre 1994 furent signés les accords de paix avec la rébellion du FRUD qui se sont traduits par l'entrée des responsables du mouvement dans le gouvernement et la légalisation du FRUD comme parti politique. Dans un souci de consolidation de la paix, les autorités politiques ont entrepris avec l'appui de la France et de l'Union Européenne un programme de démobilisation des forces de police et militaires, un programme de réhabilitation des zones touchées par les combats financé par le PNUD et la réinsertion des démobilisés avec le financement d'un crédit IDA.

Depuis la fin des hostilités, la démocratisation de la vie publique s'est poursuivie et s'est consolidée avec l'alternance par la voix des urnes qui a vu l'élection en avril 1999 du nouveau Président de la République, Monsieur ISMAIL OMAR GUELLEH. Signe prometteur : le Président élu s'est engagé à marquer son mandat sous le sceau de la bonne gouvernance, de la lutte contre la pauvreté et de la promotion de la Femme.

C'est ainsi que pour la première fois une femme a été nommée Ministre chargé de la promotion de la Femme en mai 1999 et que la fonction de Médiateur de la République chargé de traiter des litiges entre l'administration et les usagers a vu le jour.

### ***Un contexte économique difficile***

L'assise économique de Djibouti traduit la faiblesse de ses ressources et sa localisation stratégique. Les services s'inscrivent pour environ 70% du PIB et sont principalement axés sur les activités portuaires et les connexions routières et ferroviaires. La part de l'administration publique dans la valeur ajoutée représente 27% et les transports et télécommunications 18%. L'agriculture et l'industrie s'inscrivent respectivement pour 3 et 17% seulement du PIB. Avec des terres peu fertiles et une faible pluviométrie (moins de 0.3% des terres sont arables), l'agriculture joue un rôle restreint. Le secteur de la pêche, ressource au potentiel important, demeure inexploité par manque de demande intérieure et du fait de politiques de prix et de travail non concurrentielles.

L'économie djiboutienne a connu de sévères chocs internes et externes, dont une guerre civile au cours de laquelle les effectifs des forces armées sont passés de 4 000 à 16 000 en une seule année, des influx de réfugiés en provenance des pays voisins estimés à 120 000 en 1996, soit environ 20% de la population, la persistance de conflits régionaux (le plus récent entre l'Ethiopie et l'Erythrée) et un net déclin de l'assistance extérieure.

Les investissements publics financés par des dons étrangers après l'indépendance ont stimulé la croissance qui s'est située à 4.2% au cours de la période 1978-84 mais cette croissance économique ne s'est pas avérée durable et l'économie a stagné pendant la plus grande partie de la période subséquente. Le PIB réel a augmenté à raison de moins de 1% par an en moyenne au cours de la dernière décennie alors que la croissance démographique naturelle se situait en moyenne à 2.8% par an au cours de la même période. En dépit d'une modeste reprise de l'activité économique en 1998-99, la croissance du revenu par habitant est demeurée négative.

Dans le but d'inverser le déclin économique, le Gouvernement a commencé à mettre en œuvre un programme d'ajustement macro-économique au cours de la période 1996-98 avec l'appui d'un Accord Stand-by conclu avec le FMI. Dans le cadre du programme qui reposait principalement sur une compression des dépenses, le Gouvernement est parvenu à réduire temporairement les déséquilibres macro-économiques. Le déficit budgétaire a été ramené de près de 8.1% du PIB en 1995 à un petit excédent en 1998, dû en partie à des réductions de la masse salariale jointes à un programme de démobilisation du personnel militaire.

Cependant, les améliorations de la situation budgétaire n'ont pu être soutenues et la position du budget s'est à nouveau détériorée avec un déficit de 2.1% en 1999, contre une prévision de 0.4%. A la fin de 1999, le stock total des arriérés budgétaires intérieurs s'élevait à environ 23% du PIB. En 1998 et 1999, la croissance s'est légèrement améliorée à environ 1.5% par an en moyenne suite à la décision prise par l'Ethiopie, en mai 1998, d'acheminer son commerce de transit par Djibouti et non plus par l'Erythrée. Ceci semble avoir ouvert de nouvelles voies de croissance pour le secteur des transports.

En octobre 1999, les autorités ont négocié avec le FMI un accord pour la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC) pour une période de trois années (2000-2002). La FASR prévoit la poursuite des efforts d'assainissement des finances

publiques tout en privilégiant les secteurs sociaux (éducation, santé), la libéralisation de l'économie (privatisation des entreprises publiques, développement du secteur privé à travers la révision du code des investissements, du code du travail), la réforme de la fonction publique, la réforme fiscale. Le programme table sur un taux de croissance annuelle de l'ordre de 6% en 2002 et un taux d'inflation aux alentours de 2%.

### ***Tendances sociales et démographiques***

Une Evaluation de la pauvreté (EDAM-IS) réalisée en 1997 par la Banque mondiale avait indiqué qu'environ 45% de la population est pauvre et 10% extrêmement pauvre (pas en mesure de se procurer la ration calorique alimentaire minimum). Bien que le phénomène de la pauvreté soit plus profond en milieu rural, la plupart des pauvres (52%) et des extrêmement pauvres (72%) vit à Djibouti-Ville. La pauvreté est exacerbée par la présence d'un grand nombre d'immigrés en situation irrégulière provenant des pays voisins (ils représentent environ 28% de la population), ce qui impose un fardeau supplémentaire aux services sociaux déjà saturés. Outre les réfugiés, les nomades (19%), les sans domicile fixe, et un nombre peu important mais croissant d'enfants des rues constituent les groupes les plus vulnérables.

La pauvreté est étroitement liée à l'éducation, à l'emploi, à l'espérance de vie, à la taille du ménage et au sexe du chef de famille. Les ménages à faible niveau d'éducation auront davantage tendance à être pauvres. Les ménages dont certains membres sont employés dans le secteur formel ont nettement moins tendance à se trouver en situation de pauvreté. Les ménages ayant un grand nombre d'enfants et ceux qui sont dirigés par une femme ont également davantage tendance à se trouver en situation de pauvreté.

## **I. REALISATIONS DU PROGRAMME D' ACTIONS NATIONAL DE 1991**

### ***A – Evaluation des politiques sectorielles en faveur de l'Enfant Djiboutien***

Marquant sa volonté politique, le Gouvernement djiboutien n'a pas manqué de ratifier les conventions internationales ayant trait aux conditions de la mère et de l'enfant (convention des droits des enfants en 1990, convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes en 1998). Mal servies par la nature, les autorités du pays avaient, dès le départ, misé sur la valorisation du capital humain comme base du développement économique et social et ces options ainsi que les actions qui y sont jointes ont été transcrites dans la loi d'orientation économique et sociale 1991-2000 et le Plan Quinquennal 1991-1995.

En adhérant à la Déclaration Mondiale pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant pour les années 90, le Gouvernement s'était fixé, à travers le Programme d'Actions National, des objectifs principaux pouvant conduire à une amélioration notable des conditions de vie et du bien-être des enfants :

- l'accès à l'éducation de base ;
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) ; la lutte contre les maladies diarrhéiques ; le contrôle des infections respiratoires aiguës ; la lutte contre la malnutrition ; la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes ;
- l'application pratique des dispositions de la Convention des Droits de l'Enfant ;
- la protection maternelle et l'intégration de la Femme ;
- l'accès à l'eau potable et à un environnement sain.

#### ***A.1 L'accès à l'éducation de base***

En matière d'éducation, le programme d'Actions National avait fixé comme objectif :

**Améliorer les conditions de vie des plus défavorisés en développant l'éducation de base permettant en particulier à 80% des jeunes filles de moins de 25 ans d'être alphabétisées.**

Comme nombre d'Etats africains sortis de la domination coloniale française, le système éducatif djiboutien reste marqué du sceau de l'influence française, aussi bien au niveau du contenu que du contenant. Cette influence se ressent sur l'inadéquation du système avec la réalité socio-économique du pays et sur son coût, particulièrement élevé, intégralement pris en charge par l'Etat.

Le système d'enseignement est composé du premier degré constitué d'un cycle de six années d'études, du second degré réparti en deux cycles regroupant les formations générales et les formations techniques professionnelles et de l'enseignement supérieur restant encore au stade embryonnaire. La grande majorité des structures d'enseignement relèvent du secteur public bien que le secteur privé homologué n'a cessé de se développer ces dernières années.

Les réformes contenues dans le Plan Quinquennal 1991-1995 et qui traduisaient les orientations du Programme d'Actions National pour les Enfants adopté en 1991 prévoyaient une augmentation du taux de scolarisation grâce à un élargissement des capacités d'accueil, une amélioration du contenu pédagogique des enseignements à travers une adéquation du programme avec la réalité du Pays et le relèvement du niveau de qualification des enseignants, la participation du secteur privé à l'effort d'éducation.

Il est à noter qu'en une décennie, les effectifs d'élèves de l'enseignement primaire ont enregistré un accroissement de seulement 19.4% et la proportion de filles n'a véritablement pas évolué. D'après les chiffres fournis par le Schéma directeur pour l'Education présenté à la table ronde des bailleurs de fonds en octobre 2000, le taux brut de scolarisation est passé de 38% en 1990/1991 à 40% en 1999/2000 et la part que représente le milieu rural (17.3% en 1997-98 dont 8.3% pour les filles) est préoccupant. Les effets causés par le conflit interne et le retard des pouvoirs publics dans la remise en place progressive des offres d'éducation expliquent principalement la médiocrité des indicateurs mentionnés.

Au niveau du secondaire, le taux de scolarisation avoisine les 11% dans le premier cycle et 3% dans le second et les disparités sexuelles reste accentuées. Par ailleurs, le taux de déperdition des élèves entre le primaire et le collège est de plus de 58.1% et de 51.3% entre celui-ci et le lycée. En dépit de la volonté maintes fois réitérée des autorités politiques de privilégier l'accès généralisé à l'éducation, force donc est de constater que les résultats sont loin d'être atteints.

Un indicateur de base permettant de juger l'efficacité de la politique de valorisation du capital humain est le taux d'analphabétisme. Or, d'après les résultats de l'enquête EDAM (1996), le taux serait de l'ordre de 42.7% avec une répartition de 26.1% pour les hommes et 56.9% pour les femmes. Au même titre que pour les autres indicateurs fournis par l'EDAM, ces taux ne prennent pas en compte la population nomade et les sans domiciles fixes, ce qui laisse supposer que les chiffres seraient beaucoup plus élevés.

Ces maigres performances renvoient à la question lancinante des moyens dont dispose le département de l'éducation nationale. Ainsi, de 1991 à 1995, les dépenses d'éducation sont passées, en part du budget ordinaire total de 9.9% à 11.1%. Mais cette augmentation traduit plus un relèvement des traitements et salaires et des bourses qu'un accroissement des dépenses en matériels. Si l'on prend en compte l'inflation et le taux de croissance démographique, les dépenses en matériels ont diminué en termes réels et cette situation se répercute sur la qualité des services de l'éducation car c'est la disponibilité en matériels qui importe le plus dans ce secteur.

Cette politique donnant la priorité au paiement des traitements des fonctionnaires a eu pour effet de concentrer l'essentiel des compressions sur les charges de fonctionnement non salariales du secteur éducatif et donc de limiter considérablement la contribution des dépenses d'éducation à l'accroissement du capital humain.

Les discussions du Gouvernement avec le Fonds Monétaire International qui ont abouti sur un programme Stand-by en avril 1996 sont basées sur la réduction du déficit budgétaire et ce résultat ne pouvait être obtenu que par une compression de la masse salariale (elle représente 75% des dépenses totales dans le secteur de l'éducation). Toutefois, le Gouvernement a allégé la politique de restriction des dépenses dans les secteurs sociaux (éducation, santé) par souci de protection des couches vulnérables de la population.

Beaucoup reste donc à faire et c'est soucieux de relever ces défis que le Ministère de l'Education a organisé en décembre 1999 des Etats Généraux qui ont regroupé l'ensemble de la société civile et débattu du devenir du système éducatif djiboutien. Ces travaux ont débouché sur l'adoption d'un schéma directeur et d'un plan d'actions pour la période 2001-2005 qui ont été soumis à la Table ronde des bailleurs de fonds sur l'Education à Djibouti, en octobre 2000.



## **A.2 L'évolution des conditions de santé**

Conformément à la loi d'orientation économique et sociale 1991-2000, la politique nationale de santé est basée sur l'accès aux soins de santé primaire et est axée autour de la valorisation des ressources humaines, le développement d'une politique de prévention, la restructuration organique et fonctionnelle du système national de santé, la participation progressive de la population aux coûts des services de santé, la promotion de la médecine privée et la planification familiale.

Les services de santé publique sont assurés par un hôpital de référence, 3 hôpitaux spécialisés (maternité, pédiatrie et de lutte contre la tuberculose), 18 dispensaires ruraux et 8 dispensaires urbains. Les capacités de ces centres hospitaliers sont de 1184 lits sur tout le territoire. Les cabinets médicaux et cliniques privés sont peu développés mais il ne serait pas faux de prédire que leur nombre ira en s'accroissant avec la dégradation de la qualité des services de soins dans le secteur public.

L'administration des soins est gratuite à Djibouti et est accessible à tous si bien que les malades viennent des pays de la région pour se faire soigner dans les hôpitaux et dispensaires de la capitale, et plus souvent pour des maladies de longue durée dont les soins sont plus onéreux. Ainsi, plus de 60% des patients hospitalisés<sup>1</sup> sont des étrangers venant des pays limitrophes (Ethiopie, Somalie) et les conséquences en sont que le budget de l'Etat déjà sérieusement affecté par les mesures de restriction ne peut plus subvenir convenablement aux besoins du secteur de la santé (entretien des infrastructures sanitaires, achat de médicaments, valorisation des ressources humaines).

La disponibilité des médicaments constitue actuellement le principal problème auquel est confronté ce secteur. L'approvisionnement en médicaments se faisait souvent sous forme de dons extérieurs mais avec le tarissement de l'aide extérieure et le budget de l'Etat qui ne permet pas de subvenir aux besoins les plus élémentaires, la disponibilité des médicaments n'est pas régulièrement assurée (entre 1991 et 1995, les dépenses publiques en médicaments ont été réduites de plus de 75%).

Au niveau de la réglementation, les autorités djiboutiennes ont adopté un certain nombre de textes : allaitement maternel, Conseil National sur le SIDA, réforme du système de santé, mise en place d'un organigramme, réforme hospitalière, politique pharmaceutique, décret sur les médicaments.

Dans le cadre du Programme d'Actions National pour le développement de l'Enfant, les objectifs fixés visaient à :

<b>1. Lutter contre les 6 maladies cibles du PEV en maintenant le taux de vaccination universelle, en développant un système d'alerte précoce permettant l'éradication de la poliomyélite et du tétanos néonatal.</b>
---

A la fin des années 80, le taux de couverture vaccinale était très satisfaisant (plus de 85% sur l'ensemble du territoire) et au début de la décennie 1991-2000, le gouvernement s'était engagé à maintenir le taux de couverture autour de 90% et à éradiquer totalement la poliomyélite et le tétanos néonatal d'ici 1995.

---

<sup>1</sup> Rapport de l'Enquête sur les ménages (EDAM) – 1996.

Les autorités ont déployé d'importants moyens pour atteindre ces objectifs, notamment les campagnes de vaccination pour personnes déplacées et réfugiés en zone rurale, les séminaires de sensibilisation et d'information pour la promotion du Programme Elargi de Vaccination (PEV) en 1993, les journées nationales de vaccination avec la stratégie du porte à porte. Les partenaires extérieurs tels que l'OMS, l'UNICEF, la France ont, de leur côté, apporté leurs appuis pour la réalisation des activités du PEV.

Force est de constater que les résultats ne sont pas à la hauteur des objectifs fixés et indiquent même une détérioration de la situation sanitaire. A la fin de la décennie, le taux avait chuté à 30% et amorce actuellement une reprise plus sensible pour le vaccin antitétanique et la poliomyélite dont les taux oscillent autour de 80-90%.

Une des causes principales est le conflit interne de 1991 qui a interrompu le déroulement normal du PEV sur une grande partie du territoire, particulièrement dans les zones rurales du nord. Les campagnes de vaccination post-conflit (1995-1996) n'ont pas réussi à redresser durablement une situation devenue précaire.

Un certain relâchement des activités par le ministère de la santé suite à ce conflit et à ses conséquences budgétaires et la diminution substantielle des appuis extérieurs expliquent également les maigres résultats.

**2. Réduire l'incidence des infections les plus communes chez les enfants en particulier grâce à un programme de lutte contre la malnutrition, en diminuant de 80% la mortalité due aux infections respiratoires aiguës et à la diarrhée.**

### ***Lutte contre la malnutrition***

Le Gouvernement a mis en place un programme national de nutrition en 1992 et créé une dizaine de centres de réhabilitation nutritionnelle dans les zones à haut risque de la capitale. La stratégie de prévention adoptée reposait sur la promotion de l'allaitement maternel à travers des brochures et spots télévisés et la prise en charge des cas de malnutrition dans les centres créés à cet effet.

Aujourd'hui, le bilan que l'on peut dresser sur la malnutrition infantile est assez préoccupant : elle viserait environ 25% des enfants et occuperait une part importante dans le taux constamment élevé de mortalité infantile (114 pour 1000 naissances vivantes). La malnutrition découle de la pauvreté qui est elle-même liée à la détérioration de la situation économique et sociale provoquée par le conflit et les problèmes structurels de gestion économique. A ceux-là s'ajoutent aussi les conséquences de la sécheresse qui frappe la sous-région et dont les enfants sont les cibles les plus vulnérables.

### ***Lutte contre les infections respiratoires aiguës***

Les autorités ont entrepris un certain nombre d'actions dans le cadre de la lutte contre les infections respiratoire aiguës qui affectent les enfants : mise en place d'un programme national, séminaires d'information et de formation, achat de matériels pour les centres de traitement de la capitale et des districts de l'intérieur.

Au niveau des résultats, le taux élevé de mortalité infantile auquel contribuent les maladies liées aux infections respiratoires démontre que la lutte contre les IRA est loin d'être gagnée et mérite d'être renforcée. L'absence de moyens financiers conséquents pour s'approvisionner en antibiotiques et en équipements, ainsi que de personnel qualifié en sont les facteurs-causes.

### ***Lutte contre les maladies diarrhéiques***

En matière de lutte contre les maladies diarrhéiques, les autorités du pays ont mené des actions d'information et de sensibilisation de la population à travers les supports médiatiques sur les bienfaits de l'allaitement maternel et sur la Solution de Réhydratation Orale (SRO). Des unités de réhydratation par voie orale ont été installés au sein de chaque centre de soins et une unité de formation sur le traitement de la diarrhée est installée dans l'hôpital de Balbala avec l'appui de l'UNICEF.

Toutefois, la situation reste précaire car, bien que de moindre ampleur que celle de 1993, une épidémie de choléra s'est reproduite en 1998 et la lutte contre les maladies diarrhéiques doit s'inscrire dans une vaste politique de lutte contre la pauvreté et de création de revenus, de maîtrise de l'environnement et d'assainissement, ainsi que d'amélioration des services de santé.

### ***Lutte contre les MST/SIDA***

Bien que l'on ne dispose pas de données statistiques fiables en la matière, le nombre de personnes contaminées par le virus du SIDA atteindrait les 9 800 d'après les chiffres officiels. Il ne s'agirait que des personnes qui se sont présentées mais il ne serait pas étonnant que les chiffres soient beaucoup plus alarmants si l'on prend en compte la population flottante, les sans-domiciles fixes, les enfants de la rue, les réfugiés. Le taux de prévalence du virus serait de 11,7% (soit une personne sur 10) avec un taux plus important chez les malades atteints de la tuberculose (14,9%). La répartition selon le sexe est de 61,2% d'hommes et 38,8% de femmes. Les populations à risque sont les prostituées, les personnes contaminées par les maladies sexuellement transmissibles (MST), les femmes enceintes et les donneurs de sang. Les tranches d'âge touchés sont principalement les 20-39 ans, c'est à dire la catégorie la plus active sur le plan économique.

La situation des enfants est indirectement et/ou directement concernée à travers le taux de prévalence du virus HIV auprès des femmes enceintes (3%) qui dénote une progression assez préoccupante de la maladie dans les foyers djiboutiens. Depuis 1986 à 2000, environ 30 cas de porteurs du virus HIV ont été enregistrés pour la tranche d'âge 0-4 ans et 10 cas pour les 4-14 ans.

A ce jour, le bilan que l'on peut dresser sur la politique de l'Etat face au danger du SIDA est négatif malgré les contributions extérieures (aucun mécanisme institutionnel qui soit à la hauteur de la gravité de la menace, déficit de communication, campagnes de sensibilisation inefficaces). Les actions à prendre devraient porter sur la sensibilisation des populations les plus exposées aux risques de contamination (les jeunes, les populations flottantes) et la prévention à travers la méthode Information-Education-Communication (IEC). Le rôle des pouvoirs politiques, de la société civile et des partenaires extérieurs est fondamental pour faire de la sensibilisation et de la mobilisation de la population la principale arme de bataille dans la lutte contre la pandémie du SIDA.

<b>3. Promouvoir la santé maternelle en assurant que 80% des femmes pratiquent l'allaitement maternel à 6 mois, que l'anémie de la grossesse est réduite de 50%, que la notion d'équilibre familial soit universellement admise.</b>
--

Dans ce domaine, le Ministère de la Santé a entrepris diverses activités de sensibilisation et de formation pour vaincre les ignorances, les mauvaises pratiques affectant la santé de la mère et de l'enfant.

Plus de 90% des femmes allaitent dès la naissance mais il serait intéressant de savoir si l'allaitement se poursuit jusqu'à l'âge de 6 mois. D'après une enquête réalisée par le ministère de la Santé, 70% de femmes souffrent d'anémie et les centres de maternité disposent des médicaments qu'ils distribuent aux femmes enceintes. Les indicateurs relatifs au taux de mortalité maternelle sont inquiétants : 710 décès pour 100 000 accouchements. Parmi les causes figurent l'anémie et les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines.

Ainsi, avec le financement du FNUAP et de l'UNICEF, un programme de Maternité Sans Risque (MSR) a été mis en place consistant à faciliter l'accessibilité des structures sanitaires à la communauté, équiper les maternités et les centres de santé, lutter contre les mutilations génitales féminines, augmenter la fréquentation des consultations pré et post natales et les accouchements dans les structures sanitaires, formation du personnel de santé, l'éducation pour la santé.

En matière d'allaitement maternel, les autorités ont réglementé par décret (1997) la commercialisation des produits d'allaitement artificiel exclusivement réservée aux pharmacies agréées.

Par ailleurs, la volonté politique du gouvernement pour la santé de reproduction de la population s'est confirmée par l'adoption en 1996 d'une politique nationale d'équilibre familial. Cette politique a pour but d'aider les couples à atteindre leurs objectifs en matière de procréation dans un cadre qui favorise la santé optimale, le sens des responsabilités et le bien-être de la famille.

### ***A.3 La protection juridique de l'Enfant djiboutien***

**Assurer la mise en application de la Convention relative aux Droits de l'Enfant mise en vigueur en République de Djibouti depuis le 02 Décembre 1990, suite à sa ratification par l'Assemblée Nationale.**

Djibouti a ratifié la Convention relative aux droits de l'Enfant en décembre 1990 et la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en novembre 1998. Même si l'éclatement du conflit au début de la décennie précédente n'a pas permis une application concrète des dispositions de la Convention, il faut cependant souligner que le nouveau code pénal adopté en 1995 intègre certaines des dispositions de cette Convention. Le code pénal protège la femme contre toutes formes de violences conjugales, contre les mutilations génitales féminines et le viol.

Des actions en faveur des Enfants ont pu être réalisées durant la décennie écoulée :

- l'adoption d'un Décret en 1995 instituant la journée de l'enfant djiboutien (20 Novembre) ;
- l'élaboration du Code de la famille ;
- l'intégration des dispositions de la Convention dans le programme scolaire de l'éducation nationale ;
- la mise sur pied d'un parlement des enfants ;
- la traduction de la Convention en langues nationales (afar, somali) ;
- diverses autres actions de vulgarisation et de promotion de la Convention par tous les moyens de communication (médias nationaux, dépliants, brochures, réunions, plaidoyer) ;

- l'élaboration d'une brochure sur la Convention en français destinée aux enfants (avec dessins).

Malgré ces efforts, force est de constater que de nombreuses lacunes persistent encore dans l'application de la Convention : création d'un tribunal pour enfants, interdiction pratique du travail des enfants et toute forme d'exploitation physique.

La condition de la femme, par ailleurs, s'est sensiblement améliorée avec la création et le renforcement d'un cadre juridique favorable et en dépit des influences coutumières et traditionnelles qui constituent les principaux obstacles à son amélioration et à sa promotion. La ratification de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme constitue un cadre juridique important qui doit permettre la révision de la législation nationale dans le sens de l'égalité des droits entre la femme et l'homme.

#### ***A.4 L'accès à l'eau potable et à un environnement social sain***

**Améliorer les conditions de vie des plus défavorisés en garantissant l'accès à l'eau potable et à l'assainissement à 75% de la population, en mettant sur pied un programme de lutte contre les pratiques néfastes.**

##### ***L'accès à l'eau potable***

Le climat aride rend l'approvisionnement en eau particulièrement difficile. Celle-ci est assurée à plus de 95% par les eaux souterraines. Près de 14 millions de m<sup>3</sup> d'eau sont exploités dans les villes dont 85% en ville de Djibouti. Le milieu rural nécessite autour de 6 à 7 millions de m<sup>3</sup> et l'agriculture couvrirait plus de 70%. Aussi, les eaux souterraines sont soumises à de fortes pression ce qui amène leur surexploitation et la dégradation de la qualité de l'eau.

En zone rurale, l'alimentation en eau est largement insuffisante en quantité et en qualité (sel). Environ 58 stations de pompage rurales permettent d'exploiter quelques nappes profondes mais leur apport en eau reste incertain pour faute de maintenance. La plupart des villages ruraux ou campements pastoraux ainsi que les jardins d'oasis exploitent des puits creusés dans des oueds situées à faible profondeur de 0 à 20 m. Ces aquifères peu profonds sont très localisés et très vulnérables aux sécheresses qui occasionnent fréquemment l'assèchement des puits.

##### ***L'Urbanisme et l'Habitat***

Sur le plan de l'urbanisme, la quasi totalité des activités économiques et des services administratifs est concentrée dans la capitale et cette forte concentration de la population urbaine conjuguée au manque d'altitude du relief des anciens quartiers entraînent des problèmes d'urbanisation non maîtrisée avec des occupations et constructions illégales ainsi que des difficultés d'assainissement des quartiers populaires.

Durant la décennie 1990-2000 et conformément aux orientations stratégiques du Gouvernement, une part importante du programme d'investissements publics a bénéficié au secteur de l'urbanisme et de l'habitat. Le montant de l'investissement réalisé pour la période classe ainsi ce secteur après l'éducation et les infrastructures routières, mais bien avant la santé.

Dans le cadre de ces projets, ont été réalisés des opérations de réhabilitation des quartiers anciens, l'amélioration et le renforcement des réseaux de drainage des eaux pluviales dans les quartiers populaires où résident les couches vulnérables de la population, le réalignement des voies ainsi que le désenclavement des quartiers.

En matière d'habitat, le Gouvernement a engagé des opérations de production de parcelles et de construction d'un lot de logements principalement destinés aux fonctionnaires et aux populations à bas revenus. Toutefois, l'accès au logement est freiné par la cherté du prix des terrains et des logements (les matériaux de construction étant importés de l'extérieur) et l'absence de politique de financement permettant l'accès au crédit à des ménages à bas revenus.

### ***L'Environnement***

Avec l'approbation du Plan d'Action National pour l'Environnement (PANE), un pas important est franchi en direction de la protection de l'environnement et, indirectement, de la lutte contre la pauvreté et, par conséquent, en direction d'un développement durable pour le pays et sa population. La politique du Gouvernement met l'accent sur le lien étroit qui existe entre la pauvreté et la dégradation de l'environnement. Toutefois, afin de pérenniser les actions engagées, il convient de concrétiser la volonté animant le PANE grâce à la réalisation de projets porteurs qui peuvent être aussi bien des micro-projets que des ouvrages de plus grande envergure, incluant dans leur totalité une approche participative de la communauté.

### ***B - Les contraintes majeures à l'exécution du Programme d'Actions***

Il ressort de l'évaluation qu'un certain nombre de contraintes-clés ont freiné l'exécution du Programme d'Actions National pour le Développement de l'Enfant. Les contraintes sont à la fois d'ordre externe et interne.

#### ***B.1 Les contraintes externes***

- Les conflits régionaux et leurs conséquences (afflux de réfugiés, dégradation des infrastructures économiques et sanitaires, insécurité urbaine) perturbent l'exécution des programmes de développement.
- La diminution de l'Aide Publique au Développement : comme de nombreux PMA, la république de Djibouti est tributaire de l'aide extérieure pour financer ses programmes de développement et, cette dernière n'a cessé de diminuer progressivement. Ainsi, entre 1997 et 1999, le financement extérieur a chuté de plus de 60%.

#### ***B.2 Les contraintes internes***

- Le conflit interne qui a duré de 1991 à 1994 a véritablement perturbé l'exécution des projets de développement dans les années 90, notamment dans le domaine de la santé.
- La détérioration de la situation macro-économique marquée qui s'est soldée par une compression des dépenses publiques, et notamment les dépenses salariales et les dépenses de matériel qui ont affecté les secteurs sociaux, notamment la santé.
- Le manque de coordination au sein des institutions gouvernementales et également entre les bailleurs de fonds pénalisent l'application d'une politique de développement cohérente.

- La faiblesse du système de production et de collecte d'informations statistiques, l'absence de mécanisme opérationnel de coordination et de suivi de projets d'investissement et le manque d'approche participative dans le processus d'élaboration des politiques.
- La faible valorisation des ressources humaines.
- La fragilité de l'appareil institutionnel et les faibles capacités d'absorption en matière de ressources extérieures.
- La vulnérabilité par rapport aux calamités naturelles (inondation, sécheresse) et l'absence de mécanismes de gestion de prévention des catastrophes naturelles.
- L'absence d'un cadre d'application pour les lois en faveur des femmes ainsi que l'existence de législation parfois conflictuelles entre les trois sources de droit quant au code de la famille et/ou du statut personnel.
- L'analphabétisme et l'ignorance des femmes quant à leurs droits.
- La pauvreté persistante dans la majorité de la population, et plus particulièrement parmi les femmes.
- Le poids des traditions et la pression sociale concernant le rôle productif et reproductif de la femme dans la société et le maintien du MGF néfaste à la santé physique et psychique de la petite fille.

## **II. LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT POUR LA DECENNIE 2001-2010**

Dans le cadre de la 3<sup>ème</sup> Conférence des Nations-Unies sur les PMA qui se tiendra à Bruxelles en Mai 2001, le Gouvernement a élaboré un Programme d'Actions National pour le développement pour la période 2001-2010. Ce Programme d'Actions présente la stratégie de développement du pays et les actions sectorielles à entreprendre.

En ce qui concerne les secteurs touchant de près aux conditions de l'Enfant, les actions et les objectifs de développement seront inspirés de ce Programme décennal.

### ***1) L'accès à l'éducation des enfants***

Les états généraux de l'éducation ont abouti sur l'élaboration d'un schéma directeur et d'un plan d'actions pour la période 2001-2005. Les objectifs stratégiques de ces réformes consistent à assurer la promotion des ressources humaines par l'éducation afin de créer les conditions permettant aux djiboutiens de jouer pleinement et effectivement leur rôle dans le processus de développement socio-économique du pays.

Les réformes proposées visent :

- le renforcement de l'accès à l'enseignement primaire et la réduction des disparités entre les sexes.
- l'amélioration de la qualité de l'enseignement primaire et secondaire.
- l'amélioration de l'accès à l'alphabétisation.
- la mise à jour des manuels et des programmes d'enseignement.
- Le développement d'un partenariat dynamique au sein du secteur de l'éducation.

Les objectifs quantifiés à atteindre : un taux de scolarisation brut de 75% en 2005, de réduire le taux d'analphabétisme de 50% d'ici 2015 à raison de 17% tous les 5 ans.

## **2) L'amélioration des conditions de santé**

Les objectifs stratégiques sont l'amélioration de la couverture sanitaire de la population, l'amélioration de la qualité des services offerts à la population en formant les personnels de santé, la participation du secteur privé au développement des activités de santé. Les objectifs quantifiés : réduire le taux de mortalité infantile de 114 à 70 pour mille naissances, diminuer le taux de mortalité infanto-juvénile (192‰ à 100‰) et abaisser le taux de mortalité maternelle de 740 à 200‰.

Les actions prévues :

- Le renforcement et l'amélioration des capacités des structures sanitaires de base des 5 Districts.
- L'acquisition d'équipements pour les structures sanitaires de base afin de les rendre fonctionnelles.
- Le renforcement et l'amélioration des capacités des établissements sanitaires de référence de Djibouti-ville.
- Le renforcement de l'exécution des programmes de santé nationaux prioritaires
- La mise en place de campagnes d'Information, d'Education et de Communication pour la santé, et plus particulièrement sur le virus du SIDA.
- La mise en œuvre d'un programme de formations universitaires pour les médecins, dentistes et pharmaciens.
- Le renforcement des capacités du CFPS pour la formation initiale et continue du personnel paramédical diplômé.
- Le renforcement des capacités de maintenance des formations sanitaires.

## **3) La protection juridique des enfants**

Le Gouvernement a organisé les Etats Généraux de la justice en novembre 2000 pour débattre des problèmes et perspectives de développement de ce secteur. Ces assises ont donné lieu à des propositions de réforme de la justice dont les objectifs stratégiques sont le renforcement de l'Etat de droit, le rapprochement entre la justice et les justiciables, la promotion de l'équité, la transparence et l'efficacité dans les décisions de justice.

Les actions prévues :

- ◆ un renforcement de la législation et de la codification (adoption du statut de la magistrature, code de la famille, code de procédure civile) ;
- ◆ la réorganisation judiciaire sur la base de l'unicité des droits, du statut du magistrat unique et de la décentralisation ;
- ◆ la création d'un organe autonome chargé de la promotion des droits de l'homme.

Par ailleurs, la Stratégie Nationale d'Intégration des Femmes dans le Développement proposée par le Ministère de la Promotion de la Femme vise à :



- consolider le processus de démocratisation de la société djiboutienne en cours par une participation citoyenne égale et équitable des femmes dans la sphère publique et privée.
- garantir la participation pleine des femmes à l'éducation et promotion du droit à l'éducation dans la société djiboutienne par la contribution à la réduction des écarts et des inégalités entre les filles et les garçons et la lutte contre l'analphabétisme.
- créer les conditions nécessaires à la satisfaction des besoins pratiques et stratégiques des femmes et des hommes et à l'exercice de leurs droits humains en matière de santé reproductive et de santé communautaire.
- lutter contre la pauvreté par la création des opportunités nécessaires et l'élimination des discriminations en matière d'emploi et d'accès aux ressources.

Parmi les actions envisagées par le Ministère de la Promotion de la Femme, il faut retenir :

- la lutte contre les différentes formes de discrimination à l'égard de la petite fille et de la femme ;
- l'institutionnalisation de la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et de la communauté, y compris les différentes formes de violence dont les mutilations génitales féminines ;
- la mise en place de mécanismes et de mesures spécifiques pour contribuer à la lutte contre la pauvreté des femmes et favoriser un accès équitable à l'emploi et à la formation professionnelle pour les femmes.

Pour le développement de la jeunesse, le Gouvernement a élaboré une stratégie dont l'objectif principal est de favoriser le développement, la responsabilisation de la jeunesse ainsi que son intégration dans tous les secteurs de la société.

Les objectifs stratégiques visent à :

- lutter contre la délinquance juvénile et la drogue à travers des mesures préventives et des programmes d'éducation, d'emploi et de loisirs pour les jeunes, des programmes de traitement et de réinsertion des jeunes délinquants et toxicomanes ;
- faciliter l'accès des jeunes aux soins de santé par la mise en place de programmes intégrés d'IEC en matière de santé publique (MST, SIDA, paludisme, malnutrition) ;
- sensibiliser les jeunes sur la protection de l'environnement par l'introduction de la formation à l'environnement dans les programmes de jeunes ;
- promouvoir la culture auprès des jeunes en encourageant la créativité des jeunes dans le domaine culturel ;
- privilégier l'éducation des jeunes par le développement du péri-scolaire, le renforcement de l'enseignement technique et de la formation professionnelle.

#### **4) L'accès aux services sociaux de base**

##### ***L'accès à l'eau potable***

A Djibouti, la question de l'eau se pose aujourd'hui avec acuité et la sécurisation de l'approvisionnement en eau potable constitue un défi majeur pour la prochaine décennie. Le Schéma directeur de l'Eau a permis d'évaluer les besoins pour 2010, les ressources nécessaires pour améliorer la capacité de production actuelle.

Les objectifs de développement consistent à la reconnaissance et la mise en valeur des ressources en eau souterraines et des eaux de surface, l'évaluation des potentialités en eau et des technologies appropriées à leur exploitation, l'exploitation, la gestion et la protection des eaux souterraines et des eaux de surface.

Objectifs à atteindre à l'horizon 2010 :

- satisfaire les besoins en volume d'eau qui sont estimées à 23 millions de m<sup>3</sup> pour la ville de Djibouti, à 4 millions de m<sup>3</sup> pour les villes de districts et 8 millions de m<sup>3</sup> pour l'hydraulique rurale.
- un accroissement du nombre des points d'eau ruraux de 800 à 1 000 points d'eau.

### ***L'accès au Logement***

Malgré les efforts entrepris par les autorités du pays, la situation du logement à Djibouti reste toujours précaire. Or, un des principaux leviers sur lequel doit agir l'Etat pour améliorer les conditions de vie de la population djiboutienne, et notamment des couches les plus vulnérables, est la politique d'habitat qu'il s'est fixé et dont les objectifs stratégiques consistent à favoriser l'accession à la propriété de tous les ménages dans des terrains viabilisés et la sécurité foncière en passant du statut d'occupation provisoire au statut d'occupation définitif, développer les outils de financement de l'habitat.

**Bibliographie**

- Programme d'Actions National suite à la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie, de la Protection et du Développement de l'Enfant pour les années 90 adopté au Sommet Mondial pour les Enfants (octobre 1991)
- Etat d'Avancement de la Mise en Application du Programme d'Actions National réalisé par le Comité Intersectoriel pour le Suivi du Sommet Mondial pour les Enfants (Mai 1993)
- Revue à Mi-parcours du premier Programme de coopération FNUAP/DJIBOUTI, Septembre 2000
- Document - Cadre de Politique Economique (DCPE) + Mémoires FMI
- Country Assistance Strategy (CAS) de la Banque Mondiale
- Rapport de l'Enquête sur les Ménages – EDAM-IS (1996-97)
- Plan d'Action National pour l'Environnement (PANE- 2000)
- Rapport National sur le Développement Humain 2000 (PNUD)
- Loi d'Orientation Economique et Sociale (1991-2000)
- Plan Quinquennal (1991-1995)
- Programme Politique du Gouvernement (1999)
- Stratégie de développement du Secteur Primaire 2000 - 2010
- Rapport sur le Schéma directeur pour l'Eau (2000)
- Plan d'Actions et Schémas directeurs pour l' Education (2001-2005)
- Politique de Réforme de la Santé 2001-2010
- Plan d' Actions pour la Réforme de la justice (Etats Généraux)
- Rapport National d'évaluation de la mise en oeuvre des plates formes de Beijing présenté à Beijing + 5 (juin 2000)
- Projet de Stratégie Nationale d'Intégration de la Femme Djiboutienne dans le développement (décembre 2000).

## INDICATEURS DE PROGRES DU DEVELOPPEMENT

<b>OBJECTIFS PRINCIPAUX</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>OBJECTIFS 2010-2015</b>
Réduire l'extrême pauvreté	Incidence de l'extrême pauvreté : 45 % (population disposant de moins de 1 dollar E.U. / jour)	20%
La proportion de personnes qui vivent dans une extrême pauvreté devrait être réduite au moins de moitié d'ici 2015.	Inégalité : 5% (part du cinquième de la population considérée comme la plus pauvre dans la consommation nationale)	10%
	Malnutrition infantile : 25,7% (prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans)	15%
Enseignement élémentaire universel	Taux brut de scolarisation : 39 %	80%
L'enseignement élémentaire doit devenir universel d'ici 2015.	Taux d'alphabétisation : 74% (15 à 24 ans)	100%
Egalité entre les sexes	Rapport filles - garçons : 0,7 (dans l'enseignement primaire public et privé).	1
Elimination des disparités entre garçons et filles dans l'enseignement primaire et secondaire avant 2005.	Rapport filles - garçons : 0,6 (dans l'enseignement secondaire public et privé).	1
	Rapport femmes-hommes parmi les alphabètes : 0,7 (15 à 24 ans)	1
Mortalité infantile et post-infantile	Taux de mortalité infantile : 114 ‰ (entre 0 et 1 ans).	70 ‰
Les taux de mortalité chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans doivent être réduits des deux tiers (1990-2015).	Taux de mortalité infanto-juvénile : 192 ‰ (entre 0 et 5 ans).	100 ‰
<b>Mortalité liée à la maternité</b>	Taux de mortalité maternelle : 740 (pour 100 000 naissances vivantes).	200
	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié : 56%	100%
Le taux de mortalité maternelle devrait être réduit de trois quarts (1990-2015).		
Santé génésique	Taux de pratique de la contraception : 2%	
<b>L'accès aux services de santé génésique devrait être assuré d'ici à 2015.</b>	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes : 3% (15 à 24 ans).	0%
<b>Environnement</b>	Population ayant accès à l'eau potable : 78% (ensemble du pays).	90 à 100%
Le Pays devrait, d'ici à 2005, disposer d'une stratégie nationale de développement durable.	Rendement énergétique : 2,3 \$ / kWh (PIB par unité d'utilisation de l'énergie électrique).	
<b>Indicateurs généraux</b>  Autres indicateurs de développement :	PIB par habitant : 582 \$	
	<b>Epargne intérieure en % du PIB : 4,7</b>	
	Aide en % du PIB : 22	
	<b>Services de la dette en % des exportations de biens et de services : 6</b>	
	Dette extérieure en % du PIB : 65	
	Investissement en % du PIB : 20,8	
	Commerce en % du PIB : 44	
	Apports d'IED en % de la FBCF : 97	
	Taux d'alphabétisation des adultes : 30% (population de 25 ans et plus).	60%
	Espérance de vie à la naissance : 50 (en nombre d'années).	55

**Source :** Direction Nationale de la Statistique.

