

République de Djibouti

Politique Nationale de l'Enfant de Djibouti
Développement intégré de la petite enfance
et protection de l'enfant (2022-2032)



Table des matières

PREFACE	5
PREAMBULE.....	7
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	9
CHAPITRE I.	12
CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	12
1.1. JUSTIFICATION	12
1.2. LE CONTEXTE GENERAL	12
1.2.1 Contexte géographique, démographique et géopolitique.....	12
1.2.2. Contexte socioéconomique	13
Partie I :	
CHAPITRE II. GENERALITES SUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE ET LA PROTECTION DE L'ENFANT	15
2.1. DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE.....	16
2.1.1. Développement de la petite enfance et soins attentifs	16
2.1.2. Fenêtres d'opportunité pour l'intervention de petite enfance : 1000 premiers jours	16
2.1.3. Menaces au développement et Soins attentifs	17
2.1.4. Santé mentale des mères et parents	18
2.1.5. Interventions prioritaires des soins attentifs	19
2.1.6. Soins pour le développement de l'enfant	20
2.1.7. Intégration des soins attentifs	20
2.2. PROTECTION DE L'ENFANT	21
2.2.1. Le droit de l'enfant à la protection	21
2.2.2. La violence à l'égard de l'enfant.....	22
2.2.3. Négligence, maltraitance, abus sexuel et exploitation économique	22
2.2.4. Pratiques traditionnelles néfastes.....	24
2.2.5. Discrimination et stigmatisation	25
2.2.6. Privation de protection parentale et de vie familiale.....	26
2.2.7. Comportements à risque.....	27
2.2.8. Causes et conséquences des diverses formes de violence à l'égard de l'enfant	27
Partie II :	
CHAPITRE III. ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE L'ENFANCE : COMPOSANTE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE ET PROTECTION DE L'ENFANT	32
3.1. PROCESSUS POUR LA COMPOSANTE PETITE ENFANCE	32
3.2. FORMULATION DU CONTENU DE LA POLITIQUE	32
3.3. ANCRAGE AVEC D'AUTRES DOCUMENTS STRATEGIQUES DU PAYS	33

CHAPITRE IV. SITUATION DU DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANT A DJIBOUTI	34
4.1. SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	34
4.2. DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE ET SES MENACES A DJIBOUTI.....	35
4.3. DETERMINANTS DU DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE A DJIBOUTI.....	35
4.3.1. Disponibilité des services du DPE	35
4.3.2. Domaine de la santé.....	37
4.3.3. Domaine de la nutrition	39
4.3.4. Domaine d'apprentissage précoce et de l'éducation	40
4.3.5. Domaine de la Sécurité et sûreté	42
4.3.6. Approche multisectorielle du DPE et mesure des progrès.....	43
4.4. SITUATION DES ENFANTS A DJIBOUTI EU EGARD A LEUR DROIT A LA PROTECTION	44
4.4.1. Etat des lieux	45
4.4.2. Réponse en place pour la protection de l'enfant à Djibouti	46

Partie III :

CHAPITRE V. POLITIQUE NATIONALE DE L'ENFANT A DJIBOUTI : DEVELOPPEMENT INTEGRE DE LA PETITE ENFANCE ET PROTECTION DE L'ENFANT A DJIBOUTI	50
5.1. VISION GLOBALE DU JEUNE ENFANT DJIBOUTIEN	50
5.2. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE.....	51
5.3. PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	52
5.4. DOMAINES STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE	54
CHAPITRE VI. DEVELOPPEMENT INTEGRE DE LA PETITE ENFANCE	55
6.1. BONNE SANTE, NUTRITION ADEQUATE ET SOINS REpondant AUX BESOINS	55
6.2. OPPORTUNITES POUR L'APPRENTISSAGE PRECOCE	63
6.3. SECURITE, SURETE & PROTECTION SOCIALE.....	68
6.4. RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP.....	72
6.5. UTILISATION DES DONNEES ET INNOVATION DANS LE DOMAINE DU DPE.....	74
CHAPITRE VII. PROTECTION DE L'ENFANT EU EGARD A SES DROITS.....	78
7.1. PREVENTION DES VIOLENCES FAMILIALES, COMMUNAUTAIRES OU INSTITUTIONNELLES ET DES COMPORTEMENTS A RISQUE DES ENFANTS.....	78
7.2. IDENTIFICATION, ACCES AUX SERVICES DE PROTECTION ET PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE	82
7.3. RENFORCEMENT DES CAPACITES DU SYSTEME NATIONAL DE PROTECTION DE L'ENFANT	88
CHAPITRE VIII. COORDINATION ET MISE EN ŒUVRE	92
8.1. COORDINATION	92
8.2. MISE EN ŒUVRE	92
8.3. PLANIFICATION DES ACTIONS POUR LE DPE ET LA PROTECTION DE L'ENFANT	93
8.4. SUIVI- EVALUATION	94
ROLES DES ACTEURS.....	96

Partie IV :

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR L'ENFANT	102
9.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PLAN.....	103
9.1.1. Vision, but, objectifs et impact	103

9.1.2. Modalités de mise en œuvre.....	104
9.1.3. Analyse des risques	105
9.1.4. Cadre de suivi et évaluation.....	105
9.2. CADRE LOGIQUE.....	108
9.3. CADRE PROGRAMMATIQUE DU PNSED	111
9.4. SYNTHÈSE DU BUDGET	131
9.5. PLAN OPERATIONNEL DU PNSED.....	132
9.6. CADRE DE PERFORMANCE.....	150
9.6.1. Impact	150
9.6.2. Effets sur l'utilisation des soins attentifs sur le continuum.....	152
9.6.3. Produits liés à l'offre des soins attentifs.....	157

PREFACE

Le gouvernement de Djibouti dans sa vision 2035, a fait du développement du capital humain l'un des objectifs pour le développement économique, exprimé dans la stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE 2015-2019).

Investir dans le développement du capital humain passe par l'investissement dans le développement intégré du jeune enfant en lui assurant un environnement favorisant l'épanouissement de tout son potentiel intellectuel, physique et moral au sein de sa famille et de sa communauté. Un paquet intégré de services de qualité en matière de santé, nutrition, hygiène, stimulation/éducation et protection est requis continuellement durant tout son jeune âge pour lui assurer une fondation solide pour la suite de son développement pour une vie adulte digne et équilibrée.

A cela s'ajoute la protection de l'enfant. Le Ministère de la Femme et de la Famille (MFF) a également le mandat de coordonner les interventions de différents acteurs dans le domaine de la protection de l'enfant 0 à 18 ans.

Chaque enfant a le droit d'être protégé contre toutes les formes de violence, d'exploitation et de maltraitance qui entravent son développement et réduisent son estime de soi. Le respect des droits de l'enfant est une condition préalable au développement d'un pays et il est fondamental de lui fournir un environnement sécurisant pour qu'il puisse prospérer et tirer le meilleur parti de son potentiel.

Cependant, la République de Djibouti ne disposant pas encore de ce document national de politique ou d'orientation en matière de protection de l'enfant et de développement intégré du jeune enfant a donc décidé d'élaborer à travers le Ministère de la Femme et de la Famille et l'appui financier de l'UNICEF cette politique nationale de l'Enfant portant sur deux composantes précitées.

Cette Politique Nationale de l'Enfant va permettre la mise en place d'un mécanisme de coordination dont le chef de file sera le Ministère de la Femme et de la Famille qui clarifiera les rôles et responsabilités de différents ministères sectoriels et autres institutions.

La présente Politique Nationale de l'Enfant fait suite à un avant-projet de Politique, l'évaluation du PASNED, plan couvrant l'ensemble des politiques qui ciblent les enfants et visent à leur assurer la survie, le développement, la protection et la participation, pour qu'ils grandissent dans les meilleures conditions et, une fois adultes, contribuent au développement du pays.

Afin d'affiner les recommandations de cette évaluation, une série de forums, de formations, d'ateliers, et de conférences avec l'appui technique des experts nationaux et internationaux sur le développement et la protection l'Enfant ont permis de fixer les grandes orientations et stratégies nationales de la présente politique.

Répondre à ces besoins liés aux conditions de vie, constitue un défi posé à notre société dans un contexte où nous avons des déficits à combler dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la culture, de la communication, de l'économie, de la démographie, de l'environnement, des sports et loisirs et de la société en général pour un développement durable.

Ainsi, le gouvernement ne peut pas apporter seul toutes les réponses aux objectifs de développement durable (ODD) ayant un lien avec le développement intégré de la Petite Enfance et la protection de l'Enfant. L'implication conjointe et coordonnée des secteurs publics, para publics, privés et société civile, doublée de la participation de nos partenaires techniques et financiers constitue une donnée incontournable pour le succès de la politique nationale de l'Enfant accompagnée d'un plan stratégique national quinquennal opérationnel.

Une note de plaidoyer a donc été élaborée pour convaincre les acteurs politiques à prendre conscience de l'importance d'une telle politique.

Avant de terminer mes propos, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document de politique.

Mes remerciements vont également à l'endroit de l'UNICEF pour son appui constant et engagé.

Mme Mouna Osman Aden

Ministre de la Femme et de la Famille

Préambule

En 1991, Djibouti a été parmi les tout premiers pays signataires de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'Enfant (CDE). Par cette ratification précoce, l'Etat Djiboutien soulignait son adhésion complète et inconditionnelle à la vision de l'enfant comme citoyen porteur de droits. Il s'engageait ainsi à mettre en place toutes les mesures législatives, administratives et sociales nécessaires pour garantir aux enfants la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux à la vie, à la survie, au développement et à la protection.

Afin de traduire ces engagements en actions, en 2010 le Gouvernement de Djibouti a élaboré le Plan d'action stratégique national de l'enfance à Djibouti (PASNED 2011-2015). Ce plan multisectoriel fixait une politique nationale cohérente et concertée dans le domaine de l'enfance, visant à assurer aux enfants la réalisation de leurs droits fondamentaux et l'accès équitable aux services sociaux de base. Le Plan a été accompagné de la mise en place d'un Conseil national de l'enfance (CNE), chargé de la supervision de la mise en œuvre. Dans la même lancée, le Gouvernement a créé le Comité national de pilotage et le Comité technique pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation du PASNED.

Au niveau juridique, des progrès notables ont été accomplis avec l'adoption par l'Assemblée nationale de la loi n°95/AN/15/7^{ème}L du 18 mai 2015, portant Code de protection juridique des mineurs (CPJM) qui a pour objet la protection et la promotion des droits de l'enfant.

Actuellement, l'architecture institutionnelle du gouvernement djiboutien assigne au ministère de la Femme et de la Famille (MFF) le mandat de formuler la politique et de coordonner les interventions de différents acteurs dans les domaines de la petite enfance et de la protection de l'enfant.

Dans ces deux domaines, malgré des avancées significatives, des défis restent à relever. Les actions ont été jusqu'ici mises en œuvre surtout par les communautés et les organisations de la société civile en collaboration avec l'Etat. La prestation de services reste limitée pour plusieurs raisons, parmi lesquelles des ressources humaines insuffisantes. Le continuum de services n'est pas clairement défini pour la prévention, l'identification, la référence et la gestion des cas de protection et aucun système d'information n'est en place. Les rôles des secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale et de la justice dans la PNE sont insuffisamment définis et leurs efforts dans le champ de la protection faiblement coordonnés.

C'est pour combler ces lacunes et pour donner suite au PASNED qu'est mis en place le présent document de Politique nationale de l'Enfant – PNE. Le document comporte deux composantes, notamment : i) le Développement de la Petite Enfance et ii) la Protection de l'Enfant.

Il constitue de ce fait la mise à jour des composantes « Développement de l'Enfant » (partie relative à la petite enfance) et « Protection de l'Enfant » du PASNED.

Le présent document ajoute une pierre importante à l'édifice des droits de l'Enfant à Djibouti. Il préconise le renforcement de l'action de l'Etat et de ses partenaires pour assurer le développement de la petite enfance et la protection des enfants contre toute forme de violence, abus et exploitation sur tout le territoire national. Il donne des orientations pour faire face de manière organisée et multisectorielle aux difficultés et limites qui existent pour garantir à chaque enfant la jouissance des droits, le plein épanouissement et la protection contre les maltraitances.

Par l'adoption de ce document, l'Etat réaffirme l'importance accordée aux droits des enfants à Djibouti

Ancrage de la PNE

Le présent document de PNE est ancré dans les directives nationales relatives aux politiques sociales. La politique de développement de l'Etat djiboutien est définie dans la Vision 2035, élaborée en 2014, son plan opérationnel Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE 2015-2019) ainsi que dans les politiques sectorielles. Dans le domaine social, la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS, 2018-2022) occupe une place de première importance, étant centrée sur la réduction de la vulnérabilité et la mise en place d'un système de protection sociale pour tous.

Le présent document détaille la politique que le gouvernement de Djibouti se propose de mener pour le développement de la petite enfance et pour la protection des enfants contre les violences. Il propose les objectifs et résultats à atteindre dans une approche systémique, consistant dans des orientations communes aux divers secteurs qui interviennent dans la mise en œuvre des actions.

Dans l'élaboration et la mise en œuvre de la PNE ont été pris en compte les autres instruments de politique ciblant les enfants, entre autres : la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS, 2018-2022), le plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2024) ; la politique de nutrition de Djibouti (2020-2030) ; la Politique nationale en matière d'éducation et formation professionnelle ; la Stratégie nationale pour l'accélération de l'abandon total des MGF (2018-2022) ; la Stratégie nationale pour les Enfants à besoins spéciaux (EABS de 2018) ; la Stratégie nationale de communication pour le développement relative aux pratiques sociales essentielles (2020) et la stratégie de prévention de toutes les formes de la malnutrition à Djibouti (2018-2022).

Sigles et abréviations

AFCEN	: African Early Childhood Network
AGR	: Activité génératrice de revenu
ANJE	: Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
APE	: Association parents d'élèves
ARS	: Analyse rapide de la situation
ARV	: Antirétroviraux
BCG	: Vaccin bilié de Calmette et Guérin
C4D	: Communication pour le développement
CDC	: Centre de développement communautaire
CDE	: Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant
CGC	: Comité de gestion communautaire
CNE	: Conseil national de l'Enfant
CNDE	: Conseil national des droits de l'Enfant
CNP	: Comité national de pilotage
CPJM	: Code de protection juridique des mineurs
CPN	: Consultations prénatales
CPON	: Consultations postnatales
CPS	: Consultations préscolaires
CSLP	: Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
CT	: Comité technique
DJF	: Franc Djibouti
DPE	: Développement de la petite enfance
DSME	: Direction de la santé mère enfant
EABS	: Enfants à besoins spéciaux
ECDAN	: Early Childhood Development Action Network
EDAM	: Enquête djiboutienne auprès des ménages
EDSF	: PAPFAM - Enquête djiboutienne de la santé familiale
FANTA	: Food and Nutrition Technical Assistance
FMI	: Fonds monétaire international
FOSA	: Formation sanitaire
FPN	: Faible poids de naissance
HIMO	: Haute Intensité de Main d'œuvre
IDPE	: Indice de développement de la petite enfance

INDS	: Initiative Nationale pour le Développement Social
IRA	: Infection respiratoire aigue
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAG	: Malnutrition aigüe globale
MAS	: Malnutrition aigüe sévère
MASS	: Ministère des Affaires sociales et des Solidarités
MENFOP	: Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MFF	: Ministère de la Femme et de la Famille
MGF/E	: Mutilations génitales féminines ou Excision
MI	: Ministère de l'Intérieur
MILD	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MJ	: Ministère de la Justice
MS	: Ministère de la Santé
MJC	: Ministère de la Jeunesse et de la Culture
OCDE	: Organisation européenne de coopération économique
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAFPAM	: Pan Arab Project for Family Health
PASNED	: Plan National Stratégique pour l'Enfance à Djibouti
PCIMA	: Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue
PCIME	: Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant
PDR	: Plan de Développement Régional
PE	: Protection de l'Enfant
PEV	: Programme élargi de vaccination
PFE	: Pratiques familiales essentielles
PNPE	: Plateforme Nationale de Protection de l'Enfant
PIB	: Produit intérieur brut
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNE	: Politique Nationale de l'Enfant
PSE	: Pratiques Sociales Essentielles
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RMM	: Ratio de mortalité maternelle
SABER	: Approche Systémique pour de Meilleurs Résultats en Matière d'Éducation

SARA	: Services Availability and Readiness Assessment
SCAPE	: Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SDE	: Soins pour le développement de l'enfant
SES	: Secrétariat d'Etat Chargé des Sports
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transition
SMNE	: Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
SNPS	: Stratégie Nationale de Protection Sociale
SRMNEA	: Santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent
SUN	: Scaling Up Nutrition
SWOT	: Strengths, weaknesses, opportunities and threats
TM5	: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
TMI	: Taux de mortalité infantile
UNFD	: Union Nationale des Femmes Djiboutiennes
VAA	: Vaccin antiamarile
VIH	: Virus d'immunodéficience humaine

Chapitre I.

Contexte et justification

1.1. Justification

Au cours des dernières années, Djibouti a réalisé des progrès significatifs dans le développement de la petite enfance (DPE), notamment dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la protection de l'enfant.

L'engagement du gouvernement de Djibouti et du Ministère de la Femme et de la Famille (MFF) dans le DPE est fondé sur la vision 2035 dont l'un des objectifs de la vision à moyen terme pour le développement économique, exprimé dans la Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE 2015-2019), est le développement de son capital humain.

Cet engagement cadre avec les priorités de l'UNICEF dans son plan stratégique 2018-2021 qui met l'accent sur l'importance du développement holistique du jeune enfant. Dans cette perspective, le bureau de l'UNICEF à Djibouti s'est engagé à accompagner le MFF dans sa volonté de mettre en place des normes et standards pour un programme DPE de qualité.

En vue de matérialiser cet engagement, le gouvernement djiboutien à travers le MFF et les autres départements ministériels impliqués ainsi que leurs partenaires, s'est engagé à élaborer une politique nationale pour le développement holistique du jeune enfant afin d'assurer un environnement favorisant à l'épanouissement de tout son potentiel intellectuel, physique et moral au sein de sa famille et de sa communauté.

1.2. Le contexte général

La situation contextuelle à Djibouti se caractérise par d'importants changements depuis les dix dernières années, sur plusieurs plans.

1.2.1 Contexte géographique, démographique et géopolitique

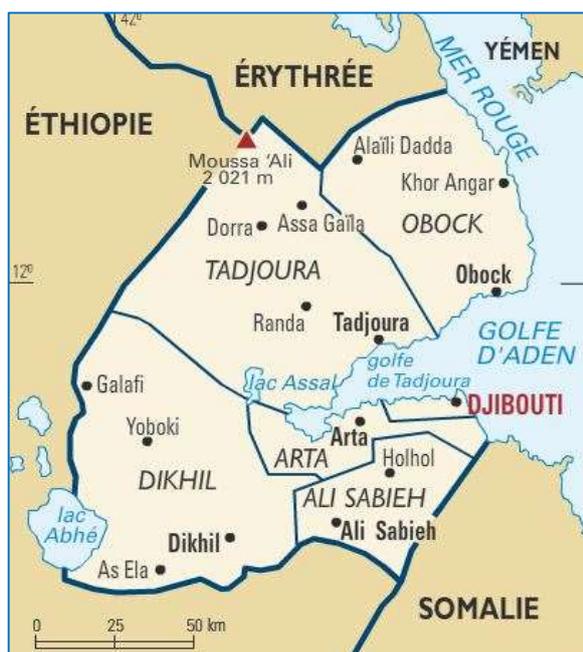
La République de Djibouti, d'une superficie de 23 200 km², est située au nord de la Corne de l'Afrique et partage ses frontières avec l'Érythrée au Nord, l'Éthiopie à l'Ouest et au Sud et la Somalie au Sud-est. La pluviométrie est faible avec en environ 129 millimètres par an ce qui est à l'origine d'une faible activité agricole entraînant une dépendance aux importations de produits vivriers pour satisfaire les besoins nationaux. Cette situation rend le pays très sensible aux perturbations externes, comme les hausses du prix des denrées alimentaires et des produits pétroliers et aux catastrophes naturelles (inondations, sécheresses)¹.

Le pays possède une façade maritime longue de 372 km qui donne sur la Mer Rouge et le Golfe d'Aden, qui confère au pays une position géostratégique très importante.

¹ Ministère de la Santé, Ministère De La Santé Plan National De Développement Sanitaire (2020-2024) (Djibouti, 2020).

Djibouti est considéré comme un îlot de paix au cœur d'une région caractérisée par une instabilité politique et socio-économique. La Somalie voisine est en crise prolongée depuis des décennies, le Yémen est affecté par un conflit armé depuis mars 2015, l'Éthiopie avec ces dernières années des troubles sociopolitiques régulières et la piraterie maritime au large des côtes djiboutiennes.

En 2017, le Djibouti comptait 992 635 habitants dont 11% sont des enfants de moins 5 ans. Le rythme de croissance démographique est de 2,8%. Près de 71% de la population du pays vit en milieu urbain dont 58% à Djibouti-ville (la capitale). Le reste se compose d'une population rurale, sédentarisée et nomade. Environ 53% de la population est du genre masculin. La taille moyenne des ménages ordinaires est de 6,2 personnes.



Les langues parlées sont le somali, l'afar, l'arabe et le français. La majorité de la population (98%) est de religion musulmane de rite sunnite.

Administrativement, le pays est divisé en 6 régions dont la capitale Djibouti. Djibouti fait face également à un important flux de migrants et de réfugiés en provenance d'Éthiopie, de Somalie et du Yémen. La population actuelle des migrants est de 34750 ; celle des réfugiés et demandeurs d'asile est de 29915 avec un impact important sur le système de santé national.

Figure 1. Carte administrative de Djibouti

1.2.2. Contexte socioéconomique

En 2016, la croissance du PIB, selon les estimations était à 6,5%, grâce au dynamisme des activités de transport, des activités portuaires qui tirent parti de la position stratégique du pays à l'entrée méridionale de la mer Rouge et du fait que les exportations et les importations de l'Éthiopie transitent majoritairement par Djibouti, à la construction de la nouvelle ligne ferroviaire reliant l'Éthiopie au port de Djibouti et la création d'une nouvelle zone franche. L'économie est aussi tributaire des financements extérieurs, des investissements directs étrangers et des rentes provenant des bases militaires étrangères installées sur le territoire.

En 2017, Djibouti était classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure par le FMI et la Banque mondiale. Le produit intérieur brut était estimé en 2016 à 277,74 milliards DJF constitué à 70% des revenus du secteur tertiaire².

² Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien-être familial et des Affaires Sociales, *Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2015-2019)* (Djibouti, 1377).

L'indice de développement humain de la République de Djibouti était de 0,495 en 2018, se plaçant au 171ème rang sur 189 pays³.

Malgré les progrès économiques du pays, le niveau de la pauvreté et du chômage reste élevé. Ainsi selon l'EDAM-4⁴, le taux de pauvreté extrême des individus pour l'ensemble du pays est estimé à 21,1% en 2017. Conformément aux études des années précédentes, il semble y avoir un écart durable entre le bien-être de la capitale—Djibouti ville— et les autres régions. En effet, à Djibouti-ville, le taux de pauvreté extrême est estimé à 13,6%, alors que dans les autres régions, il est presque trois fois plus élevé que le taux national (45,0%). De plus, les résultats obtenus par EDAM-4⁵ indiquent un taux de chômage estimé à 47% au niveau national. Djibouti-ville a un taux similaire de 47,6%. Il y a des variations entre les régions du pays, avec les régions d'Ali Sabieh et de Dikhil qui affichent respectivement des taux de chômage de 36,9% et 37,8%, alors que la région de Tadjourah est celle qui a le marché du travail le moins dynamique : le taux de chômage de la région est de 56%.

Les dernières années ont vu une augmentation des investissements extérieurs, ainsi que celle des revenus du pays, concomitants d'une augmentation des disparités pesant sur le pouvoir d'achat d'une importante proportion de la population.

Le taux brut de scolarisation (6 à 10 ans) était de 94,1% en 2016⁶ et le taux d'analphabétisation chez les femmes (15 ans et plus) était de 52,9% en 2016 pendant que celle des hommes était de 66,6%.

Afin de mettre en place les bases d'un développement maîtrisé et piloté, le Gouvernement s'est engagé dans l'élaboration d'une vision de long terme à l'horizon de 2035, dénommée « Djibouti Vision 2035 ». L'élaboration de la Vision 2035 intervient à la suite de la Loi d'Orientation Economique 2001- 2010 qui a contribué à guider le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2004-2006 et de l'Initiative Nationale pour le Développement Social (INDS) 2008-2012. Elle vise à doter le pays d'un instrument de planification du développement à l'horizon d'une génération, dans laquelle s'inscriront désormais la planification stratégique et les politiques et stratégies de développement durable.

La première déclinaison à moyen terme de cette vision est constituée par la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi⁷ qui est le cadre de référence national de la mise en œuvre de Objectifs du Développement Durable (ODD).

³ 'Rapport Sur Le Développement Humain 2019', 2019.

⁴ Commissariat au plan charge des statistiques, *Resultats De La Quatrieme Enquete Djiboutienne Aupres Des Menages Pour Les Indicateurs Sociaux (Edam4-IS)*, 2018
<http://www.dised.dj/Rapport1_resultats_EDAM4.pdf>.

⁵ Commissariat au plan charge des statistiques.

⁶ Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien-être familial et des Affaires Sociales.

⁷ Ministère de la Promotion de la Femme, du Bien-être familial et des Affaires Sociales.

Partie I :

Généralités sur le développement intégré de la petite enfance et la protection de l'Enfant

Chapitre II.

Généralités sur le développement de la petite enfance et la protection de l'Enfant

2.1. Développement de la petite enfance

2.1.1. Développement de la petite enfance et soins attentifs

Le développement de la petite enfance (DPE) fait référence à la croissance et au développement de l'enfant depuis la grossesse jusqu'à son entrée à l'école primaire (6 ans). Il est un processus de maturation aboutissant à une évolution logique des capacités de perception, de facultés motrices, des capacités cognitives et aspects du langage, d'aptitudes sociales, émotionnelles et d'autodiscipline. L'acquisition d'aptitudes tout au long de la vie repose sur les capacités de base établies dans la petite enfance[5].

Le développement intégré du jeune enfant est donc son évolution harmonieuse sur les plans physique, intellectuel, affectif, sanitaire, alimentaire et socioculturel. Le développement psychomoteur est un processus au cours duquel l'enfant reçoit des stimulations d'ordre sensoriel, affectif, émotionnel, physique dont le but est de permettre une éclosion et une maturation de ses capacités physiques et motrices.

La petite enfance est la période de vie de l'enfant comprise entre la naissance et l'âge de six ans. Elle comprend : la prime enfance ou première enfance (0 à 3 ans) et la deuxième enfance, aussi appelée enfance d'âge préscolaire (3 à 6 ans). Cependant, dans le cadre de l'approche de développement intégré de la petite enfance (DIPE), c'est la tranche d'âge de 0-8 ans qui est considérée afin d'assurer une transition réussie entre le préscolaire et le primaire. A Djibouti, la petite enfance prend la période de 0 à 5 ans conformément à loi n° 31/AN/18/8èmeL portant institutionnalisation des crèches et des garderies.

2.1.2. Fenêtres d'opportunité pour l'intervention de petite enfance : 1000 premiers jours

Les évidences en neurosciences montrent que c'est au cours de la période allant de la grossesse à 2 ans — soit les 1000 premiers jours— que se développe 90% des connexions synaptiques du cerveau, structures qui permettront à l'enfant de développer ses aptitudes psychomotrices, cognitives, affectives et sociales [1]. Ces recherches ont par ailleurs montré que les programmes qui soutiennent le développement holistique —cognitif, nutritionnel, sanitaire — précoce des nourrissons et des jeunes enfants offrent des avantages durables sur leur santé, leur bien-être, leurs facultés d'apprentissages et leur insertion dans la société de façon constructive et productive. Ces programmes doivent en effet être efficacement mis en œuvre au cours de cette période critique.

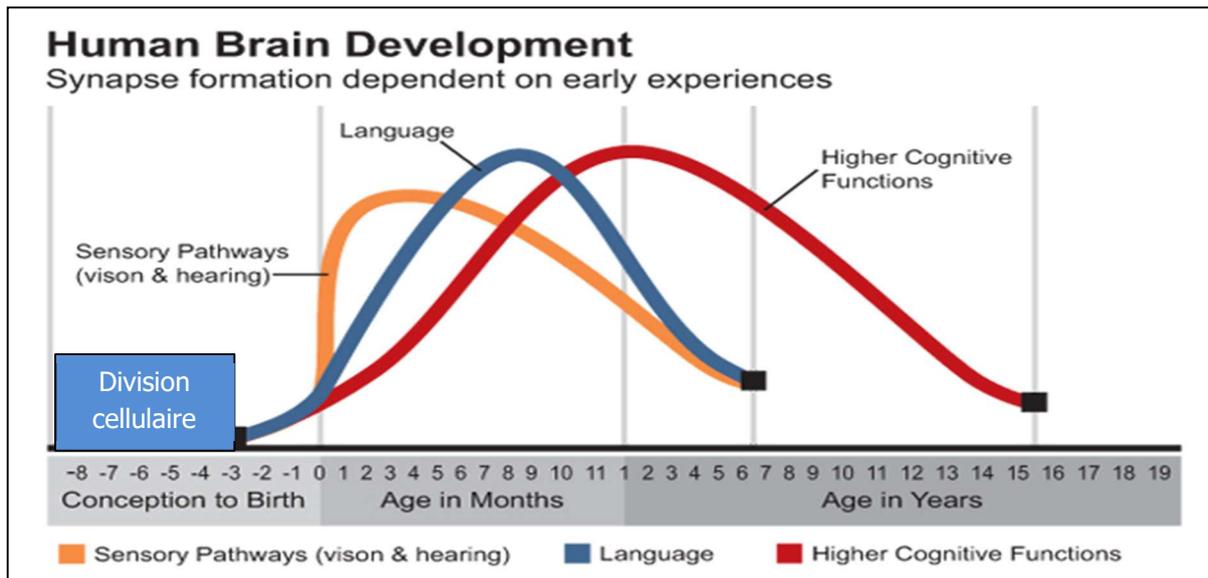


Figure 2. Périodes sensibles et critiques et développement du cerveau

2.1.3. Menaces au développement et Soins attentifs

De multiples facteurs influencent l’acquisition d’aptitudes et de facultés, notamment la santé, la nutrition, la sécurité, les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce (Fig2)¹⁰. Les « Soins attentifs », permettent de réduire les effets nocifs de l’appartenance à une catégorie défavorisée sur la structure et les fonctions du cerveau ; ce qui en retour permet

d’améliorer la santé, la croissance et le développement de l’enfant. Ils visent à répondre aux besoins de santé, nutritionnels, socio-émotionnels, cognitifs et linguistiques durant cette période¹¹. Ils sont essentiels parce que c’est au début de la vie —1000 premiers jours— d’un enfant que se forme la base de l’apprentissage, de la bonne santé, du bien-être et de sa capacité à travailler correctement avec les autres durant sa vie d’adulte¹².

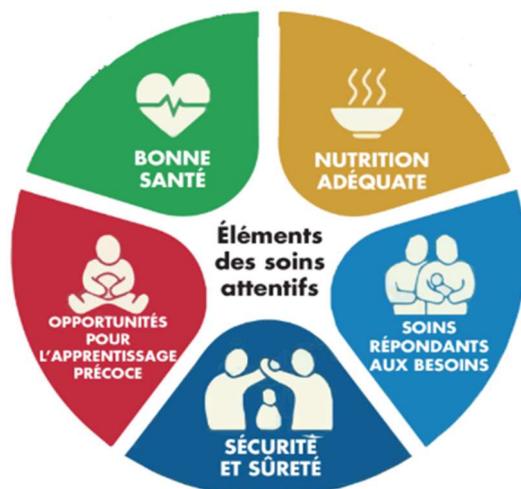


Figure 3. Cinq domaines de Soins attentifs

L’expérience vécue par les enfants durant la petite enfance (prénatale jusqu’à l’âge de 5 ans) crée une trajectoire tout au long de la vie. Les expositions et les expériences défavorables de la petite enfance

¹⁰ Bernadette Daelmans, ‘Effective Interventions and Strategies for Improving Early Child Development’, 2013, 23–26 <<https://doi.org/10.1136/bmj.h4029>>.

¹¹ Banque Mondiale Organisation Mondiale de la Santé, Unicef, *Soins Attentifs Pour Le Développement de La Petite Enfance: Un Cadre Pour Aider Les Enfants à Survivre et à s’épanouir Afin de Transformer La Santé et Le Potentiel Humain* (Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2019).

¹² Unicef et Organisation Mondiale de la Santé, ‘Soins Pour Le Développement de l’Enfant Manuel’, 2012, 50; Organisation Mondiale de la Santé, Unicef.

augmentent le risque de mauvais résultats sociaux, cognitifs et sanitaires, y compris la dépendance économique, la violence, la criminalité, la toxicomanie et l'apparition de maladies non transmissibles chez les adultes. Les déficits précoces sont aggravés et deviennent de plus en plus difficiles à inverser au-delà de la petite enfance. Les gènes et les expériences interagissent pour façonner l'architecture et le fonctionnement du cerveau, qui se développent rapidement au cours des premières années de la vie, lorsque la neuro plasticité est maximale. Les connexions neuronales établies tôt dans la vie jettent les bases de la santé physique et mentale, affectant l'adaptabilité, la capacité d'apprentissage, la longévité et la résilience¹³.

La figure 3, tirée de Daelmans B ¹⁴ résume les facteurs de risque de développement sous-optimal. Ils incluent des facteurs biologiques et contextuels. Les disparités entre les sexes, par exemple, sont une composante essentielle du cadre de développement durable et commencent avant la naissance, les garçons étant plus sensibles aux menaces neurologiques tandis que les filles sont plus exposées à l'avortement sélectif. Pour prévenir et atténuer les risques, des réponses intégrées sont nécessaires pour améliorer l'environnement physique, familial et sociétal des enfants.

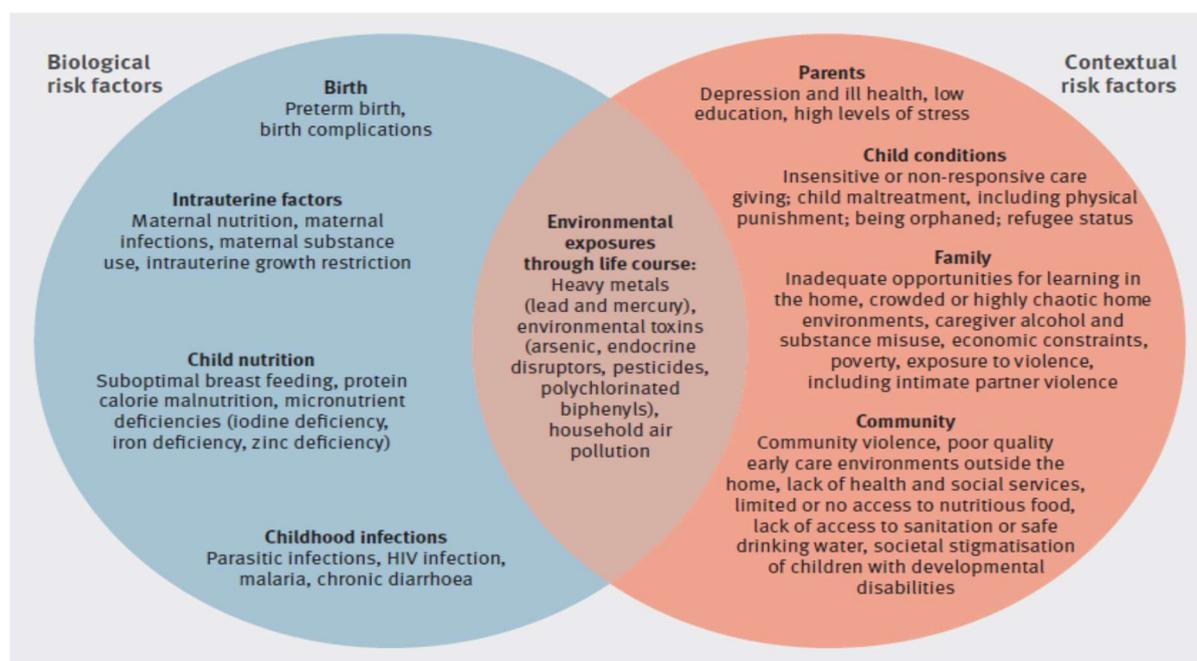


Figure 4. Facteurs compromettant le développement du jeune enfant

2.1.4. Santé mentale des mères et parents

La santé mentale de la mère et du père, ainsi que des personnes qui s'occupent des enfants est déterminante pour garantir une prestation de soins adaptée. Lorsque les parents ou les personnes s'occupant d'enfants sont en proie à l'épuisement, l'inquiétude, l'anxiété, la dépression ou d'autres symptômes de détresse psychologique, il leur est très difficile d'être attentifs aux besoins du jeune enfant et d'y répondre de façon appropriée¹⁵.

¹³ Daelmans.

¹⁴ Daelmans.

¹⁵ Atif Rahman and others, World Health Organization Recommendation on Psychotherapeutic Interventions for Common Maternal Mental Health Problems among Women to Improve Early Childhood Development in Low and Middle Income Countries : Report of Systematic Review and Meta-Analysis Of, 2018.

Une bonne santé mentale et une solide motivation permettent aux parents d'identifier les besoins de l'enfant et y répondre comme il se doit, comprendre les expériences de l'enfant et gérer leurs propres émotions et réactions face à la dépendance du bébé.

Les femmes déprimées peuvent être irritables et pessimistes et avoir des difficultés à exprimer la bienveillance, l'affection et le plaisir. Elles risquent également de souffrir d'inquiétudes et d'anxiété, y compris à propos des soins au nourrisson. Tout ceci a une incidence sur leurs interactions sociales, y compris leur relation avec le bébé.

La dépression chez les mères est directement liée à des taux plus élevés de maladies diarrhéiques et respiratoires de l'enfant, de retard de croissance et d'hospitalisation ; un calendrier de vaccination recommandé moins respecté ; et des difficultés sociales et affectives chez les jeunes enfants.

2.1.5. Interventions prioritaires des soins attentifs

Les interventions visant à protéger et à soutenir le développement du jeune enfant commencent avant la conception et se poursuivent pendant la grossesse et l'accouchement jusqu'à la petite enfance (Figure 4). Protéger les enfants contre la maladie et assurer une nutrition adéquate sont essentiels mais pas suffisants. Les enfants ont besoin de grandir dans un environnement attentionné, sûr et stimulant qui offre des possibilités d'apprentissage et de maîtrise continus. La figure 4 met en évidence trois domaines d'intervention qui peuvent être intégrés dans les programmes en cours pour les soins de santé maternelle et infantile et la nutrition : i) la promotion de soins attentifs et stimulant, ii) le soutien de la santé mentale de la mère et iii) la protection sociale grâce à des stratégies de réduction de la pauvreté qui renforcent la capacité familiale à subvenir aux besoins des enfants¹⁶.

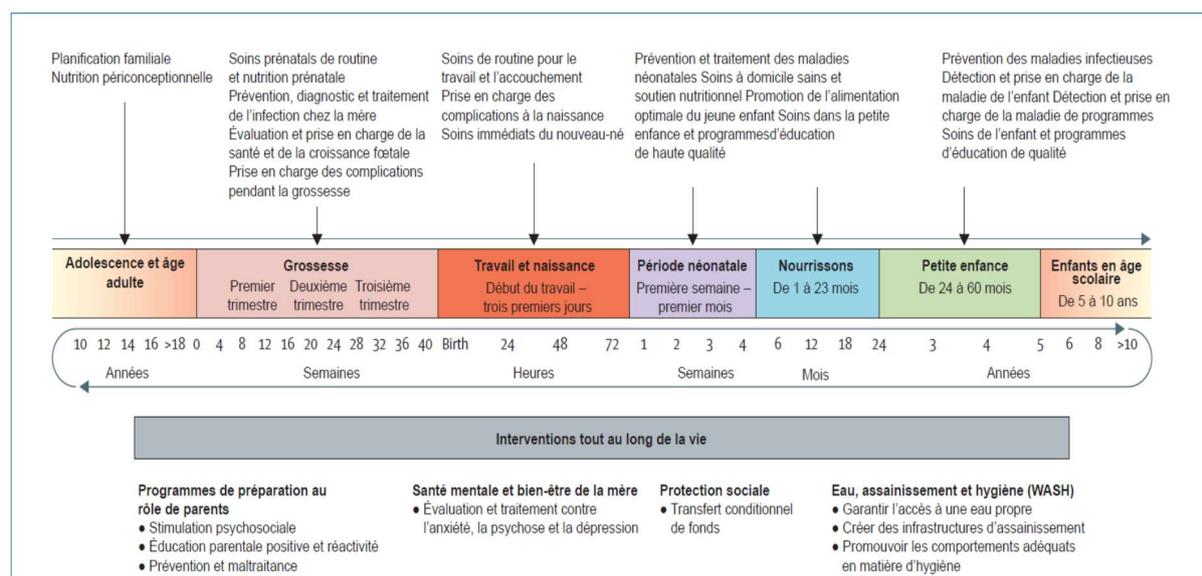


Figure 5. Interventions fondées sur des bases factuelles ayant une incidence sur certains aspects des soins attentifs¹⁷

¹⁶ Lancet.

¹⁷ Lancet.

Les avantages de ces interventions comprennent une meilleure santé mentale et physique et de meilleurs résultats scolaires pendant l'enfance et l'adolescence et une productivité économique et une intégration sociale accrues à l'âge adulte. Promouvoir des soins réactifs aide les enfants à prospérer dans des environnements familiaux stables et engagés dans lesquels les parents manifestent de l'intérêt et encouragent le développement et l'apprentissage des enfants¹⁸.

2.1.6. Soins pour le développement de l'enfant

Le terme désigne les activités de jeu et de communication pour aider les familles à stimuler le développement des aptitudes de l'enfant. Les enfants acquièrent des aptitudes au fur et à mesure qu'ils grandissent. Ils apprennent à parler, à marcher, à courir. Ils apprennent à penser et à résoudre des problèmes. Ces apprentissages les aident à bien travailler à l'école et leur permettent, plus tard, d'apporter leur contribution à leur famille et à leur communauté. Ces mutations constituent des étapes du développement de l'enfant¹⁹.

Les SDE considèrent que : l'apprentissage des enfants se déroule essentiellement quand ils sont très jeunes ; les enfants ont besoin d'un environnement sûr pendant l'apprentissage ; ils ont besoin de l'attention affectueuse et constante au moins d'une personne et qu'ils apprennent en jouant et en essayant des choses, ainsi qu'en observant et en imitant les autres.

Quelques exemples des nouvelles aptitudes que développe le jeune enfant comprennent, pour les aptitudes physiques (motrices) : apprendre à atteindre et à saisir un objet, à se mettre debout et à marcher ; pour les aptitudes sociales: apprendre à parler et à exprimer ses besoins aux autres ; pour les aptitudes affectives : apprendre à se calmer en cas de contrariété, être patient lors de l'apprentissage d'une nouvelle aptitude, être heureux et rendre les autres heureux, et pour les aptitudes cognitives: apprendre à réfléchir et à résoudre les difficultés.

2.1.7. Intégration des soins attentifs

Il existe des preuves que les interventions nutritionnelles et les interventions de stimulation de l'enfant ont des effets positifs sur le développement de l'enfant, et la mise en œuvre de ces deux types d'interventions ensemble est déjà une option logique pour l'amélioration du développement de l'enfant.

En effet, séparément, ces deux types d'intervention ciblent des facteurs de risque distincts : les interventions nutritionnelles visent à garantir que les enfants connaissent des conditions biologiques optimales pour le développement physique et cognitif ; et les interventions de stimulation visent à garantir que les enfants développent des voies neurologiques et acquièrent des compétences pour soutenir leur développement cognitif et leur langage. La valeur potentielle de la combinaison des deux interventions est très importante étant donné qu'elles ciblent des facteurs de risque distincts.

¹⁸ Linda Richter and others, 'Advancing Early Childhood Development : From Science to Scale 3 Investing in the Foundation of Sustainable Development : Pathways to Scale up for Early Childhood Development', 6736.October (2016) <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)>.

¹⁹ Unicef et Organisation Mondiale de la Santé, *Soins Pour Le Développement de l'enfant Manuel* (Genève, 2012).

Les soins attentifs intégrés reconnaissent que la vie des jeunes enfants (et celle de leurs parents) est vécue de manière holistique et non sectorielle. Il faudra donc veiller à ce que les services de qualité soient « associés » au point de l'offre.

- Les services intégrés abordent et mettent l'accent sur les besoins de l'enfant dans leur globalité et non sur un aspect de l'enfant (santé, nutrition, hygiène) sans comprendre comment les besoins multiples de l'enfant sont interdépendants ;
- Les services intégrés renforcent le message selon lequel la santé, la nutrition et le développement s'influencent mutuellement et sont tous essentiels pour une croissance et un développement optimum. Par exemple, les activités portant sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et la stimulation psychosociale mettent l'accent sur l'enfant tout entier et peuvent fournir des expériences positives qui renforcent ces comportements ;
- L'intégration des services avec un continuum de soins structure-communauté-famille peut améliorer l'accès aux services avec un paquet de soutien unique plus simple et plus cohérent pour les parents et donc bénéficier à plus d'enfants (malades ou non) ;
- Les systèmes de DPE intégrés sont inclusifs, avec un suivi attentif de l'équité, et en particulier ciblé sur les enfants les plus marginalisés, les plus défavorisés et les enfants handicapés. Le DPE intégré consiste également à assurer la continuité entre les phases d'âge et une transition entre les services liés à l'âge.

2.2. Protection de L'Enfant

2.2.1. Le droit de l'Enfant à la protection

Plusieurs articles de la CDE sont consacrés spécifiquement à la protection des enfants contre toute forme de violence, abus et exploitation. L'article 19 affirme : « *Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle* ». Dans son article 20, la Convention dispose que les enfants privés de leur milieu familial ont le droit à une protection de remplacement par l'Etat. Enfin, l'article 39 établit le droit à la réhabilitation psycho physique et sociale des enfants ayant été victimes d'une quelconque forme de violence. Ces articles de la Convention soulignent l'importance de la protection compte tenu de la gravité des phénomènes de violence à l'égard des enfants qui sont constatés dans tous les pays et qui nuisent gravement à leur épanouissement.

Au niveau du droit interne, la loi Code de protection juridique des mineurs (CPJM) de 2015 consacre le droit de l'enfant à la protection. Le Titre III de cette Loi (articles 83-88) porte sur les obligations de l'Etat. L'article 87 souligne que l'Etat a l'obligation d'assurer la protection de l'enfant, en développant « des programmes sociaux appropriés pour prévenir les mauvais traitements au sein de la famille, de l'école et tout autre endroit que l'enfant est amené à fréquenter ».

La Politique nationale de l'Enfant contient les mesures que l'Etat de Djibouti s'engage à prendre pour prévenir et répondre aux violences faites aux enfants sur le territoire national.

La protection, en plus d'être un droit humain fondamental, est indispensable pour que les enfants puissent se développer au mieux de leur potentiel et, une fois devenus adultes, être en mesure de contribuer positivement à la société et au développement économique et social du pays.

2.2.2. La violence à l'égard de l'Enfant

On désigne « violence à l'égard de l'enfant » toute condition de vie ou évènement ponctuel qui porte atteinte à l'intégrité physique et émotionnelle de l'enfant et qui endommage plus ou moins gravement son développement futur, en particulier les phénomènes de négligence, maltraitance, les abus sexuels et l'exploitation économique.

La violence à l'encontre des enfants existe dans tous les pays du monde, quels que soient la culture, la classe, l'éducation, le revenu et l'origine ethnique²⁰. Elle se manifeste dans différents contextes : la famille, la communauté, l'école, les établissements, les centres de détention et le lieu de travail. Toutes formes de violence constituent des atteintes graves aux droits humains fondamentaux ainsi qu'à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant et comportent des conséquences dommageables, parfois irréversibles, au niveau physique, psychique et social.

Connaitre les diverses formes de violence, les identifier et les comprendre est fondamental pour pouvoir intervenir de manière pertinente et efficace afin de les prévenir et y répondre.

2.2.3. Négligence, maltraitance, abus sexuel et exploitation économique

La **négligence** survient quand les parents ou autre personne en charge de l'enfant manquent de satisfaire ses besoins fondamentaux, soient-ils les besoins physiques (soins, alimentation, hygiène, stimulation), affectifs (attention, affection, câlins, écoute) ou des besoins sociaux (vie communautaire, participation). Plus qu'un évènement ponctuel, la négligence se caractérise comme un comportement d'omission chronique. La négligence est très dommageable, pouvant provoquer des retards de croissance et développement, malnutrition, jusqu'à la mort par inanition. Les conséquences sont d'autant plus graves quand l'enfant est jeune.

La **maltraitance** est toute forme de mauvais traitements physiques et psychologiques infligés aux enfants dans le cadre domestique, de la part des parents, des personnes qui s'en occupent ou par d'autres personnes de leur environnement immédiat. Une éducation trop exigeante et axée sur la punition et sur les châtiments corporels devient de la maltraitance. La maltraitance prend la forme d'agression physique (coups, coups avec des objets), verbale (moqueries, hurlements, insultes, menaces) ou psychologique (manipulation, humiliation, dénigrement, faire peur). L'isolement et la ségrégation imposées à l'enfant, qui lui empêchent d'établir des relations avec son entourage ainsi que l'exposition répétée et continue de l'enfant à la violence conjugale sont des formes de maltraitance.

²⁰ Organisation des Nations Unies, Rapport Mondial Sur Les Violences Faites Aux Enfants, 2006.

L'**abus sexuel** des enfants n'est nullement limité au viol. Tout comportement à connotation sexuelle et toute tentative ou acte perpétré sous la contrainte ou pas, consistant à avoir des relations sexuelles avec un enfant ou à l'y inciter est un abus sexuel. Sont formes d'abus sexuel :

- Le harcèlement sexuel : gestes, attitudes et paroles ayant une connotation sexuelle répétés par l'adulte à l'encontre d'un enfant.
- L'agression sexuelle : tout acte physique de nature sexuelle perpétré sur le corps d'un enfant ;
- Le viol : tout acte sexuel imposé ; dans une acception restrictive, on définit viol la pénétration sexuelle du corps de l'enfant avec une partie du corps ou un objet ;
- L'inceste : une relation sexuelle de tout type infligée à l'enfant par un membre de sa famille.

L'abus sexuel peut se produire à l'extérieur de la maison, à l'école et même en famille. On sait que partout l'abus sexuel sur l'enfant est commis la plupart du temps par une personne de l'entourage proche et qui possède une certaine autorité ou ascendant sur l'enfant²¹. Il peut s'agir d'un membre de sa famille, de sa communauté, un enseignant, ou encore un représentant de l'autorité. Quoique reconnue comme un phénomène existant, la violence sexuelle infligée aux enfants dans l'espace domestique est toujours empreinte de déni et tabous. L'inceste, transgression d'une interdiction à caractère universel, est documenté mais reste difficile à admettre comme un phénomène courant.

L'abus sexuel frappe les enfants de tous âges et de tous milieux, filles comme garçons. Les enfants plus âgés peuvent aussi imposer aux filles des relations sexuelles non désirées. Les petits enfants ne sont pas à l'abri de l'abus sexuel de la part de personnes atteintes de psychopathologies graves.

Les filles qui arrivent à l'âge de la puberté sont sensiblement plus à risque. L'abus sexuel des filles est souvent banalisé et tacitement accepté. Qui plus est, les adultes sont parfois portés à rendre les enfants eux-mêmes responsables de l'abus sexuel dont elles sont victimes, au lieu de reconnaître la faute grave de l'agresseur. Les relations sexuelles imposées dans le cadre d'un mariage forcé reviennent également à une forme de « viol admis ».

Les enfants porteurs de handicaps sont très vulnérables à la violence sexuelle en raison de leur dépendance, de l'emprise physique et psychologique que les adultes ont sur eux et de leur moindre capacité de se soustraire, d'appeler au secours et éventuellement de relater les faits.

La violence sexuelle constitue une violation de l'intégrité physique de l'enfant, provoquant des lésions, des maladies sexuellement transmissibles, des pathologies diverses. Il constitue une atteinte sérieuse à sa santé mentale, les perturbations psychologiques provoquées par l'abus sexuel pouvant être gravissimes. Ces conséquences se manifestent à différents niveaux, tant immédiatement qu'après coup, dans le moyen et dans le long terme. Depuis ses formes légères jusqu'à la violence sévère de l'inceste, l'abus sexuel ôte à l'enfant, peut-être à jamais, la possibilité d'être soi-même et de s'épanouir.

²¹ Organisation des Nations Unies.

Les **pires formes de travail des enfants**²² consistent dans l'exploitation économique de l'enfant dans des travaux durs, contre un salaire insignifiant et dans des conditions déplorables, notamment :

- Toutes les formes d'esclavage ou pratiques analogues, telles que la vente et la traite des enfants ;
- La servitude pour dettes et le servage ainsi que le travail forcé ou obligatoire, y compris le recrutement forcé ou obligatoire des enfants en vue de leur utilisation dans des conflits armés ;
- L'utilisation, le recrutement ou l'offre d'un enfant à des fins de prostitution, de production de matériel pornographique ou de spectacles pornographiques ;
- L'utilisation, le recrutement ou l'offre d'un enfant aux fins d'activités illicites, notamment pour la production et le trafic de stupéfiants, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes ;
- Les travaux qui, par leur nature ou les conditions dans lesquelles ils s'exercent, sont susceptibles de nuire à la santé, à la sécurité ou à la moralité de l'enfant.

Les pays qui adhèrent à la Convention n°182 sont tenus d'élaborer une liste nationale des pires formes de travail et de l'intégrer dans la législation qui protège les enfants. A Djibouti, cette liste sera établie dans la législation pertinente.

L'**exploitation des enfants dans la mendicité** peut être considérée également une des pires formes de travail des enfants. En effet, si des enfants la pratiquent de leur propre gré pour pouvoir manger, semblent nombreux ceux qui y sont contraints par les stratégies de survie de la famille ou de leurs tuteurs.

La **traite** des enfants est un phénomène criminel qui vise à leur exploitation économique. Selon la définition officielle, la traite est le fait de recruter, transporter, héberger l'enfant avec l'intention d'en exploiter la main d'œuvre (travail agricole, travaux domestiques, mendicité) ou le corps (exploitation sexuelle). La traite est un phénomène criminel, réprimé par la Loi.

La **violence institutionnelle** est toute action commise au sein d'une institution ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure.²³ Toutes les institutions qui offrent des services aux enfants comme les centres d'accueil et les centres de détention mais aussi des centres de santé et hôpitaux, des écoles, centres d'apprentissage, centre de loisirs et d'activités sportives sont des lieux de violence institutionnelle potentielle. En particulier les centres d'accueil et les écoles doivent être des lieux où aucune forme de châtement corporel ou verbal n'est pratiquée.

2.2.4. Pratiques traditionnelles néfastes

Les **pratiques traditionnelles néfastes**²⁴ sont des comportements ancrés dans les croyances et traditions du groupe qui portent atteinte aux droits fondamentaux de l'enfant.

²² Organisation des Nations Unies.

²³ Définition de S. Tomckiewicz.

²⁴ Selon l'OMS, les pratiques traditionnelles peuvent être définies néfastes quand il existe une preuve scientifique des risques et dommages sanitaires et sociaux infligés à qui les subit.

Elles sont pratiquées pour perpétuer la coutume et confirmer l'identité de la communauté, sans qu'on ait conscience de leurs effets dommageables. Parmi les pratiques traditionnelles néfastes, les mutilations génitales féminines (MGF) sont au premier plan des préoccupations nationales compte tenu de la gravité de leurs conséquences. Elles provoquent en fait des dommages importants au niveau physique comme hémorragies pouvant entraîner la mort, les chocs, les lésions des organes voisins, les infections des voies génitales et des voies urinaires, douleurs aiguës, absence de cicatrisation, le VIH/SIDA, l'hépatite B et autres maladies transmises par le sang, les règles douloureuses, rétention ou incontinence urinaire, les complications plus fréquentes lors de l'accouchement. Les conséquences sexuelles sont aussi nombreuses, à cause de l'altération de la sensibilité sexuelle.

Au niveau psychologique, l'enfant peut subir un traumatisme lors de l'intervention (peur, douleurs aiguës) ou développer des pathologies comme des angoisses et des dépressions jusqu'au suicide à cause des conséquences sur l'incontinence et sur la sensibilité sexuelle. Cette pratique est en lien avec la domination masculine sur le corps, la sexualité et la fertilité des femmes. Elle maintient les femmes dans une position d'infériorité par rapport à l'homme et aux valeurs de la masculinité.

Le **mariage des enfants** est également une pratique traditionnelle néfaste basée surtout sur des raisons économiques —les parents se déchargeant ainsi des frais des filles— et à des traditions qui considèrent les filles comme source de problèmes et déshonneur potentiels ; il faut donc s'en débarrasser le plus tôt possible. Or, la médecine moderne a prouvé que le mariage des fillettes et les grossesses qui s'ensuivent exposent les filles à la mortalité maternelle et sont dommageables pour les bébés, qui sont souvent chétifs voir prématurés. Les filles mariées trop jeunes héritent souvent de pathologies dans l'appareil urinaire et génital. Autre conséquence néfaste, elles se débattent souvent dans les problèmes conjugaux, psychologiques et familiaux, vu leur manque de maturité physique et affective.

Toutes ces pratiques ont des conséquences graves sur la santé physique et mentale de celles qui les subissent et partant constituent une violation de leurs droits fondamentaux à l'intégrité physique, à la sécurité, à la dignité et au libre choix. En dernière instance, ces pratiques touchant la femme dès son jeune âge sont des facteurs qui ralentissent l'atteinte de l'équité dans la jouissance des droits par les femmes et les hommes.

Ces pratiques sont difficiles à éradiquer en raison de leur ancrage dans des relations de genre consolidées au fil du temps. Les MGF et le mariage précoce, pour donner deux exemples, sont formellement interdits par la législation mais continuent d'être pratiqués.

2.2.5. Discrimination et stigmatisation

La discrimination est le fait de porter un jugement négatif sur l'enfant en raison de ses caractéristiques physiques (par ex. porteur de VIH), de ses capacités mentales (enfants sujets à des retards et/ou dysfonctionnements intellectuels), de son statut familial (enfants dits « naturels » ou, pire, « adultérins »), de son origine familiale, ethnique ou de sa nationalité, de son comportement (« délinquant »), entre autres. Comme résultat de la discrimination, l'enfant est stigmatisé, c'est-à-dire se voit attribuer des qualités négatives qui vont influencer défavorablement sa vie en société.

La discrimination peut provoquer la négligence intentionnelle de la part de ceux qui ont la charge de l'enfant. Cette négligence touche particulièrement les enfants en situation de handicap, qui sont parfois considérés comme une « punition divine » par le cercle familial. La réaction face à un bébé malformé peut aller jusqu'à l'infanticide ou l'abandon.

Comme conséquence de la discrimination, l'enfant est indexé (montrer du doigt, se moquer), mis à l'écart (exclure et marginaliser intentionnellement) ou ségrégué (cacher les enfants porteurs de malformations visibles à l'intérieur des maisons ou dans des centres de prise en charge). La discrimination peut aller jusqu'à refuser à l'enfant l'accès aux services (refuser de soigner, d'admettre à l'école) ou à lui nier négation certains droits (exemple ; enregistrement à l'état civil). Ces comportements ont un impact dommageable sur l'enfant au niveau psychologique et social. La discrimination représente une violation du principe de l'égalité de dignité et des droits accordés à toute personne humaine sans distinction.

2.2.6. Privation de protection parentale et de vie familiale

Selon la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, tous les enfants ont le droit fondamental de grandir dans leur famille d'origine, d'être élevés par leurs parents et de n'être séparés de leur famille que dans les cas où cela soit absolument nécessaire (art. 20). La Convention souligne l'importance de la famille et établit que les Etats membres ont le devoir d'assurer que le droit de l'enfant à la vie familiale soit respecté. Cependant, dans la réalité, de nombreux enfants sont séparés de leurs parents et vivent loin de leur famille d'origine. Ils ont été abandonnés, ou ont été séparés de leur famille suite à des difficultés majeures.

L'**abandon anonyme** est l'acte de déposer un nouveau-né ou un bébé dans un lieu plus ou moins dissimulé ou à la maternité, avec la volonté expresse de s'en séparer définitivement. Le nouveau-né abandonné dans ces conditions, s'il n'est pas recueilli instamment, risque de décéder par faute de soins. L'abandon anonyme de l'enfant constitue une forme extrême de refus de l'enfant. Il s'agit d'enfants non désirés ou de mères se trouvant dans l'impossibilité matérielle, psychologique ou sociale de garder l'enfant : grossesses suite à des relations fugitives ou imposées, grossesses « interdites », dans le cadre de relations pré-matrimoniales et/ou extra matrimoniales (« enfants naturels » ou « adultérins »). L'abandon de l'enfant en vue de son dépérissement peut être aussi connecté à des croyances et à des pratiques traditionnelles (bébé né avec des malformations, enfant né de « fille non lavée », etc.). Le père est souvent inconnu, absent, ou, si connu, a refusé d'assumer sa part de responsabilité. Dans certains cas, les pères peuvent être prêts à reconnaître la paternité, mais se heurtent à la volonté de la mère et/ou de sa famille.

Les **enfants qui vivent dans une institution** de type pouponnière, orphelinat, centre d'accueil subissent la privation de vie familiale et communautaire et sont exposés à des risques de négligence, discrimination, maltraitance et abus. Les études démontrent que la séparation avec la mère (pour les très jeunes enfants) et la vie dans une institution (pour tous) ne sont pas favorables à l'épanouissement de l'enfant et provoquent des dommages à divers aspects de leur développement. Le placement en centre d'accueil est une mesure exceptionnelle, provisoire et de courte durée, le temps de trouver une solution familiale pour l'enfant.

Les **enfants en situation de rue** ont des liens familiaux faibles, quittent des foyers déstructurés ou extrêmement démunis, où ils étaient victimes de négligence et maltraitance.

Dans d'autres cas, ils sont poussés par les adultes pour qu'ils contribuent aux revenus de la famille en travaillant ou en mendiant dans la rue. Dans la rue, les enfants se retrouvent dans des conditions de précarité extrême. Pris dans la détresse, ils peuvent développer des comportements fortement à risque, comme la consommation de substances nocives, la délinquance, la prostitution. La reconstitution des liens familiaux et la réintégration sociale de ces enfants dans une structure familiale est souvent difficile et dépend de la profondeur de la rupture des liens avec les parents et les adversités vécues dans la rue. Tout le possible sera fait en amont pour éviter qu'ils franchissent le cap de passer à vivre dans la rue.

Les **enfants en situation de mouvement** sont impliqués dans des pratiques variées de déplacement et migration basées sur l'initiative personnelle et sur des motivations liées aux contraintes structurelles (pauvreté, manque d'opportunités économiques) ou à des crises économiques, sociales et politiques dans les zones d'origine. Les enfants qui se déplacent seuls, sans adultes sont exposés à des nombreux dangers, d'autant plus que quand elle est précoce, notamment la déscolarisation, une protection insuffisante entraînant diverses formes de maltraitance et d'abus, un travail inadapté ou la mendicité pour survivre. L'abus sexuel ou l'exploitation sexuelle est un risque majeur.

Pour les enfants privés de milieu familial ou qui dans leur intérêt ne peuvent pas être laissés dans ce milieu seront mises en place des alternatives de prise en charge familiale.

2.2.7. Comportements à risque

Les comportements à risque sont les comportements des enfants et adolescents qui renferment des risques pour leur santé et leur développement :

- La consommation de substances (tabac, alcool, drogues, khat) ;
- Les relations sexuelles précoces et la prostitution ;
- Les relations agressives entre pairs ;
- Les fugues et l'errance ;
- Les infractions légères et/ou la délinquance

Ces comportements sont nuisibles à la santé physique et psychique des concernés et ont un impact négatif sur leur intégration sociale. Bien que ce soit l'enfant qui initie et s'adonne à un comportement à risque, ces conduites sont souvent la conséquence de conditions de vie personnelle, familiale et sociale difficiles : conditions familiales adverses, maltraitance, oisiveté forcée, traumatismes passés et inconfort psychologique, manque d'information et d'éducation. Tous ces facteurs, combinés aux troubles qui caractérisent l'adolescence, peuvent favoriser l'engagement des adolescents dans les comportements à risque.

L'existence d'opportunités d'encadrement et des formes de soutien des adolescents, en particulier pour ceux qui sont en dehors de l'école, est donc cruciale pour prévenir les conséquences funestes de ces comportements et pour éviter que ceux-ci ne se stabilisent comme des comportements définitifs.

2.2.8. Causes et conséquences des diverses formes de violence à l'égard de l'Enfant

Les violences faites aux enfants sont des phénomènes complexes et multidimensionnels. Ils dépendent d'une vaste gamme de facteurs, et tous se relient en plus ou moins grande

mesure au fait que l'enfant ne jouit pas d'un statut de personne à part entière. Il existe un écart important entre le statut juridique de l'enfant —les droits qui lui sont reconnus dans la législation— et son statut sociologique— les droits et les obligations que la société lui attribue. L'enfant peine à être vu et traité comme une personne à part entière et comme un citoyen porteur de droits spécifiques. En conséquence, la négligence, la violence et l'exploitation à l'égard de l'enfant sont banalisées et considérées comme quelque chose d'inévitable et de normal. Des normes sociales préjudiciables soutiennent les châtiments corporels dans le cadre de la discipline de l'enfant et les pratiques des MGF. Les petites filles sont encore plus pénalisées par le statut d'infériorité de l'âge associé avec le statut d'infériorité de genre.

L'encadré 1 présente les causes analysées à trois niveaux, selon qu'elles sont plus directes (causes immédiates), qu'elles concernent les valeurs ou situations qui peuvent prédisposer ou faire accepter la violence (causes sous-jacentes) et enfin qu'elles interviennent dans la société dans son ensemble (causes structurelles).

Causes Immédiates

- A niveau de la famille : Eclatement de la famille : décès, abandon, migration d'un ou des deux parents, divorce, remariage
- Crise économique de la famille causée par la maladie, la perte d'emploi, la mauvaise récolte et autres
- Famille avec problèmes psychosociaux : violences conjugales, conflits
- Entraîne déscolarisation, séparation de l'enfant de sa famille, travail, mobilité, départ dans la rue, traite, conflit avec la loi, exposition à toutes formes de risques

Causes sous-jacentes

- Connaissances insuffisantes sur les besoins, les étapes du développement et les droits de l'enfant ; sur les risques, les services et les lois relatifs à la protection.
- Compétences de vie courante insuffisantes
- Difficultés d'accès aux services de santé, éducation, état civil, protection sociale, justice
- Analphabétisme, difficultés d'accès à l'information

Causes structurelles

- Normes sociales, croyances, pratiques et comportements défavorables au développement de l'enfant, en particulier en ce qui concerne le concept d'enfant et les rôles de genre ; pauvreté
- Limites dans l'offre d'accès universel aux services d'éducation, santé et état civil, de protection sociale pour les groupes vulnérables ; lacunes législatives

Encadré 1. Causes et conséquences des violences à l'égard de l'enfant

Toute situation où l'enfant est affecté par une forme de violence, abus et exploitation porte atteinte à son intégrité physique et psychologique et engendre des **conséquences dommageables**, parfois irréversibles, pour son bien être psychique et sa santé physique.

La maltraitance familiale perturbe l'équilibre psychologique de l'enfant, détruit son sentiment de sécurité et endommage son estime de soi. Un enfant maltraité dans son propre foyer développe anxiété, agressivité, sentiments de honte et de culpabilité, des troubles

psychosomatiques (maux d'estomac, maux de tête) et même des symptômes dépressifs (tristesse, repli sur soi, isolement volontaire, phobies). Tout son développement est compromis, au niveau physique de la croissance et du développement moteur, au niveau psychoaffectif de ses relations avec autrui et au niveau de ses compétences et de son intégration sociale.

Dans certains cas, l'expérience de la violence provoque chez l'enfant un véritable **traumatisme**. Le traumatisme est un dommage physique et émotionnel causé par une situation qui est vécue et ressentie par l'enfant comme une menace majeure à son intégrité physique et émotionnelle, qui perturbe fortement son sentiment de sécurité et qui dépasse ses possibilités de réaction. L'événement traumatique est un moment ou une situation de souffrance individuelle extrême: en plus de provoquer dans bien des cas une souffrance physique suite à une agression physique, même dans l'absence d'agression physique directe, l'évènement traumatique, provoque chez l'enfant des sentiments de terreur, de détresse, d'effroi, de solitude, d'abandon, et des douleurs physiques de somatisation même dans les cas d'agression psychologique (insultes, rabaissement, reproches, cris, menaces, témoin de violence entre les parents).

L'enfant est submergé par l'évènement, il devient incapable de le contrôler et d'intégrer (accepter, faire siennes, dépasser) les émotions négatives provoquées par l'évènement. Dépendant de l'âge, l'enfant trouvera que ce qui lui arrive est de sa faute (voir développement psychoaffectif). On comprend ainsi qu'un enfant qui vit une situation de violence ou qui ne se sent pas définitivement à l'abri (la situation pourrait se répéter) est incapable de parler de ce qui lui arrive.

Bien de situations qui ne laissent aucune trace apparente sont hautement traumatiques pour l'enfant – pour cela on parle de réalité du traumatisme, bien qu'il soit invisible.

Conséquences des agressions au niveau physique	Conséquences des agressions au niveau psychologique et comportemental
<ul style="list-style-type: none"> – Traumatismes à l'abdomen ou au thorax – Lésions cérébrales – Ecchymoses et zébrures – Brûlures – Lésions du système nerveux central – Fractures – Lacérations et abrasions – Lésions oculaires – Invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> – Mutisme, perte de mémoire, paralysie – Troubles de l'alimentation et du sommeil – Sentiments de honte et de culpabilité – Hyperactivité – Mauvaises relations – Mauvais résultats scolaires – Perte de l'estime de soi – Trouble de stress post-traumatique – Troubles psychosomatiques – Automutilation et comportement suicidaire
Plus à long terme	
<ul style="list-style-type: none"> – Alcoolisme et toxicomanie – Déficience intellectuelle – Délinquance, violence et prise de risques – Dépression et angoisse – Retards de développement cognitif, psychosocial 	

Encadré 2. Conséquences des agressions

En 2001, l'étude de l'OMS sur la violence et la santé a posé le phénomène de la violence comme un problème de santé publique. En effet, la maltraitance des enfants a un impact économique sur le système de santé, lié notamment aux soins à apporter aux victimes à court et à long terme. En plus de cela, la société paye des coûts indirects liés à perte de productivité, invalidité, moindre qualité de vie et décès prématurés.

En dehors de la santé, la violence à l'égard des enfants constitue un fardeau financier aussi pour ce qui est :

- Des coûts générés par la justice pénale et d'autres institutions liées à l'arrestation et aux poursuites judiciaires engagées contre les auteurs ;
- Des coûts générés par les services sociaux qui s'occupent des cas de maltraitance qui leur sont signalés et font la prise en charge ;
- Des coûts associés aux structures d'accueil ;
- Des coûts pour le système éducatif ;
- Des coûts pour le secteur de l'emploi dus à l'absentéisme et à une faible productivité

Partie II :

Formulation de la politique et analyse de la situation des secteurs du développement intégré de la petite enfance et de la protection de l'Enfant

Chapitre III.

Elaboration de la politique nationale de l'Enfant : composante développement intégré de la petite enfance et protection de l'Enfant

3.1. Processus pour la composante Petite enfance

Ce processus a évolué en plusieurs phases. La première a été l'analyse de la situation des secteurs du DPE et de la protection de l'enfant. Elle a été réalisée sur base de : i) rapports d'état des lieux du secteur du DPE à Djibouti²⁵ et les documents de cadres stratégiques globaux²⁶, ii) documents des politiques, stratégies et rapports d'évaluation et d'état des lieux (rapports d'enquêtes EDAM²⁷, PAFPAM²⁸) ainsi que iii) de documents issus de la recherche bibliographique. La deuxième phase a consisté en des ateliers consultatifs, qui ont permis de compléter et valider l'analyse de la situation.

L'atelier de la troisième phase a permis, sur base des points d'actions relevés au cours de l'analyse de la situation et de la phase 1, d'identifier les domaines et les résultats stratégiques attendus de cette politique avec un ancrage aux politiques et stratégies sectorielles.

En plus des phases citées plus-haut, le processus d'élaboration des aspects politiques de la composante Protection avait commencé par une phase initiale qui a consisté au renforcement des capacités des membres du Groupe de Travail.

Les participants à ce processus étaient les membres du Groupe de Travail multisectoriel, dont les représentants du ministère de la Santé, du MENFOP, du MASS, du MFF, de l'UNFD, du Ministère de l'Agriculture, du Ministère des Affaires Musulmanes et des Biens Wakfs, du Ministère Délégué chargé de la décentralisation, du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de la Jeunesse et de la Culture et ceux de différentes sections de l'UNICEF en rapport avec le DPE et la protection de l'enfant.

La vision et les stratégies du DPE ont été développées selon les tranches d'âge dans le but de tenir compte du continuum : période pré-conceptionnelle ; période prénatale et périnatale ; période de 0 à 2 ans ; période de 3 à 5 ans et période de 6 à 8 ans.

3.2. Formulation du contenu de la politique

Elle a été réalisée en trois étapes successives : i) mise en cohérence et intégration des questions relatives aux composantes de la politique —s'assurer que les aspects politiques des composantes DPE et Protection de l'Enfant soient cohérentes avec les interventions publiques d'attention et entre les deux composantes pour un maximum de synergie entre les divers

²⁵ 'SABER DPE_Rapport Pays_Djibouti_V4_2'.

²⁶ Organisation Mondiale de la Santé, Unicef.

²⁷ Commissariat au plan chargé des statistiques.

²⁸ Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States, 'Second Djibouti Survey of Family Health EDSF/PAPFAM 2-2012: Final Report (French).', 2012.

services et dispositifs existants ; ii) présentation de la première version de la politique au Groupe de travail et collecte des feedbacks ; iii) intégration des feedbacks et mise à disposition du Groupe de travail des versions émendées des documents et des supports pour la validation.

3.3. Ancrage avec d'autres documents stratégiques du pays

Au niveau global, cette politique est cohérente avec les Objectifs de Développement Durables (Objectif 1, cible 1.2 ; 2, cible 2.1 ; 3, cible 3.2 ; 4, cible 4.2 et 16, cible 16.2). Au niveau national, elle est ancrée dans la Vision 2035 de l'Etat djiboutien. Elle présente également l'ancrage avec la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS, 2018-2022), le plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2024) ; la politique nationale de nutrition de Djibouti (2020-2030) ; la Politique nationale en matière d'éducation et formation professionnelle ; la Stratégie nationale pour l'accélération de l'abandon total des MGF (2018-2022) ; la Stratégie nationale pour les Enfants à besoins spéciaux (EABS de 2018) ; la Stratégie nationale de communication pour le développement relative aux pratiques sociales essentielles (2020) et la stratégie de prévention de toutes les formes de la malnutrition à Djibouti (2018-2022).

La Politique Nationale de l'Enfant (PNE) vient renforcer les stratégies sectorielles et cherche à assurer leur convergence eu égard aux enjeux actuels de la promotion de l'enfant définis dans l'analyse de la situation. Dans cette perspective, elle sert de plate-forme et de direction aux politiques sectorielles existantes ou à venir.

Chapitre IV.

Situation du développement intégré de la petite enfance et de la protection de l'Enfant à Djibouti

4.1. Survie de la mère et de l'enfant

Les données disponibles jusqu'en 2020 ont permis de constater que des efforts considérables ont été déployés par le gouvernement de Djibouti en faveur de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (SMNE) ; ce qui a conduit à des bons résultats si on tient compte des cibles des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Selon le rapport Countdown2030, le Ratio de mortalité maternelle (RMM) à Djibouti est passé de 740 pour 100 000 nv en 1990 à 383 pour 100 000 nv en 2015. Le taux de mortalité infantile (TMI) est passé de 106,4 décès pour 1000 nv en 1990 à 43 décès pour 1000 nv en 2015²⁹. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TM5) est passé de 131,1 pour 1000 nv en 1990 à 68 décès pour 1000 nv en 2015. Ces progrès représentent 64%, 89,2% et de 72%, respectivement pour l'atteinte des cibles du RMM, du TMI et du TM5, conformément aux cibles visées par les OMD4&5. Et, selon les dernières enquêtes nationales, jusqu'en 2016, le RMM était de 229 pour 100 000 nv ; celle des enfants de moins de 5 ans était de 44 pour 1000 nv. La mortalité infantile était de 64 pour 1000 nv³⁰.

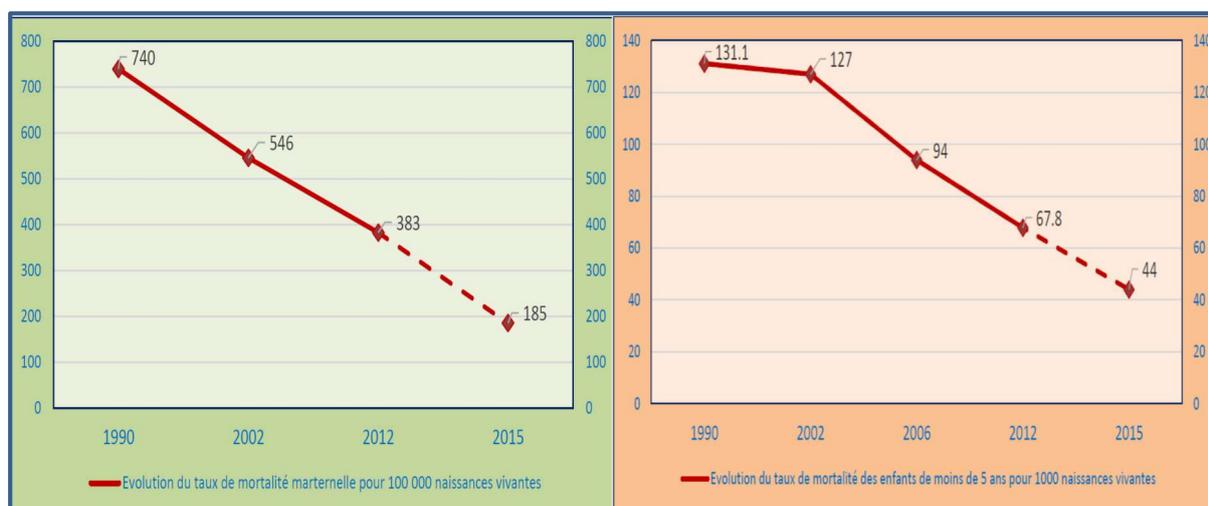


Figure 6. Variation du niveau de mortalité maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015 [A : mortalité maternelle ; B : Mortalité des enfants de moins de 5 ans]

Les causes majeures des décès maternels sont encore systémiques, notamment le recours tardif aux soins de santé en cas des complications maternelles —hémorragie du postpartum, accouchements bloqués, complications de l'avortement, troubles hypertensifs et infections— et la qualité de ces soins, qui reste à améliorer.

²⁹ Ministère de la Santé.

³⁰ Countdown to 2030, *Tracking Progress towards Universal Coverage for Women's, Children's and Adolescents' Health. The 2017 Report*, 2017.

Concernant les enfants, la mortalité néonatale compte pour plus de 52% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Elle est principalement causée par le faible poids de naissance (FPN ; 29%), la détresse respiratoire (23%), les complications de l'intrapartum et les infections néonatales (25%). Parmi les causes de la mortalité post-néonatale, les infections respiratoires aiguës (IRA), la méningite et la rougeole, le paludisme, la diarrhée et la malnutrition, sont parmi les causes principales. Dans 43% des cas, les décès des enfants de moins de cinq ans sont liés à la malnutrition qui en est un facteur sous-jacent. Les IRA, le paludisme et les maladies diarrhéiques demeurent très prévalentes et continuent d'être une menace permanente au bien-être du jeune enfant³¹.

Selon l'enquête PAFAM en 2012, 37,5% des enfants de moins de 5 ans souffraient d'une maladie respiratoire ; 13,2% de la fièvre ; 11,1% de toux ; 8,4% à la fois de fièvre et de toux et 4,8% de difficultés respiratoires accompagnées de toux. La prévalence de ces signes révélateurs de trois maladies tueuses des enfants, variait avec l'âge des enfants. Par rapport à d'autres tranches d'âge des enfants de moins de 5 ans, celle des enfants de 11 à 23 mois est encore la plus touchée³².

4.2. Développement de la petite enfance et ses menaces à Djibouti

Si du point de vue de la survie, beaucoup de progrès ont été notés, sur le plan du bien-être de l'enfant, le Djibouti devrait encore consentir beaucoup d'efforts pour davantage améliorer le DPE. En effet, jusqu'à ce jour, les données sur l'indice du développement de la petite enfance (IDPE) ne sont pas disponibles parce que celui-ci n'est pas suivi et évalué à travers les enquêtes nationales.

L'indicateur composite de la menace au DPE évalue le risque que les enfants ne réalisent pas leur potentiel de développement. Selon cet indicateur, 78% des enfants djiboutiens de moins de 5 ans sont exposés à la menace d'un développement sous-optimal à cause de la prévalence élevée des facteurs menaçant leur bon développement —retard de croissance (20,9%), faible poids de naissance (10%), maternité précoce (13,3%) et pauvreté extrême (86%). La prévalence de cette menace comme indicateur composite a plus que doublé, passant de 33% en 2005, à 78% en 2015³³. Le Coût tout au long de la vie des troubles de la croissance survenus dans la petite enfance est de 83%³⁴.

4.3. Déterminants du développement de la petite enfance à Djibouti

Les déterminants du DPE sont en rapport avec la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins attentifs, ainsi que le cadre légal qui accompagne l'offre de ces soins.

4.3.1. Disponibilité des services du DPE

Djibouti dispose d'une gamme d'interventions du DPE dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de la nutrition et de la protection sociale et de l'enfant. Les interventions existantes

³¹ Countdown to 2030.

³² Countdown to 2030.

³³ Soins Attentifs, *Profils de Pays de La FAO*.

³⁴ Attentifs.

ciblent surtout les nourrissons et les femmes enceintes. Des services de santé essentiels sont fournis aux femmes à chaque stade de la grossesse avec des soins prénatals et des accouchements assistés par un personnel qualifié, ainsi que des examens de santé standard pour le VIH et les IST en plus d'orientations vers des médecins spécialistes en cas de nécessité. De plus, un programme complet de vaccination est disponible pour les jeunes enfants.

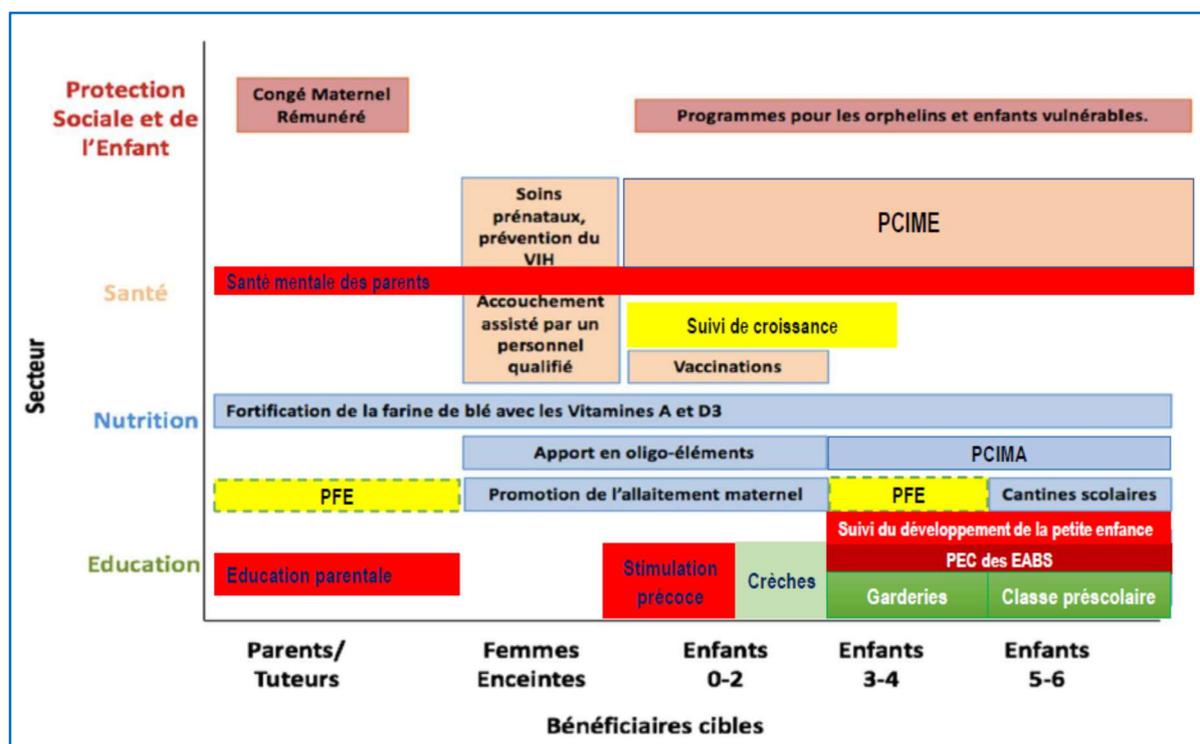


Figure 7. Interventions du DPE mises en œuvre à Djibouti³⁵ [texte encadré en rouge représente les interventions non disponibles ; intervention encadrée avec les traits non pleins représente les interventions intégrées dans les documents normatifs, mais non encore opérationnalisées]

Dans le cadre du continuum mère-enfant, les interventions les plus disponibles sont celles des secteurs de la santé (santé et nutrition) et de l'éducation. Dans l'état actuel de l'offre des soins attentifs, la stimulation précoce de l'enfant, la prise en charge de la santé mentale des parents, les soins pour les enfants ayant des besoins spéciaux, le programme d'éveil dans les ménages ceux de santé préscolaire sont ceux qui manquent.

Il existe par ailleurs un écart entre la disponibilité des services du DPE et leur utilisation par les familles. Selon la figure 8, il apparaît que certaines interventions clés du DPE sont peu utilisées. Elles sont pour la plupart en rapport avec l'éveil de l'enfant et les soins répondant aux besoins.

³⁵ Conception initiale empruntée à l'enquête Saber

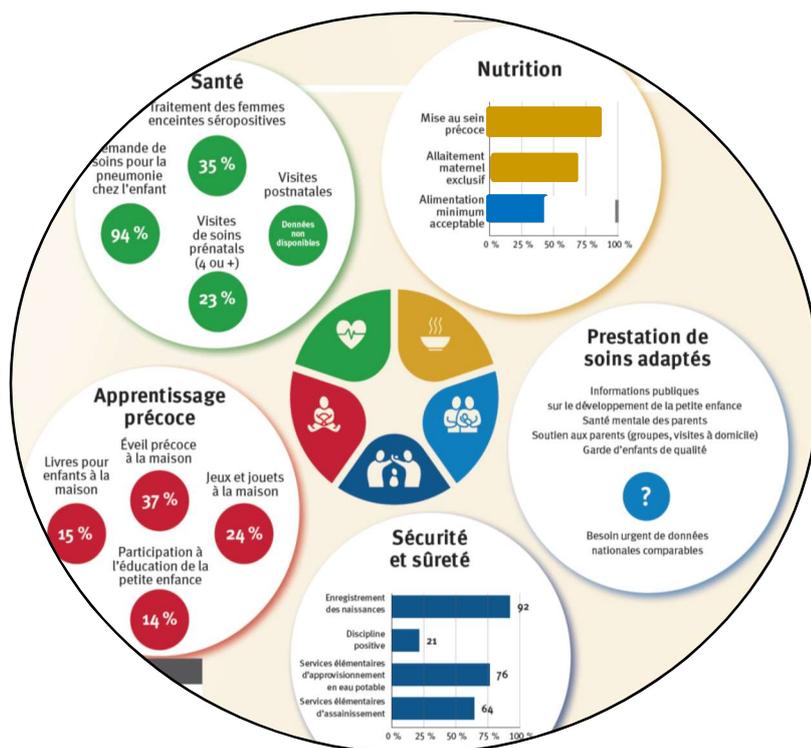


Figure 8. Utilisation des interventions clés du DPE par domaine des soins attentifs

4.3.2. Domaine de la santé

A Djibouti, la réforme du secteur de la santé s'est concrétisée par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique 2002-2011 et d'un Plan National de Développement Sanitaire quinquennal 2002-2006 (PNDS), dans le cadre duquel le Ministère de la Santé a mis en œuvre plusieurs programmes importants pour la prise en charge et l'amélioration de la santé des enfants : Programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) mis en place en 2001 avec le concours de l'OMS, de la Banque Mondiale et de l'Unicef et son application effective a eu lieu en 2004 ; PCIME communautaire lancée avec l'appui de l'Unicef en 2006 ; Programme Élargi de Vaccination (PEV), principale composante de la PCIME, et plusieurs autres directives relatives à l'offre des soins maternels et néonataux par un personnel de santé qualifié (soins essentiels et d'urgence).

Sur le plan de l'offre des services de SMNE, Djibouti a déjà mis en œuvre une variété des services en vue de répondre aux problèmes de SMNE susceptibles de menacer le bon DPE. Il s'agit notamment de : consultations prénatales, soins maternels et néonataux essentiels et d'urgence, consultations postnatales, vaccination de routine, consultations de routine pour les nourrissons, PCIME ; lesquelles ont une couverture nationale³⁶.

Toutefois, en dépit de tous ces efforts pour améliorer la SMNE, dans le cadre du DPE, il y a des interventions et services de santé associés au bon DPE, qui ne sont pas encore mis en œuvre. C'est le cas de : la prévention et la prise en charge des problèmes de santé mentale

³⁶ du Bien être Familial et des Affaires Sociales Ministère de la Promotion de la Femme, *Etude Mondiale Sur La Pauvreté et Les Disparités Chez Les Enfants: Rapport National Djibouti*, 2009.

des parents, des conseils et soins pour le développement de l'enfant (stimulation précoce) et la prise en charge des enfants ayant un handicap ou le trouble de développement.

Pour les interventions disponibles, on note soit, leur faible capacité opérationnelle (c'est le cas des services de la PCIME qui a une capacité opérationnelle de 57%) liée à la faible capacité des ressources humaines, des équipements et des moyens de diagnostic, soit l'absence du cadre d'opérationnalisation des interventions probantes à l'instar des soins d'éveil dans le cadre des pratiques sociales essentielles³⁷.

Concernant la demande et utilisation des services disponibles, on note que :

- L'accès aux soins pour le DPE favorise encore les ménages des milieux urbains comparativement à ceux de milieux ruraux ; des ménages sédentaires comparativement aux nomades. Par exemple, la couverture en CPN_1 (87,4%) et la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (87,4%) se sont nettement améliorées entre 2006 et 2018, mais elles restent faibles en zones rurales comparativement aux zones urbaines³⁸ ;
- Des déperditions importantes des femmes dans les activités de soins à caractères programmatique comme la CPN dont la couverture à la première visite est de 87,4% mais seulement de 23% pour la CPN4 ; et les CPON au sixième et 42^{ème} jour ; qui ne reflètent pas la proportion des femmes ayant eu des accouchements assistés, supposées y avoir été sensibilisées. Les données sur les CPON ne sont pas disponibles à cause du fait que ce service est très peu utilisé par les femmes confinées à domicile avec leurs nouveau-nés durant 40 jours après la naissance³⁹.
- Les couvertures en antigènes PEV sont encore en dessous des normes requises, et il existe encore une grande disparité au niveau des couvertures de tous les antigènes du PEV, entre la capitale et les régions sanitaires de l'intérieur du pays d'une part, mais aussi entre les milieux urbains ; les zones périurbaines et les zones rurales difficiles d'accès. Les régions d'Arta, Obock et Dikhil sont les régions ayant les plus faibles couvertures. La couverture en vaccin contre la rougeole est inférieure à 80% dans toutes les régions du pays en une faible continuité avec le vaccin pentavalent. Celui-ci passe de 93% pour la première dose à 78% à la troisième dose⁴⁰.
- Les approches utilisées pour promouvoir les pratiques familiales essentielles en santé lors de l'offre des soins de SMNE dans les formations sanitaires et des activités en communauté ne sont pas centrées sur la personne. Les visites dans les FOSA sont ainsi des opportunités manquées pour mettre en place une communication soutenue entre le prestataire des soins et la femme autour du programme des soins et des PSE.

³⁷ Ministère de la Santé.

³⁸ Countdown to 2030.

³⁹ Countdown to 2030.

⁴⁰ Countdown to 2030.

4.3.3. Domaine de la nutrition

L'engagement du gouvernement à lutter contre la malnutrition s'est traduit par la création, depuis 2005, du programme National de Nutrition, et l'élaboration, en 2006-2007, de la politique de nutrition complétée par une stratégie nationale de sécurité alimentaire avec une coordination au niveau de la primature en 2007.

La politique nationale de nutrition a été élaborée avec un accent particulier sur les interventions spécifiques notamment : i) la promotion de l'allaitement maternel optimal ; ii) la prise en charge de la malnutrition aiguë ; iii) la supplémentation en vitamine A des enfants et des femmes en postpartum ; iv) la supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes et allaitantes ; v) le déparasitage des verminoses chez les enfants de moins de 5 ans et vi) la supplémentation de l'alimentation complémentaire des enfants de 6 à 23 mois par les poudres de micronutriments.

Le Protocole National de prise en charge des malnutris de moins de 5 ans a été élaboré en 2006 (révisé en 2007 et en 2019) et il est mis en application dans les différentes structures de prise en charge de la malnutrition et centres de récupération nutritionnelle. Des programmes compréhensifs de santé et nutrition liés au DPE existent ciblant la majorité des groupes bénéficiaires.

Ces efforts conjugués du gouvernement ont permis d'améliorer d'une manière considérable la situation nutritionnelle à Djibouti. Selon les données de l'enquête SMART 2019, les prévalences globales de la malnutrition aiguë, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale au niveau national sont respectivement de 10,3% ; 20,9% et 17,0%. En effet de 2013 à 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 17,8% à 10,3% ; celle de la malnutrition chronique de 29,7% à 20,9% et celle de l'insuffisance pondérale de 29,6% à 17,0%⁴¹.

Toutefois, il persiste encore :

- Une prévalence élevée de l'anémie chez la femme enceinte (37,6%) ;
- Un taux élevé des naissances de faible poids (10,2%)⁴² ;
- Une prévalence élevée de la malnutrition et du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions rurales (Dikhil, Tadjourah, Arta et Obock).

La malnutrition affecte encore plus les ménages des milieux ruraux comparativement à ceux de milieux urbains ; et les ménages à grande taille comparativement à ceux de faible taille.

Sur le plan de mise en œuvre, de toutes les interventions nutritionnelles nécessaires, seuls l'enrichissement des aliments, la promotion de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois, la prise en charge de la malnutrition aiguë, la supplémentation en micronutriments chez les femmes enceintes et les jeunes enfants, sont les interventions mises en œuvre à l'échelle nationale. Le complément alimentaire chez les jeunes enfants et le programme alimentaire dans les écoles préscolaires sont limités à quelques régions. Il n'est pas prévu des

⁴¹ 'Rapport Enquête de Nutrition SMART2019 (1)'.

⁴² Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States.

interventions visant à ajouter un complément alimentaire chez les femmes enceintes ou autres programmes d'intervention pour les parents ; le suivi de la croissance et du développement du jeune enfant à travers les consultations de routine n'est pas obligatoire comme l'est le programme de vaccination, et la stimulation psychosociale et émotionnelle déjà intégrée dans le protocole de PCIMA n'est pas opérationnelle par manque d'adaptation de son protocole et de renforcement des capacités des prestataires⁴³.

Concernant l'utilisation des interventions et les pratiques sociales essentielles :

- Selon les données d'EDAM 2012⁴⁴, il y a encore moins de ménages djiboutiens qui consomment du sel iodé ; les CPN demeurent encore une opportunité manquée pour la supplémentation en fer et acide folique chez les femmes enceinte à Djibouti (73,5% avaient reçu du fer sous forme de comprimés ou de sirop lors des CPN)⁴⁵ et que deux tiers de femmes allaitantes ne reçoivent pas encore la supplémentation en vitamine A (37,5%)⁴⁶ ;
- Selon l'enquête SMART 2019, les femmes pauvres et celles vivant en milieux ruraux n'ont pas toutes accès aux interventions nutritionnelles appropriées⁴⁷. Ces données montrent également que seulement la moitié des femmes allaitent exclusivement au sein jusqu'à 6 mois (49,7%) ; et la moitié des enfants de 6 à 8 mois de milieu rural ne reçoivent pas encore d'aliments de complément. Seulement 20% des enfants de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation complémentaire minimale diversifiée, et 53,3% seulement des enfants de 12 à 60 mois reçoivent une supplémentation en vitamine A.

4.3.4. Domaine d'apprentissage précoce et de l'éducation

La loi d'orientation du système éducatif (Loi n° 96/AN/00/4ème L) du 10 août 2000 fixe l'objectif national visé en matière d'éducation. Cette loi détermine les principes fondamentaux, les finalités et les objectifs du système éducatif djiboutien. Son article 4 consacre le droit à l'éducation pour toute djiboutienne et tout djiboutien sans aucune distinction.

Les dispositions de cette loi reconnaissent pour la première fois l'éducation préscolaire en son article 19 qui stipule que « *l'enseignement de base comprend l'enseignement préscolaire et l'enseignement primaire* ». Toutefois, il est à signaler le caractère facultatif de l'enseignement préscolaire énoncé dans l'article 20 de cette même loi qui précise que ce type d'enseignement est « *dispensé dans des structures spécialisées au profit des enfants à partir de l'âge de 4 ans* ». Tout en le considérant comme partie intégrante de l'enseignement de base, la loi ne va pas jusqu'à donner à l'enseignement préscolaire le caractère obligatoire qu'elle a donné à l'enseignement fondamental. Au demeurant, l'enseignement préscolaire

⁴³ 'Rapport Enquête de Nutrition SMART2019 (1)'.

⁴⁴ Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States.

⁴⁵ Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States.

⁴⁶ Ministry of Health (Djibouti), Institute of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States.

⁴⁷ 'Rapport Enquête de Nutrition SMART2019 (1)'.

reste donc pour l'instant facultatif mais aussi payant dans la mesure où celui-ci est à l'initiative du privé⁴⁸.

Concernant cette éducation préscolaire, des politiques sont en place pour assurer que tous les établissements préscolaires aient accès à des équipements sanitaires fonctionnels et à une source d'eau potable. 50 professeurs d'écoles stagiaires occupent des classes préscolaires, 59 autres sont en formation initiale. Le gouvernement a élaboré des normes formelles pour la certification des professionnels des encadreurs de la petite enfance. Aussi, le MENFOP a-t-il mis en place un centre de formation des encadreurs en vue de standardiser la qualité de l'éducation dans le domaine du préscolaire, même si ce centre reste encore majoritairement utilisé par les encadreurs du secteur public que ceux du secteur privé qui ont la majorité des structures qui assurent l'éducation préscolaire. Le gouvernement organise par ailleurs les services de garderie et crèche.

Il y a cependant des efforts supplémentaires à fournir afin de rendre disponibles et accessibles les plus de services du DPE. Concernant l'éducation préscolaire par exemple, elle est dominée par le secteur privé et se trouve encore plus disponible en ville qu'à l'intérieur du pays. Cette prédominance du secteur privé entraîne que cette éducation reste financièrement inaccessible à la majorité des enfants qui sont dans le besoin.

Aussi, toutes les activités utiles pour l'éveil et l'apprentissage précoce ne sont pas disponibles. Il manque au niveau national : les activités des soins pour le développement de l'enfant (SDE) ; les plateformes de mise en place des groupes de jeu, de lecture et de récit d'histoires pour les parents et les enfants, comme les centres communautaires d'éveil ; et le programme de partage de livres pour les enfants. L'éducation parentale est également une zone qui est actuellement sous-développée à Djibouti. Bien que reconnu dans les documents programmatiques, ce programme n'est pas opérationnel.

Concernant l'accès aux services d'éveil et d'apprentissage précoce, on note que :

- Au sein du système éducatif, le secteur du préscolaire est le segment le plus en retard au plan quantitatif. Des progrès récents ont certes été faits, mais ils sont limités et fragiles. La formule d'une année gérée par le MENFOP ne paraît pas vraiment viable, l'expérience des quelques pays ayant misé sur quelque chose de ce genre étant tout sauf concluante ;
- L'enseignement préscolaire est marginal dans la République de Djibouti, car il n'est ni gratuit ni obligatoire (14% d'accès) ;
- Il n'existe pas encore un consensus sur la langue d'enseignement dans les garderies. En effet, les éducateurs s'efforcent à enseigner en français d'une part pour répondre aux attentes des parents qui veulent que les enfants parlent très vite cette langue et d'autre part parce que dès la rentrée en 1^{ère} année de l'enseignement primaire les enfants sont confrontés au français ;

⁴⁸ Alain Mingat and Rosa Mahdjoub, 'Évaluer Les Progrès Réalisés et Les Difficultés Rencontrées Pour Définir de Nouvelles Avancées', 2020.

- Les services de prise en charge pour 3,5% d'enfants avec un handicap ou un trouble du développement sont inexistants ;
- Les SDE (activités de jeu et de communication) ne sont pas promues à l'occasion de contact pour les soins dans les formations sanitaires, ni à l'occasion des activités communautaires, à cause du manque de livres pour enfants (73,7%) et des jouets dans les ménages (65,5%) et du fait que les parents et les familles ne sont pas suffisamment outillés pour être capables de fournir ces soins aux enfants ;
- La préparation des enfants à l'école n'est pas mesurée

Sur le plan légal et normatif, jusqu'en septembre 2021, les normes organisant l'enseignement préscolaire n'existaient pas. Un document normatif est en cours de finalisation, et sera accompagné d'ici fin octobre d'un dispositif de suivi-évaluation. En attendant, l'enseignement préscolaire dans le secteur privé reste non pleinement régulé.

4.3.5. Domaine de la Sécurité et sûreté

A partir de 2016, des programmes ont été conçus à l'échelle nationale, infranationale et locale par le gouvernement djiboutien afin d'appuyer les orphelins et les familles des enfants vulnérables. Les politiques favorisent la réduction de la violence contre les enfants, et encouragent la formation pour la protection de l'enfance, pour l'application de la loi par les professionnels de la justice.

L'enregistrement obligatoire des naissances est l'une des premières composantes essentielles d'un système de protection de l'enfance. Un deuxième élément essentiel est la mesure de prévention et de poursuite de la violence domestique, et c'est pour assurer la sécurité des enfants et de leurs mères au foyer.

Les enfants ont également besoin de dispositions spéciales dans les systèmes judiciaires pour assurer leur protection et leur représentation équitable. Ainsi, le gouvernement djiboutien assure des formations pour les juges, les avocats et les agents de la force publique et a affecté des juges formés aux tribunaux spécialisés pour enfants. Il y a également des groupes de travail pour la prévention de la violence domestique. De plus, des activités de dépistage et de signalement de cas de mauvais traitements envers des enfants sont mises en place.

Des projets de protection sociale ont été mis en œuvre pour la prévention et la prise en charge des facteurs de risque biologiques et psychosociaux associés à la pauvreté, qui conduisent à des inégalités marquées dans le DPE. Il s'agit du Programme national de solidarité famille (PNSF), déployé par le MASS, au départ, sur le Fonds de Solidarité Nationale (FSN) ; le Programme d'Assistance Sociale Santé "PASS", qui garantit les prestations de soins aux personnes les plus nécessiteuses ; le projet de transferts monétaires connu sous l'appellation de "coupons alimentaires" et le projet Filets sociaux mis en œuvre par l'ADDS.

4.3.6. Approche multisectorielle du DPE et mesure des progrès

La PNDIPED (2008-2012) et le PASNED (2011-2015) ont été élaborés dans le but de mettre en place respectivement une vision concertée du DPE et un cadre multisectoriel d'actions afin de s'assurer que la prise en charge de l'enfant est effectivement holistique.

Elaboré en 2010, le PASNED couvrait les domaines de l'éducation, la santé, la nutrition, la protection sociale et la protection de l'enfant. Sur le plan d'exécution, son ancrage institutionnel était le ministère de la Promotion de la Femme, du Bien-être Familial et des Affaires Sociales (MPFBEFAS), actuellement, ministère de la Femme et de la Famille (MFF) qui était chargé de la mise en œuvre des composantes qui le concernait ainsi que la coordination avec les autres intervenants.

Le dispositif institutionnel de suivi et de coordination du PASNED était composé d'un Comité National de Pilotage (CNP), d'un Comité Technique et du Conseil National de l'Enfant (CNE). Le CNP, sous la tutelle du Ministre de la Femme et de la famille, était l'organe technique de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PASNED.

Le Comité Technique composé des différents départements et institutions impliqués dans la protection et la promotion de l'Enfant. Le CNE était l'organe national de supervision de la mise en œuvre du PASNED, chargé de mesurer les progrès accomplis dans le domaine, identifier les lacunes et les obstacles et proposer des orientations politiques et stratégiques. Il est présidé par le Premier Ministre.

Du point de vue opérationnel, les observations issues de l'évaluation du PASNED en 2018 et le rapport SABER 2018 montrent qu'il reste encore du chemin à faire pour que le CNP assure le leadership nécessaire des actions coordonnées favorables à une approche réellement multisectorielle et intégrée. On déplore :

- Une faible intégration des interventions en faveur du jeune enfant et une faible coordination entre les acteurs de différents secteurs, avec des possibles piétinements sur terrain ;
- Une faible efficacité dans le fonctionnement du groupe multisectoriel de travail (GMT) sur le DPE, notamment en ce qui concerne la réalisation des missions lui sont assignées —mesurer les progrès accomplis dans le domaine du DPE, identifier les lacunes et les obstacles et proposer des orientations politiques et stratégiques ;
- Une perception équivoque du jeune enfant : perception qui veut que l'on s'en remette strictement aux familles pour la prise en charge du jeune enfant comme cela a toujours été le cas dans le passé. La jeune enfance ne mériterait alors pas un grand intérêt institutionnel à fortiori un choix politique majeur, par conséquent, le développement de l'enfant n'est ni suivi ni mesuré ;
- Un manque de mécanismes formels de collaboration entre les prestataires de services de DPE publics et les prestataires de service de DPE privés ;
- Une absence d'harmonie dans la rémunération officielle des professionnels de l'EPPE.
La rémunération officielle des professionnels de l'EPPE est concurrentielle.

Cependant, le niveau de rémunération des spécialistes de la protection sociale et de la nutrition reste difficile à évaluer⁴⁹.

- **Les salaires des professionnels et des administrateurs de l'EPPE sont à égalité avec ceux des intervenants scolaires primaires.** Le salaire minimum pour les enseignants est de \$817 US et celui des administrateurs est de \$621. En revanche, les employés des garderies communautaires dans les régions sont rémunérés par l'UNICEF dans le cadre d'un Plan de Travail Annuel, dans l'ordre de \$140/ mois⁵⁰.
- **Les agents de vulgarisation sanitaire sont rémunérés par le gouvernement.** Leur salaire est dans l'ordre de \$225/mois. Cependant, le niveau de rémunération des spécialistes de la protection sociale et de la nutrition reste difficile à évaluer.
- Une absence de critères explicites et de méthodologie d'allocation des fonds de DPE aux niveaux national et local. Il n'y a pas de critères explicites pour l'élaboration du budget de DPE dans la plupart des secteurs et chaque ministère est chargé de financer ses propres interventions ⁵¹;
- Une absence d'un système de suivi et évaluation fonctionnel permettant de produire les données pour la prise de décision dans le domaine du développement de la petite enfance et de la protection de l'enfant ;
- Une absence d'approche intégrée pour assurer le suivi du développement du petit enfant ;
- Manque d'identification des priorités locales en matière de recherche sur le développement de la petite enfance ;
- Mais aussi, il y a un besoin de renforcement des capacités des membres du comité technique pour que ceux-ci développent la culture de planifier ensemble, mettre en œuvre par secteur et par niveau opérationnel, surveiller et soient ensemble responsables des actions menées.

4.4. Situation des enfants à Djibouti eu égard à leur droit à la protection

Si les efforts de l'Etat djiboutien dans le domaine de l'enfance ont été couronnés de succès notamment avec l'amélioration des conditions de santé des enfants en bas âge et la progression de la scolarisation, diverses formes de violence, abus et exploitation persistent et affectent négativement le bien-être des enfants.

⁴⁹ 'SABER DPE_Rapport Pays_Djibouti_ V4_2'.

⁵⁰ 'SABER DPE_Rapport Pays_Djibouti_ V4_2'.

⁵¹ 'SABER DPE_Rapport Pays_Djibouti_ V4_2'.

4.4.1. Etat des lieux

Les données statistiques disponibles concernent uniquement une partie des phénomènes considérées comme « violences faites aux enfants ». De plus elles sont parfois datées et rendent compte difficilement des évolutions récentes. Les données pertinentes pour la protection qui sont disponibles actuellement sont les suivantes :

- **Garde des enfants** : 8,2% des enfants de moins de cinq ans ont été laissés sous la garde d'autres enfants de moins de 10 ans, ce qui constitue en principe un facteur de risque pour leur sécurité physique⁵².
- **Discipline des enfants** : plus d'un tiers (37,6%) des enfants âgés de 2 à 14 ans ont été soumis à une forme quelconque de méthode disciplinaire violente (punition psychologique ou physique) par leurs mères ou d'autres membres du ménage. Les agressions psychologiques sont les plus courantes. Les garçons ont été davantage soumis à la discipline physique, tant légère que sévère que les filles. Les enfants du milieu urbain font plus l'objet de mesures disciplinaires/correctives que ceux du milieu rural. De plus, 11,3% des mères/tutrices croient que la punition physique devrait être l'une des mesures disciplinaires/correctives de l'enfant.
- **Mutilations génitales féminines (MGF)** : la prévalence de MGF au niveau national est **70,7%**, tous âges considérés et de 29% chez les filles de 0 à 9 ans. Cette prévalence est en baisse de près de 8% par rapport à celle de 2012. Toutefois, la diminution de la prévalence est enregistrée uniquement dans le milieu urbain. Il existe une disparité entre les régions dans la prévalence de MGF : les prévalences les plus élevées sont enregistrées dans la région de Tadjourah. Les formes les plus sévères 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. Les attitudes de la population envers les MGF enregistrent également des progrès, car les personnes âgées de 15 ans qui disent avoir entendu parler de MGF ont déclaré que la pratique de MGF a diminué dans leur communauté⁵³. Il est à noter toutefois que l'abandon des MGF apparaît comme une pratique très difficile à changer⁵⁴.
- **Mariage des enfants** : peu de progrès ont été obtenus dans ce domaine, le taux de mariage de femmes de moins de 18 ans ou taux de mariage précoce étant de 13,3% dans l'ensemble avec une différence significative entre le milieu urbain (10,3%) et le milieu rural (26,9%) et selon les conditions socioéconomiques⁵⁵.
- **Travail des enfants** : les données passées en revue, les informations disponibles rendent compte de manière limitée des phénomènes de maltraitance, abus et exploitation des enfants. Cependant il existe une « connaissance anecdotique » de

⁵² PAPFAM 2012

⁵³ MFF - Rapport de l'enquête sur les MGF et violences faites aux femmes, 2019

⁵⁴ MASS -Rapport de la recherche formative sur les pratiques sociales essentielles (PSE) 2020

⁵⁵ MFF - Rapport de l'enquête sur les MGF et violences faites aux femmes, 2019

ces phénomènes de la part des acteurs, surtout de cas de particulière gravité qui sont reportés aux autorités policières. Les données de routine relatives à la prise en charge sont très éparses, ce qui reflète les difficultés à mettre en place un système de suivi de la situation et à y répondre de manière organisée⁵⁶.

Les statistiques sur les enfants privés de protection parentale, notamment les enfants orphelins, les enfants non accompagnés et des enfants vivant seuls ne sont pas bien connues dans le pays. Il existe le phénomène d'abandon anonyme d'enfants nouveaux nés ou en très bas âge abandonnés pour la plupart dans les maternités et dans des lieux publics. Une partie est prise en charge dans la pouponnière Daryel qui se trouve à Djibouti-ville.

Des nombreux enfants passent la journée dans les rues de la capitale. Ils sont exposés à de risques d'insécurité, en particulier les filles. Il s'agit pour la plupart des enfants d'origine éthiopienne ou d'autres pays limitrophes et la pauvreté est la cause principale de leur présence dans les rues de la capitale⁵⁷. Certains ont un statut de réfugiés mais la plupart sont dans une situation irrégulière au plan administratif. On note également l'existence des déplacés internes, de nationalité djiboutienne. Des femmes et des enfants non accompagnés font également partie des groupes de dizaines de milliers de migrants provenant des pays de la sous-région qui sont en transit et qui cherchent à se rendre dans les pays du Golfe. Ils se trouvent souvent dans des conditions nécessitant une protection.

Finalement un groupe qui soulève des préoccupations quant à leur protection est celui des enfants porteurs de handicap, qui sont notoirement plus exposés à la négligence, à l'abus et à la discrimination. A Djibouti, 5,0% d'enfants de 0-14 ans atteint présentant une incapacité, dont 5,1% garçons et 4,9% filles, tandis que celui des enfants de 15-19 ans est de 7,4% dont 8,0% garçons et 6,8% filles⁵⁸. C'est seulement depuis 2019-2020 que ces enfants bénéficient de la protection sociale. L'Agence Nationale des Personnes Handicapées (ANPH) a réalisé un recensement général des personnes handicapées y compris les enfants. Tous figurent au registre national des personnes handicapées.

Ces enfants sont dans une grande précarité, n'ont pas de protection sociale, ne sont pas tous scolarisés⁵⁹, les garçons bénéficiant davantage d'accompagnement matériel que les filles.

4.4.2. Réponse en place pour la protection de l'Enfant à Djibouti

1°. Cadre législatif

Le cadre législatif de la protection de l'enfant à Djibouti a connu des progrès notables. Au niveau international, la République de Djibouti a ratifié et signé la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et plusieurs instruments juridiques régionaux et internationaux fondamentaux pour la protection de l'enfant, dont le plus important est la Convention relative

⁵⁶ Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2009)

⁵⁷ MFF - MFF – Étude sur les enfants en situation de rue dans la ville de Djibouti, 2018

⁵⁸ PAPFAM, 2012

⁵⁹ Ce constat, provenant d'une étude menée en 2017 auprès de familles ayant des enfants à besoins spéciaux (EABS), est confirmé par l'étude OOSCI qui souligne, qu'en l'état actuel, très peu d'enfants à besoins spécifiques sont scolarisés.

aux droits de l'enfant, ratifiée par l'Etat de Djibouti en 1990. Parmi les autres instruments de la normative internationale pertinente pour la protection de l'enfant que Djibouti a ratifié :

- Le Protocole facultatif à la CDE concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés ;
- Le Protocole facultatif à la CDE concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants ;
- La Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant ;
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées et son protocole facultatif ;
- Le Protocole facultatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique ou Protocole de Maputo. Djibouti s'est engagé pour l'abandon total de toutes les formes d'excision des femmes avec et en tête la Première Dame du pays et Présidente de l'UNFD, Madame Kadra Mahmoud Haid.

Djibouti a également ratifié les Conventions n°138 et 182 de l'OIT interdisant le travail des enfants. La première fixe l'âge minimum légal des enfants les autorisant à travailler, et la seconde protège les enfants contre les pires formes de travail.

Au niveau de la législation nationale, l'Etat de Djibouti s'est doté le 18 mai 2015 d'une Loi spécifique relative à la protection des enfants, notamment la Loi N°95/AN/15/7^{ième} L portant Code de protection juridique des mineurs. Il s'agit d'un texte législatif sur l'enfance qui a pour objet la protection et la promotion des droits de l'enfant (Article 1), la protection de l'enfant en situations difficiles ou en danger et la protection de l'enfant auteur d'infraction pénale.

La loi stipule qui est « *mineur, au terme de l'article 32 du Code pénal, tout être humain âgé de moins de dix-huit ans et qui n'a pas encore atteint l'âge de la majorité par dispositions spéciales. Le terme mineur prend le même sens que celui d'enfant* » (Article 2).

La loi consacre le principe d'intérêt supérieur de l'enfant tel que mis en avant dans la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant et s'efforce de le définir : « *Dans toute action concernant un enfant, entreprise par une quelconque personne ou autorité, l'intérêt supérieur de l'enfant sera la considération primordiale. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être entendu comme tout ce qui est avantageux pour son bien-être mental, moral, physique et matériel* » (Article 3).

La loi consacre également le principe de non-discrimination : « *Tout enfant a le droit de jouir des droits, libertés et solidarité reconnus et garantis, sans discrimination aucune, de race, de groupe ethnique, de couleur, de sexe, de langue ou de religion* » (Article 5).

Le concept d'enfant en situation difficile ou en danger est introduit pour la première fois dans le cadre juridique : « *Peuvent être considérés comme enfants en situation difficile ou en danger, pouvant menacer la santé, le développement ou l'intégrité physique, morale ou mentale de l'enfant : i) la perte des parents de l'enfant qui demeure sans soutien familial ; ii) l'exposition à la négligence, au vagabondage et à la rue ; iii) le manque notoire et continu d'éducation et de protection de l'enfant ; iv) le mauvais traitement de l'enfant ; v) l'exploitation sexuelle de l'enfant ; vi) l'exposition de l'enfant à des abus sexuels ; vii) l'exposition de l'enfant à la mendicité et son exploitation économique ; viii) l'exposition de l'enfant à des crimes organisés ; ix) l'exposition de l'enfant aux conflits des personnes adultes ; x) l'utilisation de*

l'enfant dans un conflit armé ; xi) l'exposition de l'enfant à des pratiques ayant des effets néfastes sur sa santé ou préjudiciable à sa vie ; xii) la défaillance ou l'incapacité des parents ou de ceux qui ont la charge de l'enfant à assurer son éducation et sa protection ». (Article 8)

L'article 27 de la loi constitue également une innovation car il oblige les autorités compétentes, ayant témoigné des situations difficiles de les dénoncer : « *Les autorités compétentes sont obligatoirement avisées de toutes les situations difficiles prévues par la loi, si la personne qui s'est aperçue de l'existence de cette situation fait partie des personnes chargées de par leurs fonctions, de la protection et de l'assistance des enfants, tels que les éducateurs, les médecins et toutes autres personnes chargées à titre particulier de la prévention et de la protection de l'enfant contre tout ce qui est de nature à menacer sa santé et son intégrité physique et morale* » (Article 27).

Le titre 3 de la loi traite des obligations de l'État à protéger l'enfant contre toute forme de discrimination (art.83), y compris quand les parents ne seraient pas en mesure de le faire (art. 84), et de soutenir la famille. L'État doit développer des programmes de prévention des mauvais traitements et de protection des enfants contre les violences sexuelles.

La loi relative à la violence contre les femmes notamment les Mutilations Génitales Féminines de 2009 complète les dispositions de l'article 333 du code pénal de 1995 relatives aux MGF en donnant, d'une part, une définition juridique à l'expression "mutilations génitales féminines" et en préconisant, d'autre part, des sanctions pénales contre les auteurs et les complices d'actes de MGF. Elle écourte en outre de 5 à 3 ans la durée d'existence d'une association voulant se constituer partie civile dans des affaires de MGF ou d'agressions sexuelles si ses statuts le permettent.

Le Code de la famille fixe à 18 ans l'âge de la majorité civile et l'âge minimum pour contracter le mariage. Le mariage des mineurs est permis avec le consentement de leurs tuteurs ou celui d'un juge (en cas de refus des tuteurs). Le Code de la famille reconnaît l'égalité entre l'homme et la femme dans le choix du conjoint et la décision de contracter le mariage.

L'article 5 du Code du travail définit l'âge d'accès au travail à 16 ans et l'article 108 régleme le travail des jeunes (16-18 ans). Autrement dit, le travail des enfants de moins 16 ans est illégal dans le pays.

Quant à la violence en milieu scolaire, au plan législatif les châtime nts corporels sont interdits dans les établissements scolaires, notamment la Note n°441/IP/ du 1^{er} avril 2004/MEN/Direction Générale, établie par l'Inspecteur de Service de l'Enseignement du Premier Degré.

Partie III :

Vision, principes, objectifs et stratégies de la Politique Nationale de l'Enfant (PNE)

Chapitre V.

Politique Nationale de l'Enfant à Djibouti : développement intégré de la petite enfance et protection de l'Enfant à Djibouti

5.1. Vision globale du jeune enfant djiboutien

Globalement, la vision de l'enfant djiboutien veut que celui-ci ait un bon départ dans la vie.

« Il faut que tous les enfants naissent et vivent protégés contre les maladies et contre toutes les formes de violences et discrimination, et développent leur potentiel pour une pleine participation dans la vie de leur pays ».

De sa conception à sa naissance, l'enfant est pris en charge, à travers sa mère, de sorte à naître vivant, bien portant, sans handicap et reconnu comme un sujet de droit.

De sa naissance à 8 ans, il bénéficie d'un maximum de stimulations, de soins d'ordre sanitaire, nutritionnel, éducatif ainsi que de toute la protection nécessaire dans un environnement physique et social sain, de sorte à développer pleinement son potentiel et toutes ses capacités physiques et facultés psychiques, morales et intellectuelles, ce qui en fait un jeune enfant en bonne santé, équilibré et accompli. Ainsi, l'enfant sera à l'abri des maladies, de la malnutrition, de l'analphabétisme et de l'ignorance, des violences familiales, sociales, des abus et exploitation sexuels, de l'exploitation économique par le travail et la mendicité. Il devra bénéficier de façon suivie et constante de tous ses droits.

Cette vision du jeune enfant est fondée sur une approche par tranches d'âge pour coller au mieux aux besoins et droits spécifiques de l'enfant dans chaque étape de son développement.

La vision pour le nouveau-né.

Au cours de la période pré et périnatale, la vision voudrait que l'enfant soit conçu, naisse, survive et se développe dans les conditions les meilleures pour sa mère et pour lui-même.

La vision pour l'enfant de 0 à 2 ans révolus.

Cette période est considérée comme la plus critique pour la survie et le développement de l'enfant, et également celle où l'enfant est le plus vulnérable à un manque de soin approprié. L'absence ou l'insuffisance d'interventions et de soins appropriés durant cette période exposent l'enfant à des dommages parfois irrémédiables, notamment en termes de développement physique et cognitif.

Une alimentation adéquate, via une alimentation prénatale conforme, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, et l'apport d'une alimentation complémentaire dès 6 mois sont nécessaires pour assurer un développement optimal de ces fonctions. De même, la fourniture d'un environnement stimulant, sécurisant, protecteur et chaleureux, en permettant à l'enfant de développer des liens forts avec ses parents/tuteurs, favorise l'établissement des prérequis nécessaires aux développements des autres aptitudes.

La vision s'articule autour de ses conditions de survie, sa croissance, son alimentation, son état de santé, son insertion dans le cadre familial et sa stimulation pour le développement de ses fonctions cognitives, affectives et psychosociales.

La vision pour l'enfant de 3 à 5 ans révolus.

A ce stade les progrès portent davantage sur le développement cognitif, l'acquisition du langage, le développement socio-émotionnel et les interactions avec les pairs. Dans ce contexte, des formes plus complexes de stimulations linguistiques et cognitives par les parents et éducateurs deviennent importantes en parallèle d'investissements continus dans l'alimentation, la santé et la protection. Les activités d'éducation préscolaire offrent ainsi un cadre adapté et approprié au besoin de développement des enfants de cette tranche d'âge.

Au cours de cette tranche d'âge, le processus de constitution et de maturation se poursuit avec un besoin intense de stimulation. En même temps, l'enfant sort progressivement du cadre familial et s'insère dans le tissu social. Le sens des valeurs et du savoir se développe en lui en même temps qu'il prend goût aux activités et tend à imiter ses proches. C'est ce processus qu'il convient d'appuyer et de valoriser.

La vision pour l'enfant de 6 à 8 ans révolus.

Cette tranche d'âge correspond à la période de consolidation de l'ensemble des acquis et de la transition de l'enfant à l'école primaire. Notons que dans la pratique, la tranche de 6 à 8 ans est généralement ignorée par les praticiens pour des contraintes essentiellement programmatiques, qui en laissent la responsabilité au système éducatif formel, notamment à l'enseignement primaire. Mais elle est d'importance fondamentale lorsque les services préscolaires sont de couverture limitée. Pour les enfants de cette tranche d'âge, il faut s'assurer que « l'école est prête » à les accueillir de manière optimale est crucial.

La préoccupation est d'avoir un enfant en bonne santé, bien nourri en vue d'une insertion harmonieuse (famille, rue, école, médias, ...) dans le tissu socio-éducatif, culturel et une assimilation des valeurs. Il doit bénéficier d'une bonne transition du préscolaire à l'école primaire.

La vision pour l'enfant ayant des besoins spécifiques

Il s'agit principalement de leur assurer une prise en charge familiale, communautaire et institutionnelle adéquate.

5.2. Objectifs de la politique

1. Réduire la morbi-mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile à Djibouti ;
2. Réduire toutes les formes de malnutrition, et pourvoir aux besoins nutritionnels des enfants, des adolescentes, des femmes enceintes ou qui allaitent ;
3. Assurer l'accès de toutes les filles et de tous les garçons à un développement de qualité dans la petite enfance.

4. Réduire le nombre d'enfants qui sont affectés par des formes de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services.
5. Augmenter l'accès aux services de protection pour les enfants à risque et victimes d'une quelconque forme de violence de sorte qu'ils bénéficient d'une prise en charge holistique et de qualité.
6. Renforcer les capacités de gouvernance multisectorielle du secteur du développement intégré de la petite enfance et le système national multisectoriel de protection de l'enfant dans tous ses aspects programmatiques et organisationnels.
7. Réduire le nombre d'enfants exposé à la délinquance juvénile causé généralement par les facteurs liés à la psychologie même de l'enfant et à la fragilité qui caractérise ce stade du développement humain, facteurs familiaux, facteurs sociaux (en particulier la vie scolaire) et économique.

5.3. Principes fondamentaux

Dans toute action de formulation, planification, exécution et évaluation de la mise en œuvre de la PNE, les acteurs sont tenus d'adopter et respecter les principes suivants pour guider leur action :

- **L'indivisibilité des droits de l'enfant** : les droits des jeunes enfants sont égaux et doivent être considérés comme un tout ; ce qui signifie que toutes les législations visant la protection du jeune doivent prendre en considération cet élément.
- **Ne laisser aucun enfant pour compte** : l'équité, y compris l'égalité des sexes, est au cœur de la réalisation des droits de l'homme. Le gouvernement djiboutien devra assurer une couverture équitable des interventions en particulier pour les groupes de population exclus, marginalisés ou vulnérables, les plus exposés étant les enfants de minorités, les réfugiés, les détenus, les consommateurs de drogues et les travailleurs du sexe. Il doit veiller à ce que ni les enfants handicapés ni les jeunes enfants vivant dans des situations de crise humanitaire ne soient laissés pour compte. La couverture santé universelle est également indispensable pour faire en sorte que tous les enfants atteignent leur potentiel de développement.
- **La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les actions qui seront menées** : le gouvernement, conscient du fait que l'enfant d'aujourd'hui est le citoyen de demain et que la préparation du citoyen passe nécessairement par la bonne prise en charge du jeune enfant, a mis celui-ci au cœur de toutes les stratégies de développement. La PNE vient renforcer cette orientation en créant une vision d'un développement intégral qui prend en compte les besoins évolutifs de la petite enfance en fonction de ses différents stades de développement.

- **La reconnaissance et le renforcement des rôles privilégiés de la famille et de la communauté dans le développement du jeune enfant** : les familles et les parents étant à la base du développement intégré de la petite enfance, ils ont besoin d'un soutien qui nécessite un investissement financier soutenu, ainsi que de lois et politiques favorables, de services et de ressources communautaires. Les aider à s'acquitter de leurs responsabilités et à leurs aspirations pour leurs enfants, notamment par le biais de programmes de protection sociale, les politiques de l'emploi et du logement ainsi que les principaux secteurs concernés par les enfants
- **Le bien être mental de la famille en général et de la mère en particulier** : tenir compte du fait que l'efficacité des soins attentifs en faveur des jeunes enfants dépend elle-même de la bonne santé physique et mentale des parents et soignants.
- **L'intégration et le continuum des interventions destinés au développement de la petite enfance** : réaliser le droit de chaque jeune enfant à la survie, au développement et à l'éducation, en reconnaissant l'interdépendance entre la nutrition, la santé, l'apprentissage et développement psychosocial en vue de fournir des services plus cohérents et intégrés au point d'offre et d'une manière continue entre les stades du développement de l'enfant, afin d'améliorer rapidement l'accessibilité et la pertinence de la vie quotidienne des enfants et des familles.
- **L'ancrage des interventions retenues dans les spécificités culturelles djiboutiennes** : l'amélioration des soins attentifs dépend de l'autonomisation des familles et des communautés et doit s'effectuer en respectant le contexte local et en s'appuyant sur les normes sociales et pratiques positives qui prévalent déjà dans la communauté.
- **La qualité des services offerts doit être favorisée au même titre que leur quantité** : l'accès aux soins attentifs et aux services sociaux de base (santé, éducation, nutrition, eau et assainissement) constitue un facteur fondamental pour tout développement. Mais un tel accès ne saurait donner le résultat escompté si la qualité des services n'est pas assurée. A cette fin, la PNE œuvrera pour des services sociaux de base de proximité mais surtout de qualité au profit du jeune enfant.
- **L'harmonisation des programmes de la PNE avec les politiques et stratégies nationales** : le développement de la prime enfance suivant une approche intégrée n'est pas un programme nouveau mais plutôt une vision globale et fédératrice des efforts menés dans ce sens. Pour cela, la PNE vibrera au même diapason que toutes les stratégies et politiques nationales de développement, ce qui capitalisera cette synergie en résultats palpables.
- **La promotion d'un partenariat multi-acteurs et intersectoriels** : la mise en œuvre de la PNE sera d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur un large consensus et un partenariat multisectoriel et pluri-intervenants. Pour cela, la PNE recourra aux structures de gestion, de coordination et d'exécution pour mieux répondre au caractère

multidimensionnel du développement de la petite enfance. Ces instances permettront une gestion saine, démocratique et transparente des programmes de la politique.

5.4. Domaines stratégiques de la politique

Les domaines stratégiques sont présentés selon les composantes de la PNE —le développement intégré de la petite enfance et la Protection de l'enfant eu égard aux droits.

Chapitre VI.

Développement intégré de la petite enfance

Pour atteindre leur plein développement au cours de la petite enfance, les enfants ont besoin des soins attentifs. Ces derniers sont définis comme l'environnement créé par les soignants qui garantit une santé et une nutrition adéquates des enfants, protège ces derniers contre les menaces et leur offre des opportunités pour l'apprentissage précoce, par des interactions qui apportent un soutien affectif et répondent aux besoins.

Les domaines stratégiques de la composante développement intégré de la petite enfance développés dans cette politique sont :

- Bonne santé, bonne nutrition et soins répondant aux besoins ;
- Opportunités pour l'apprentissage précoce ;
- Sécurité, sûreté & protection sociale ;
- Renforcement de la gouvernance et du leadership ;
- Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE

6.1. Bonne santé, nutrition adéquate et soins répondant aux besoins

La bonne santé des jeunes enfants dépend de plusieurs actions⁶⁰: surveillance parentale de la condition physique et psychologique de l'enfant, réaction appropriée et affective face à leurs besoins quotidiens, protection des jeunes enfants contre les dangers domestiques et environnementaux, bonnes pratiques en mesure d'hygiène qui minimisent les infections, utilisation de services de promotion et de prévention en matière de santé et sollicitation de soins pour les maladies infantiles.

Ces actions dépendent elles-mêmes de la bonne santé physique et mentale des parents et soignants. Par exemple, les problèmes de santé mentale des parents ont tendance à perturber les pratiques sociales essentielles (PSE) et la prestation de soins, et jusqu'à un tiers des femmes enceintes ou ayant accouché, souffrent de dépression, surtout les femmes sans partenaire ou soutien familial.

La nutrition maternelle pendant la grossesse affecte la santé et le bien-être de la femme ainsi que la nutrition et la croissance de l'enfant en développement⁶¹. Les jeunes enfants s'épanouissent lorsqu'ils sont exclusivement nourris au lait maternel immédiatement après la naissance et jusqu'à l'âge de six mois, et en contact physique rapproché ou peau à peau. À

⁶⁰ Linda Richter and others; Daelmans; Pia R. Britto and others, 'What Implementation Evidence Matters: Scaling-up Nurturing Interventions That Promote Early Childhood Development', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1419.1 (2018), 5–16 <<https://doi.org/10.1111/nyas.13720>>; Unicef et Organisation Mondiale de la Santé, *Soins Pour Le Développement de l'enfant Manuel*.

⁶¹ Marie T Ruel and others, 'Maternal and Child Nutrition 3 Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition?', *Lancet*, 382 (2013), 536–51 <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0)>; Mohammad Yawar Yakoob and others, 'BMC Pregnancy and Childbirth Reducing Stillbirths: Behavioural and Nutritional Interventions before and during Pregnancy', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 35.Suppl 1 (2009), S3 <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-S1-S3>>.

partir de six mois, les jeunes enfants ont besoin d'aliments complémentaires suffisamment diversifiés avec des micronutriments, de manière régulière en plus du lait maternel. Ils sont nécessaires à la croissance rapide de leur corps et de leur cerveau. L'apport complémentaire de micronutriments et le traitement de la malnutrition sont nécessaires lorsque l'alimentation quotidienne des enfants ne permet pas une croissance saine⁶².

Les familles et les soignants ont besoin de systèmes de soutien intégrés pour les soins attentifs. Le système de santé, avec sa vaste portée auprès des soignants et des jeunes enfants, doit accentuer son rôle, en renforçant des services afin qu'ils traitent les composantes des soins attentifs de façon intégrée. A travers ses diverses plateformes d'offre des soins attentifs —plates-formes cliniques : consultations prénatales, maternité ; consultations postnatales, consultations de nourrissons, PCIME, PCIMA ; et plateformes communautaires : groupes de discussion, visite à domicile, PCIME communautaire— le secteur de la santé peut fournir une plateforme pour la coordination avec d'autres secteurs.

Ses contributions peuvent être un tremplin vers l'action du secteur de l'éducation pour dispenser une éducation préscolaire. Il peut également compléter les efforts de protection sociale et de l'enfance pour aider les familles vulnérables. Il existe de nombreuses autres possibilités de renforcement des services existants, notamment dans l'agriculture, les actions WASH et les opérations humanitaires, qui peuvent être étendues et renforcées pour traiter le bien-être et le développement des jeunes enfants.

Par continuum allant de la grossesse à l'âge de 6 ans, le tableau I présente les interventions du domaine de la santé et de nutrition à mettre en œuvre à Djibouti dans le but d'assurer le développement de la petite enfance.

Parce que ces interventions ont un impact direct sur le développement de l'enfant, elles doivent être de qualité et bénéficier d'un fort taux de couverture. Le mouvement vers la couverture-santé universelle offre la possibilité de garantir que les services offerts dans le continuum de soins pour les femmes et les jeunes enfants soient accessibles, d'un coût abordable et efficace.

⁶² Ruel and others.

Tableau I. Interventions de santé et de nutrition avec impact avéré sur le développement intégré de l'enfant

	Avant la grossesse	Grossesse à la naissance	0 à 24 mois	36 à 60 mois
Bonne santé et soins répondant aux besoins	Planification familiale	Vaccination de la mère et de l'enfant	Soins essentiels pour le nouveau-né, avec soins supplémentaires pour les bébés malades et de faible poids	
	Prévention et arrêt du tabac, Khat, l'alcool et consommation de substances psychoactives	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Méthode Kangourou pour les bébés de faible poids de naissance	
		Soins avant et pendant l'accouchement	Vaccination de l'enfant	
		Prévention de la prématurité	Soutien pour une demande de soins appropriée et rapide pour les enfants malades	
			Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	
			Détection précoce des maladies invalidantes (problèmes de vue et d'audition)	
		Appui à la santé mentale des soignants		
			Soins aux enfants avec des handicaps et troubles du développement	
Nutrition adéquate	Nutrition maternelle			
			Soutien à la mise en route précoce de l'allaitement maternel exclusif et à la poursuite après 6 mois	
			Soutien pour une alimentation complémentaire appropriée et pour la transition vers une alimentation familiale saine	
	Supplémentation en micronutriments pour la mère et l'enfant, selon les besoins			
	Enrichissement des denrées de base			
			Surveillance de la croissance	
			Déparasitage	
			Soutien pour une alimentation appropriée des enfants malades	
		Prise en charge de la MAM & MAS, du surpoids/l'obésité		

1°. Objectif spécifique : Assurer l'offre équitable de soins de qualité disponible partout dans le pays avec des ressources humaines qualifiées, un plateau technique adéquat et des médicaments essentiels de qualité disponible en permanence pour répondre aux besoins des populations.

2°. Stratégies

1.1 Mise en place et renforcement des paquets essentiels et d'urgences des soins de SMNE-Nutrition et des plateformes de leur offre.

Intervention 1.1.1 Accroître la disponibilité et l'offre des Services de santé de reproduction, de soins prénatals y compris la PTME, de soins périnatals et de soins postnatals de qualité

Avant la grossesse

- Accroître l'offre des produits et services de santé de la reproduction, notamment : la planification familiale ; la prévention des violences basées sur le genre, la prévention et la lutte contre les abus d'alcool et drogues, la promotion de bonnes hygiènes de vie et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

Chez la mère et l'enfant

- Renforcer les interventions SMNE de routine sur l'ensemble du territoire, notamment : la vaccination, la supplémentation vitamine A, le déparasitage, la supplémentation en poudres de micronutriments des enfants de 6 à 23 mois vivant dans les zones de forte prévalence de la malnutrition chronique, la supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes et allaitantes, par la combinaison des approches d'offre mixtes et avancées et l'élargissement des cibles de SNPS.
- Redynamiser les consultations de routine des nourrissons pour en faire non seulement une plateforme vaccinale pour les enfants de moins de 5 ans, mais aussi de surveillance effective de leur croissance, de la promotion des PSE et de conseils et SDE ;
- Mettre en place, organiser et assurer la prise des enfants ayant des troubles du développement, un handicap ou une maladie chronique et ceux exposés au risque de maltraitance
- Améliorer la disponibilité des services de prise en charge clinique et communautaire des maladies de l'enfance, en particulier la diarrhée et la pneumonie, à travers le renforcement des ressources humaines pour la santé (production, répartition et qualité), de l'approvisionnement en médicaments essentiels et du plateau technique en priorisant les populations résidant au-delà de 5 km.

Intervention 1.1.2. Améliorer l'état nutritionnel de la femme enceinte, allaitante

- Améliorer l'accès aux micronutriments avant la grossesse à travers l'enrichissement de certains aliments de base.
- Intégrer l'approvisionnement de complément alimentaire aux interventions nutritionnelles destinées aux mères et à la famille comme un appui à la mise en œuvre effective des soins attentifs pour le DPE, particulièrement dans les milieux où la prévalence de la malnutrition est élevée.
- Améliorer l'accès aux micronutriments (activités de supplémentation en fer et acide folique) sur l'ensemble du territoire ;

Intervention 1.1.3. Améliorer l'état nutritionnel des enfants

- Promouvoir les pratiques sociales essentielles en santé par une approche centrée sur la personne, lors de l'offre des soins de SMNE dans les formations sanitaires et des activités en communauté, y compris l'approche de l'Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant (ANJE) et la PCIMA communautaire ;
- Installer des unités de nutrition dans tous les centres de santé pour assurer une prise en charge adéquate des malnutris, le suivi et la surveillance de la croissance infantile afin d'améliorer la couverture en activités de PCIMA ;
- Dépister systématiquement les problèmes nutritionnels des enfants et des mères durant les consultations prénatales, postnatales, en consultation pédiatrique, durant les vaccinations, et à toute occasion ;
- Opérationnaliser la stimulation psychosociale dans les structures de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère cliniques et communautaires.

Intervention 1.1.4 Améliorer la qualité des services et interventions des soins attentifs en SMNE-Nutrition et Renforcer l'intégration de toutes les composantes des soins attentifs : faire en sorte que les services de santé et de nutrition favorisent davantage les soins attentifs et répondent aux besoins des enfants

- Promouvoir les pratiques sociales essentielles en santé par une approche centrée sur la personne, lors de l'offre des soins de SMNE dans les formations sanitaires et des activités en communauté, y compris l'approche de l'Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant (ANJE) et la PCIMA communautaire ;
- Renforcer les ressources humaines pour la santé (production, répartition et renforcement de leurs capacités), du plateau technique des soins SMNE-Nutrition et de l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les formations sanitaires, en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients ;
- Renforcer les capacités des prestataires, de la famille et des agents communautaires, sur le suivi du développement des enfants et faciliter les orientations en temps voulu vers des soins spécialisés pour les enfants et les familles qui en ont besoin ;
- Renforcer les capacités techniques des prestataires sur la PCIME afin d'assurer une opérationnalisation effective dans toute la communauté ;
- Renforcer les capacités techniques des équipes mobiles dans les districts, sur la prévention, le dépistage et la prise en charge communautaire de la malnutrition.

Les endroits où les familles ont des contacts avec les services sont nombreux, notamment les soins prénatals et postnatals, ainsi que les consultations pour les enfants malades et bien portants. Le soutien en matière de soins répondant aux besoins doit être intégré à ces services, y compris les opportunités pour l'apprentissage précoce, l'appui à la

santé mentale des soignants, et la sécurité et la sûreté. Cela améliore la qualité des services courants et contribue à la satisfaction des parents ainsi qu'à la demande de services.

Les interventions en soins attentifs répondant aux besoins de l'Enfant sont : i) le contact peau à peau immédiatement après la naissance ; ii) la méthode Kangourou pour les bébés de faible poids de naissance ; iii) la mise de la mère et du nourrisson dans la même chambre et alimentation à la demande ; iv) l'alimentation répondant aux besoins ; iv) les soins pour le développement de l'enfant (SDE) ; v) l'appui à la santé mentale des soignants ; vi) l'implication des pères, de la famille élargie et d'autres partenaires et vii) le soutien social des familles, des groupes communautaires et des communautés religieuses.

- Intégrer et opérationnaliser les activités le paquet des soins pour le développement de l'enfant (stimulation) dans toutes les plateformes cliniques et communautaires d'offre des soins de SMNE-nutrition (Consultations prénatales, maternité ; consultations postnatales, consultations de nourrissons, PCIME, PCIMA, groupes de discussion, visite à domicile...)
- Intégrer, dans les services de SMNE-Nutrition de première ligne et communautaires, le dépistage et la prise en charge psychosociale des problèmes de santé mentale au bénéfice des femmes et familles. Par exemple, traitement et soutien dans les cas de dépression périnatale par le biais de groupes de mères ou de visites à domicile de femmes testées positives pour la dépression maternelle par des personnels professionnels ou des agents de santé communautaires non professionnels ;
- Renforcer les actions de « WASH in Nutrition » par l'intégration systématique d'un « paquet minimum WASH » dans les plateformes cliniques et communautaires d'offre des soins attentifs.

1.2. Amélioration de l'accès aux soins pour la mère et l'enfant

Les jeunes enfants courant le risque d'un développement sous-optimal sont ceux touchés par le retard de croissance et qui vivent dans l'extrême pauvreté. Les familles et les enfants à risque de développement sous-optimal doivent bénéficier de contacts supplémentaires, au-delà des services de routine. Les agents de santé communautaires formés peuvent jouer un rôle important pour apporter un tel soutien, en prolongeant les soins dispensés dans les formations sanitaires vers les ménages ou dans les plateformes communautaires.

Intervention 1.2.1. Mise en œuvre effective de la SNPS pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain

- S'assurer que la mise en œuvre de la SNPS est effective de sorte que ses populations cibles bénéficient chacune d'un paquet intégré de transferts monétaires garantis, de programmes de construction du capital humain, de différents services ou filets (monétaires ou en nature) et de programmes d'inclusion socioéconomique avec l'objectif d'inscrire ces populations dans une trajectoire de sortie de la pauvreté ;
- Étendre les cibles du SNPS aux enfants de moins de 5 ans en général et à ceux qui ont un handicap et un trouble de développement ;

- Mettre en place des mécanismes de suivi conjoint (ministère de la santé et le ministère des affaires sociales) pour s’assurer que les familles les plus marginalisées avec de jeunes enfants sont effectivement couverts par les mesures de protection sociales mises en œuvre dans le cadre de la SNPS pour avoir accès aux services du DPE ;
- Elargir les cibles de programme de transfert monétaires afin de donner plus d’accès aux soins aux femmes et enfants vulnérables ; atteindre un plus grand nombre de familles et d’enfants qui sont le plus à risque de développement sous-optimal

Intervention 1.2.2. Renforcer les stratégies avancées pour l’offre des soins

- Combiner les approches mixtes et avancées pour atteindre les familles défavorisées à cause de l’inaccessibilité physique aux soins de santé, notamment : la vaccination, la supplémentation vitamine A, le déparasitage, la supplémentation en poudres de micronutriments des enfants de 6 à 23 mois vivant dans les zones de forte prévalence de la malnutrition chronique, la supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes et allaitantes.

Intervention 1.2.3. Promouvoir et mettre effectivement en œuvre la stratégie nationale de communication

- Promouvoir les pratiques sociales essentielles en santé par une approche centrée sur la personne, lors de l’offre des soins de SMNE dans les formations sanitaires et des activités en communauté, y compris l’approche de l’Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant (ANJE) et la PCIMA communautaire ;
- Développer et diffuser les documents en langues locales sur les avantages de l’allaitement pour une variété d’auditoires. Ceux-ci pourraient inclure des matériaux de formation pour les agents de santé, des brochures de sensibilisation pour les dirigeants communautaires et les ONG, et des brochures pédagogiques pour les mères, y compris les mères qui sont analphabètes ;
- Encourager l’allaitement maternel dans une perspective islamique, et engager les organisations religieuses et les dirigeants pour étendre la sensibilisation ;

Intervention 1.2.4. Collaborer entre les secteurs pour assurer le continuum et l’intégration de soins attentifs

Le secteur de la santé devra collaborer avec d’autres secteurs tels que le MASS pour s’assurer que les familles et les enfants – en particulier les plus vulnérables – bénéficient d’un ensemble complet de filets de sécurité. La collaboration permettra de faciliter un environnement favorable dans lequel aucune famille et aucun enfant n’est laissé pour compte.

1.3. Renforcement de la dynamique communautaire en faveur des soins attentifs et du développement de la petite enfance.

Intervention 1.3.1. Renforcer la coordination de la réponse communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

- Réorganiser la communauté en une plateforme unique d'engagement communautaire qui amène toutes ses ressources, y compris ses multiples groupes communautaires, à travailler ensemble vers les résultats en rapport avec les soins attentifs et le DPE ;
- Renforcer le partenariat entre les ONG et les associations communautaires pour des actions coordonnées de promotion des PSE, de prévention et le dépistage précoce de la malnutrition ;

Intervention 1.3.2. Mettre en œuvre les activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour le changement des comportements favorables au DPE au sein de la communauté

- Planifier et mettre en œuvre des stratégies de communication nationales pour informer les communautés et les familles et leur donner les moyens de prodiguer des soins attentifs ;
- Intensifier la sensibilisation et la mobilisation de la population pour une demande accrue et une utilisation continue des services à travers les agents communautaires, les leaders communautaires (politiques, traditionnels et religieux), la société civile et les médias ;
- Intensifier, à travers des médias publics, les leaders communautaires (politiques, religieux et traditionnels), les agents communautaires et les organisations de la société civile, la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur les PSE: i) prévention et premiers soins à domicile du paludisme ; ii) premiers soins à domicile des cas d'IRA ; iii) prise en charge des diarrhées, hygiène et assainissement; iv) nutrition de l'enfant et de la mère; v) planification familiale; vi) vaccination, supplémentation en vitamine A et déparasitage et vii) soins pour le développement de l'enfant,

Intervention 1.3.3. Renforcer la prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C) et suivi de la qualité de l'offre de services de santé

- Renforcer les capacités des agents de santé communautaire et des équipes mobiles dans les districts, sur une approche intégrée des soins attentifs en général, et les soins pour le développement de l'enfant en particulier ;
- Organiser des visites à domicile et des groupes de parents, pour aider les familles et les enfants à surmonter les obstacles aux soins attentifs ;
- Renforcer les capacités techniques des agents de santé communautaire par la mise en place des registres communautaires, la recherche active et le suivi des enfants non-vaccinés et perdus de vue en vue d'améliorer la couverture vaccinale,

- Renforcer le suivi des perdus de vue avec l'aide des technologies nouvelles, en particulier pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants en âge de vaccination, comme une composante importante de la santé communautaire dans la continuité des soins entre les formations sanitaires et la communauté ;

Intervention 1.3.4. Mobilisation des ressources locales en vue de contribuer à améliorer l'espace budgétaire, l'efficacité et l'accès financier des plus pauvres à des services des soins attentifs

- Impliquer les groupes et dirigeants communautaires dans les activités de planification, budgétisation, mise en œuvre et surveillance et mettre en place une responsabilité pour les résultats obtenus.

6.2. Opportunités pour l'apprentissage précoce

Les enfants ne commencent pas à apprendre à l'âge de 3 ou 4 ans seulement à la crèche ou à la maternelle, où on leur enseigne les couleurs, les formes et les lettres. En réalité, l'apprentissage est un mécanisme inné pour l'être humain qui assure son adaptation aux changements de situations et commence dès la conception, d'abord en tant que mécanisme biologique appelé épigénèse. Au cours des premières années, l'acquisition des compétences et des capacités se fait de manière interpersonnelle, en relation avec d'autres personnes à travers le sourire et le contact visuel, la parole et le chant, la modélisation, l'imitation et les jeux simples, comme « dire au revoir de la main ».

Jouer avec des objets ménagers courants (tasses, récipients vides, casseroles) peut aider un enfant à connaître la sensation et la qualité des objets, et ce qu'il peut en faire. Même un parent occupé peut trouver la motivation et la confiance nécessaires pour parler avec un enfant pendant les repas, le bain et d'autres tâches quotidiennes. Grâce à ces interactions, l'enfant apprend à mieux connaître les autres.

Les enfants ont besoin de soins attentionnés et sécurisants de la part des adultes dans un environnement familial, avec des conseils sur les activités quotidiennes et les relations avec les autres, leur offrant leurs premières expériences importantes d'apprentissage social. Une éducation précoce favorable au développement est essentielle au développement cognitif et social des enfants, et à leur préparation à la scolarité. Il est important pour les enfants de tous les groupes démographiques d'avoir accès à une éducation préscolaire et primaire gratuite, surtout pour les enfants issus de populations vulnérables, car le stress nuit à leur apprentissage (tableau II).

Tableau II. Interventions essentielles favorisant l'apprentissage précoce

	Avant la grossesse	Grossesse à la naissance	0 à 24 mois	36 à 60 mois
Apprentissage précoce	Soins pour le développement de l'enfant (SDE)			
			Centres communautaires d'éveil	
			Garderie et éducation préscolaire de qualité	
			Histoires racontées aux enfants par les aînés	
			Langue locale dans les soins quotidiens des enfants	
			Education parentale	
			Services pour les enfants avec des troubles du développement ou un handicap	

Les structures d'encadrement de la petite enfance sont les différents cadres formels et non formels, publics et privés au sein desquels un personnel spécialisé est chargé d'offrir aux jeunes enfants des services d'éveil/éducation, auxquels s'ajoutent les interventions de santé, de nutrition, d'hygiène et assainissement et de protection en vue de leur développement harmonieux et leur préparation aux apprentissages scolaires. A Djibouti, la loi n° 31/AN/18/8^{ème} L portant institutionnalisation des crèches et des garderies énumère les structures du DPE. Il s'agit notamment de : la classe préscolaire, les crèches et garderies, les centres communautaires d'éveil et les écoles coraniques.

1°. Objectif spécifique. Assurer l'accès de toutes les filles et tous les garçons à des activités de développement et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire

2°. Stratégies

2.4 .Promotion et développement des structures d'encadrement de la petite enfance

Intervention 2.4.1. Etendre la couverture nationale en structures d'encadrement de la petite enfance

- Revisiter positivement les options sur la durée de l'organisation de la classe préscolaire, en conjuguant les perspectives vers la couverture universelle et la production de services pertinents pour l'amélioration des apprentissages au cycle primaire ;
- Elaborer un plan de couverture national en crèches et garderies, étendre et mettre à l'échelle l'expérience initiée par le MFF sur les garderies et les crèches communautaires ;
- Augmenter la couverture nationale en garderies, centres communautaires d'éveil et des crèches conformément aux recommandations en vigueur au MENFOP ;

- Renforcer l'intégration de l'organisation de groupes de jeu, de lecture et de récit d'histoires pour les parents et les enfants dans les centres d'encadrement de la petite enfance ;
- Développer des stratégies d'école alternative et l'amélioration des conditions d'apprentissage dans les structures d'éducation non formelle, permettant d'assurer des passerelles vers le formel ;
- Elaborer un plan pour la réhabilitation et la construction d'infrastructures afin de favoriser l'accès à l'éducation préscolaire. Une stratégie visant à construire des centres de la petite enfance de la communauté devrait également être considérée ;
- Avec la construction de plus en plus de salles de classe préscolaire et l'augmentation de la capacité d'accueil, le MENFOP devrait envisager l'introduction d'une politique de l'éducation préscolaire obligatoire ;
- Mettre en place des services favorisant l'apprentissage pour les enfants avec handicap ou un trouble du développement ;
- Redynamiser le programme d'éducation parentale auprès des parents des enfants inscrits dans la classe préscolaire et dans les écoles de Djibouti, avec l'accent particulier sur les pratiques sociales essentielles ;

Intervention 2.4.2. Collaborer avec le secteur de la santé pour faire de plateformes d'offre des soins de santé et de nutrition, des structures d'encadrement de la petite enfance (intégration et mise en œuvre de la stratégie des soins pour le développement de l'Enfant y compris l'apprentissage précoce).

- Saisir les opportunités de contact des enfants et leurs parents, avec les plateformes des soins de santé et nutrition pour intégrer et opérationnaliser les activités des soins pour le développement de l'enfant (dans toutes les plateformes d'offre des soins attentifs, y compris dans la communauté et lors des visites à domicile).

2.5. Renforcement de l'accès et l'utilisation des structures d'encadrement de la petite enfance

Intervention 2.5.1. Mettre effectivement en œuvre la SNPS pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain

- Mettre en place des mécanismes de suivi conjoint (ministère de la santé et le ministère des affaires sociales) pour s'assurer que les familles les plus marginalisées avec de jeunes enfants sont effectivement couverts par les mesures de protection sociales mises en œuvre dans le cadre de la SNPS pour avoir accès aux services du DPE ;
- Rendre obligatoire la classe préscolaire et garantir sa gratuité aux ménages ;
- Appuyer les ONG pour intervenir dans la promotion de l'enseignement préscolaire ;

Intervention 2.5.2. Mettre en œuvre le programme national pour une éducation inclusive des enfants handicapés à besoins spéciaux.

Tous les enfants ont le droit d'accéder aux programmes de la petite enfance. Pourtant, les familles les plus vulnérables sont souvent invisibles et ne bénéficient pas de ces services. Il est essentiel de les identifier à travers une évaluation communautaire, le dialogue et la sensibilisation. Au fur et à mesure que les structures préscolaires et les services de garde communautaires se développent, il existe une occasion unique d'intégrer les enfants ayant des besoins spéciaux et de préparer les enseignants et les administrateurs à assurer leur pleine participation.

Intervention 2.5.3. Mettre en œuvre les activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour le changement des comportements favorables à l'apprentissage précoce pour la promotion de l'éducation de la petite enfance.

Apprentissage n'est pas synonyme de scolarisation. En effet, l'apprentissage n'attend pas que l'enfant aille à l'école, il commence à la maison, pendant la grossesse. Les programmes communautaires de garde d'enfants et les groupes de soignants peuvent servir de plateforme importante pour promouvoir les expériences d'apprentissage précoce à la maison et en dehors. Ces premiers moments constituent la base de l'apprentissage tout au long de la vie. Ils favorisent le développement cognitif, physique, social et affectif de l'enfant.

Les opportunités pour l'apprentissage précoce sont mieux assurées dans une atmosphère qui favorise la curiosité, la motivation, une bonne image de soi, l'autoréglementation et une prise en compte de la langue et de la culture à la maison.

En s'engageant et en commençant tôt cette sensibilisation, les partenaires de l'éducation peuvent contribuer à assurer la continuité des messages et le soutien pour les soins attentifs – à domicile, dans les programmes de soins des enfants, à la maternelle, à l'école primaire, et au-delà.

- Intégrer la sensibilisation sur les soins pour le développement de l'enfant dans toutes les plateformes d'offre des soins attentifs, y compris dans la communauté et lors des visites à domicile ;
- Informer, soutenir et conseiller les parents sur les SDE, y compris l'utilisation d'objets domestiques courants et de jouets faits maison dans les ménages ;
- Intégrer la sensibilisation des parents pour l'utilisation de la classe centre préscolaire et des structures d'encadrement de la petite enfance, dans le cadre de la promotion des PSE, lors de différentes opportunités de contact (soins, interventions nutritionnelles et activités communautaires ;
- Intensifier la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur les croyances, les attitudes et les objectifs des parents concernant l'éducation de leurs enfants ; l'environnement d'apprentissage fourni à la maison ; des relations de soutien et de réactivité au sein de la famille qui sont les éléments constitutifs du développement social et affectif des enfants ;

- Promouvoir les soins pour le développement de l'enfant comme une pratique familiale essentielle (PFE), à travers la sensibilisation au cours de toutes les opportunités de contact dans les plateformes cliniques et communautaire d'offre des services de santé maternelle, infantile et de nutrition.

2.6. Amélioration de la qualité de l'encadrement des petits enfants.

Intervention 2.6.1. Supervision et encadrement des structures d'encadrement de la petite enfance

- Détailler explicitement les procédures d'enregistrement et d'accréditation pour les installations étatiques et non étatiques d'encadrement de la petite enfance et assurer une surveillance étroite des programmes et des normes pour les centres officiels et communautaires d'encadrement de la petite enfance, avec l'attention à la conformité aux normes de l'infrastructure des centres d'EPPE et des établissements de santé.
- Encadrer les structures préscolaires pour le respect de normes de fonctionnement du secteur préscolaire ;

Intervention 2.6.2. Garantir les bonnes pratiques de santé, d'hygiène et de nutrition dans les programmes de la petite enfance.

Les écoles maternelles et d'autres programmes de la petite enfance offrent un cadre idéal pour fournir des collations ou repas nutritifs ; permettre une activité physique importante, et aussi promouvoir la santé oculaire, auditive et buccodentaire ; respecter de bonnes règles d'hygiène, améliorer les pratiques alimentaires à la maison, et promouvoir le respect et l'intégration entre les enfants de différents milieux.

Les partenariats entre les acteurs de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et des droits de l'enfant peuvent également être utiles dans ces contextes, en facilitant le suivi et la promotion de la croissance, le développement physique, les pratiques d'hygiène, le développement social et affectif, et le bien-être global des jeunes enfants.

- Intégrer les interventions de la santé scolaire (santé, nutrition, WASH) dans les classes préscolaires et scolaire, et les centres d'éveil communautaires
- Redynamiser le service de santé scolaire pour créer un environnement d'apprentissage sûr et sain, offrir une éducation sanitaire basée sur l'acquisition de compétences, offrir des services de santé et nutrition couvrant notamment la prévention de l'anémie, du VIH et des IST, le déparasitage et les vaccinations.

Intervention 2.6.3. Mettre en place l'approche de suivi du développement de la petite enfance.

Le suivi du développement ne pas à confondre avec le suivi des progrès, sujet des interventions stratégiques. Il vise à soutenir le développement de chaque enfant et en garder une trace. Cela diffère du dépistage, qui s'effectue à un moment prédéfini et vise à détecter toute anomalie. Le suivi du développement permet d'interpréter le fonctionnement de l'enfant

en examinant les facteurs tels que la communication expressive, la communication réceptive, la motricité globale et la motricité fine, la relation, le jeu et l'initiative personnelle.

Ce suivi soutient la façon dont la famille stimule l'enfant et lui prodigue des soins attentifs au quotidien. Il recherche la présence éventuelle de facteurs de risque biopsychosociaux et évalue comment la famille fait face à ces facteurs de risque. Il éduque également les prestataires sur les droits des enfants atteints de troubles du développement et sur la façon d'aider les familles utilisant les interventions, y compris les ressources communautaires.

- Renforcer les capacités des acteurs sur le suivi du développement des enfants et faciliter les orientations en temps voulu vers des soins spécialisés pour les enfants et les familles qui en ont besoin ;
- Saisir l'opportunité d'offre des soins attentifs à domicile pour conseiller les parents sur les soins pour le développement de l'enfant, et assurer le suivi du développement de l'enfant
- Intégrer dans les activités du suivi de la croissance de l'enfant au cours de consultations de routine des nourrissons, celles en rapport avec le développement de l'enfant

2.7. Renforcement du rôle des ménages dans le développement de la petite enfance

Intervention 2.7.1 Placer l'engagement familial au cœur des programmes de la petite enfance

Alors que l'éducation met traditionnellement l'accent sur les enfants, l'importance de l'engagement des familles dans les programmes préscolaires et de garde d'enfants est de plus en plus démontrée. Les soignants peuvent être bénévoles, participer à la conception et la prise de décision, et être intégrés à des activités d'éducation et de mise en œuvre des programmes de centres communautaires d'éveil et de visites à domicile. Tout cela favorise un sentiment d'autonomisation et d'intégration, permettant aux familles d'avoir confiance dans le rôle qu'elles jouent dans la vie de leurs enfants. Les obstacles financiers, sociaux ou culturels peuvent limiter la participation des familles et des enfants aux programmes.

Intervention 2.7.2. Investir dans l'éducation des adolescents et des adultes

L'éducation des adultes et l'éducation secondaire des jeunes, qui pour beaucoup deviendront mères et pères, sont associées à un meilleur développement de la petite enfance. L'intégration des soins attentifs dans les programmes d'enseignement secondaire peut préparer les futurs soignants à promouvoir et soutenir le développement de la prochaine génération d'enfants.

6.3. Sécurité, sûreté et protection sociale

L'accès à l'eau potable et à des systèmes d'assainissement, de bonnes pratiques d'hygiène, un air pur et un environnement sûr sont des éléments essentiels pour protéger la santé des enfants et favoriser leur développement. Par exemple, un facteur constituant un obstacle au développement des enfants est le manque d'accès à l'eau, l'assainissement et

l'hygiène (WASH) et les mauvaises pratiques qui l'entourent, entraînant des diarrhées répétées, des infections parasitaires intestinales, des cas de paludisme et une contamination oro-fécale.

La plupart des interventions WASH sont axées sur l'amélioration de l'assainissement, le traitement de l'eau au point d'utilisation, la création de nouveaux points d'eau sont également réalisés ainsi que l'installation des AEP pour permettre à la communauté de rapprocher l'eau dans leur communauté et le renforcement du lavage des mains chez les mères. Dans de nombreux endroits, les jeunes enfants marchent à quatre pattes et jouent dans des environnements pleins de microbes, y compris d'excréments humains et animaux. Il est donc important d'améliorer l'hygiène de l'environnement des nourrissons et des jeunes enfants en favorisant des espaces de jeux propres et protecteurs. Des séances de sensibilisations et d'information sont tenues par la DHR à travers de programme de changement de comportement.

La création d'environnements durables et la réduction de l'exposition des enfants aux risques environnementaux sont des éléments cruciaux du programme de soins attentifs et sont essentiels pour permettre aux enfants de s'épanouir. Il est amplement attesté que l'exposition à la pollution de l'air intérieur et extérieur peut entraîner de nombreuses maladies chez les enfants et les adultes, notamment des maladies respiratoires aiguës et chroniques (comme la pneumonie et la bronchopneumopathie chronique obstructive), le cancer des poumons, des cardiopathies ischémiques et des accidents vasculaires cérébraux.

Même une exposition de faible intensité aux toxines environnementales peut entraîner une incapacité importante, bien que silencieuse. Les produits toxiques tels que le mercure et le plomb sont nocifs pour tous, mais les jeunes enfants sont les plus vulnérables. Leur système nerveux, encore en développement, absorbe quatre à cinq fois plus de plomb que celui des adultes, et le mercure peut altérer le développement cérébral des enfants à naître. Ces toxines et polluants endommagent le cerveau, avec une incidence sur la cognition, les performances scolaires et le comportement social et affectif, et peuvent entraîner des déficiences intellectuelles. La création d'environnements sains, écologiques et exempts de polluants permettra de garantir l'épanouissement des jeunes enfants et de leur famille. Les interventions appropriées à mettre en œuvre sont présentées dans le tableau III.

Tableau III. Interventions liées à l'environnement favorable, la sureté et la sécurité pour le développement de la petite enfance

	Avant la grossesse	Grossesse à la naissance	0 à 24 mois	36 à 60 mois
Sécurité et la sureté	Enregistrement des naissances			
	Approvisionnement en eau potable et assainissement			
	Bonnes pratiques d'hygiène à la maison, au travail et dans la communauté			
	Environnements sains sans produits chimiques dangereux			
	Espaces familiaux et de jeux sains dans les zones urbaines et rurales			
	Services de protection sociale			

1°. Objectifs spécifiques

- Fournir une identité juridique à tous, notamment l'enregistrement des naissances
- Assurer l'accès universel et équitable à de l'eau potable d'un coût abordable et à des conditions d'assainissement et d'hygiène adéquates
- Réaliser la couverture sanitaire universelle, notamment la protection contre les risques financiers, et l'accès aux services, aux médicaments et aux vaccins essentiels de qualité

2°. Stratégies

Intervention 3.6.1 Promotion de l'Enregistrement des naissances

Afin de soutenir les soins attentifs, Djibouti doit enregistrer la naissance de chaque enfant, puis chaque fait d'état civil ultérieur. Il faudra également renforcer le message selon lequel cet enregistrement est lié à la garantie d'accès aux services et aux droits. L'intervention essentielle consistera à intensifier la sensibilisation des parents sur le bienfondé de l'enregistrement de leur enfant à la naissance.

- Intensifier les activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour l'enregistrement à la naissance ;

Intervention 3.6.2 Extension de la couverture en services d'Etat civil dans les localités et zones éloignées

- Installer et opérationnaliser les unités ou services d'Etat civil dans les localités où celles-ci n'existent pas ;
- En attendant, envisager une concertation entre le ministère de la Santé et l'UNFD par exemple pour intégrer les activités d'enregistrement des naissances dans les équipes mobiles ou les activités des Comités de Gestion Communautaires (CGC) en vue d'atteindre les ménages vivant dans les localités les plus éloignées.

Intervention 3.7.1 Promotion de bonnes conditions d'hygiène/ Extension de la couverture en eau potable dans les milieux moins correctement couverts.

- Renforcer la politique d'approvisionnement en eau potable et assainissement dans toutes les régions et notamment en milieu rural et dans les zones à forte pénurie d'eau ;
- Assurer la mise en œuvre effective des Plans de Développement Régionaux (PDR) qui tracent le cadre du développement des régions ; et du Programme Nationale d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement PNAEPA à l'horizon 2030 qui programme des activités dans les 5 régions de l'intérieur en matière d'eau et d'Assainissement.

Intervention 3.7.2 Protection des familles et enfants de la pauvreté, lier les avantages aux services qui soutiennent les soins attentifs, garantir un continuum de soins/ promouvoir les pratiques sociales essentielles en matière d'hygiène.

La sécurité du revenu de base pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes qui ont eu un accident du travail, les personnes en âge de travailler qui ne peuvent pas gagner un revenu suffisant et les personnes âgées, est essentielle pour atténuer les effets de la pauvreté, en particulier la pauvreté extrême, sur les jeunes enfants.

Identifier les populations vulnérables et leur donner une sécurité sociale de base fournit un soutien essentiel pour faire des investissements de base dans le bien-être des familles, mais améliore aussi la qualité de vie à la maison et facilite l'accès aux services essentiels, en particulier dans les FOSA.

Par ailleurs, les enfants peuvent être exposés au risque de développement sous-optimal en raison de facteurs biologiques, comme le handicap, ou environnementaux, comme la violence dans la communauté ou à la maison. Ces enfants doivent être orientés vers les services communautaires appropriés qui fournissent des soins spécialisés. Ils ont également besoin de moyens pour atteindre ces services, notamment le transport et la traduction.

Pour servir ceux qui ont le plus de besoins, il faut disposer de personnel avec les qualifications nécessaires, de centres qui fournissent des services intégrés, et de systèmes qui combinent ces services en un continuum de soins.

Comme intervention, il s'agit d'assurer la mise en œuvre effective de la SNPS pour qu'elle soit effectivement fondée sur les garanties du socle —développement du capital humain et accès aux services sociaux de base— et complétée par le développement de stratégies de renforcement pour une sortie de la pauvreté. En d'autres termes, les populations cibles comme celles présentées plus-haut dans cette section, devraient continuer de bénéficier chacune d'un paquet intégré de transferts monétaires garantis, de programmes de construction du capital humain, de différents services ou filets (monétaires ou en nature) et de programmes d'inclusion socioéconomique avec l'objectif de les inscrire dans une trajectoire de sortie de la pauvreté. Ces deux garanties devraient être plus consolidées par la mise en place des interventions suivantes :

Pour le développement du capital humain :

→ En termes de santé, il s'agira de :

- Accélérer la mise en place des procédures administratives et financières du Fonds de solidarité santé afin de garantir l'accès aux soins aux personnes les plus nécessiteuses, notamment : les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans ;
- Assurer l'extension de l'offre de soins (fixe ou mobile) aux localités éloignées dépourvues de structures de santé et se rapprocher ainsi de la distance maximale à parcourir par le patient et convenue internationalement ;

- Rapprocher progressivement, en termes de disponibilité des services, d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité, les prestations de soins des régimes contributifs et celles fournies dans le cadre du système de soins gratuits ;
 - Continuer à accorder une priorité à la lutte contre la malnutrition aigüe chez les enfants pendant les 1000 premiers jours ;
 - Accorder les services nécessaires aux femmes enceintes et allaitantes ;
 - Assurer la couverture sanitaire des catégories occupées dans le secteur informel.
- En termes d'éducation, il s'agira de :
- Densifier le réseau des écoles,
 - Poursuivre l'appui à l'adéquation entre la formation et l'emploi et intensifier les efforts pour mettre au profit du développement socio-économique, des cadres qualifiés et de haut niveau.

Pour la garantie d'accès aux services de base

- Intensifier les filets sociaux de sécurité pour répondre aux chocs que pourrait subir la population non couverte par le Socle. Il s'agira, dans ce cadre : de développer les programmes à Haute Intensité de Main d'œuvre (HIMO) pour les inactifs et conditionner les transferts combinés monétaires et alimentaires par la recherche active d'emploi et d'étaler les programmes alimentaires MASS/PAM sur le maximum de mois possible dans l'année et ne plus se contenter des périodes de sécheresse.
- Continuer la mise en place des composantes prévues dans le PDR, qui fourniront des réponses à l'accès à l'eau potable et l'assainissement dans les régions les plus arides, notamment à travers la construction de puits protégés et l'aménagement de chaque territoire régional.

6.4. Renforcement de la gouvernance et du leadership

Les politiques, services et informations des différents secteurs doivent être coordonnés et, le cas échéant, intégrés. Des mécanismes de coordination sont essentiels au niveau national, provincial, municipal et communautaire pour superviser ces efforts. La planification à chaque niveau devrait reposer sur une évaluation de la situation locale, fournissant, entre autres, des informations sur les familles et les enfants à risque, les croyances et pratiques locales qui peuvent être exploitées, les opportunités pour renforcer les services ainsi que les ressources communautaires pouvant être mobilisées.

La création d'environnements favorables pour les soins attentifs nécessite pour les systèmes, la main d'œuvre et l'infrastructure d'un financement durable, équitablement réparti, efficace et flexible. Ce financement peut provenir d'une combinaison de ressources publiques et privées – y compris des contributions de ménages, dans de nombreux contextes. Cette

combinaison associée à divers modèles de prestation de services nécessite une gouvernance de l'allocation des ressources, une coordination et une responsabilisation.

1°. Objectif stratégique. Développer l'expertise technique nationale et le développement des ressources humaines pour la planification, le pilotage, la mise en œuvre et le suivi/évaluation du secteur du développement de la petite enfance.

2°. Stratégies

1. Renforcement du cadre institutionnel et du cadre de concertation intra-sectorielle sur le développement de la petite enfance

- Renforcer les capacités des membres de comité national de pilotage et du comité technique pour s'assurer qu'ils planifient ensemble, mettent en œuvre par secteur et par niveau opérationnel, surveillent et soient ensemble responsables des actions menées ;
- Mettre en place un plan de développement des ressources humaines du MFF (profil, recrutement et contractualisation, (re)déploiement des agents), incluant notamment la poursuite et l'augmentation des admissions et recrutements ;
- Doter le Comité National de l'Enfance (CNE) d'un budget, des moyens logistiques et des ressources humaines nécessaires à sa mission ;
- Doter le MFF et les autres départements directement concernés en ressources financières et en moyens humains et matériels en bureautique, véhicules, matériel informatique pour la mise en œuvre et le suivi la PNDIPED ;

2. Promotion des initiatives innovantes du financement du secteur du développement de la petite enfance

- Former le groupe de travail multisectoriel à l'identification des ressources disponibles au sein du MENFOP/MFF et dans le secteur public/privé pour la mise en œuvre de la politique multisectorielle. Il est important que l'écart entre les ressources internes disponibles et le coût de la mise en œuvre de la politique soit identifié, avant de faire le plaidoyer auprès des donateurs internationaux pour mobiliser des ressources vers le DPE ;
- Etablir un modèle de financement par habitant pour l'EPPE et un système de planification budgétaire plus explicite dans tous les secteurs du DPE. L'absence d'un mécanisme de financement explicite et transparent peut entraîner des lacunes dans les services et une utilisation inefficace des ressources limitées. En particulier, le financement par habitant dans l'éducation préscolaire peut améliorer l'efficacité, l'équité et la transparence ;
- Elaboration/Actualisation et vulgarisation des normes, directives, ordinogrammes, protocoles, et modules de formation sur les composantes des soins attentifs ;

- Continuer à vulgariser le DPE même auprès de prestataires de santé qui ont un rôle non négligeable dans l’offre des interventions intégrées au DPE ;

3. Renforcement des capacités des ressources humaines sur le développement de la petite enfance

- Formation et le recyclage périodique des cadres du Ministère en charge de la protection de l’enfant, et des autres ministères concernés, ainsi que de la société civile, à l’utilisation des données ;
- Elaborer des plans multisectoriels d’actions opérationnels sur une base annuelle pour accompagner le plan stratégique sur le DPE ;
- Budgétiser les moniteurs des crèches et des garderies et assurer le paiement de leurs salaires comme cela est le cas pour les enseignants du préscolaire
- Mettre à jour des normes et directives nationales des prestations, et les gammes de services afin de refléter les cinq composantes des soins attentifs et des adaptations possibles à faire dans le cas des situations humanitaires où l’offre des soins attentifs doit être intégrée dans les politiques, programmes et services humanitaires ;
- Mettre à jour les référentiels de compétences et renforcer les capacités du personnel. Avoir recours à la formation avant l’emploi et en cours d’emploi et regrouper des professionnels de différents secteurs ;
- Assurer le mentorat et la supervision du personnel formé, créer des centres d’excellence au niveau national, et assurer des services de qualité ;
- Création d’une filière de formation d’assistantes sociales et d’animateurs au sein de l’Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS).

6.5. Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE

1°. Objectifs spécifiques

- Mettre en place un système de suivi et évaluation des interventions du secteur du développement de la petite enfance ;
- Produire des évidences locales sur le secteur du développement de la petite enfance à Djibouti.

2°. Stratégies

1. Mise en place du système de suivi et évaluation

La quantification et la responsabilisation seront essentielles pour une mise en œuvre efficace de la composante Développement de la petite enfance. De nombreux indicateurs importants relatifs aux soins attentifs – par exemple pour la santé et la nutrition – font déjà partie des systèmes d’information sanitaire. Mais pour les autres composantes des soins

attentifs, en particulier les soins répondant aux besoins, les opportunités pour l'apprentissage précoce et la sécurité et la sûreté, de nouveaux indicateurs doivent être intégrés dans le système national de collecte d'informations.

Il faudra dès lors convenir et sélectionner des indicateurs pertinents pour compléter les indicateurs génériques recommandés par les ODD et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Un suivi conjoint entre les secteurs permettra de donner une idée claire des progrès réalisés et de fournir des informations pour permettre une prise de décision intersectorielle.

Il est important de planifier les systèmes de collecte de données ainsi que l'utilisation et la communication de ces données. Les données ventilées – notamment par sexe, âge, niveau de revenu, richesse, race ou origine ethnique, handicap et zone géographique – sont nécessaires pour fournir des informations sur les inégalités et permettre le ciblage des populations à risque.

La collecte régulière des données ayant un coût en termes de personnel et autres ressources, chaque point de collecte de données devrait être lié à un mécanisme de prise de décision spécifique, et des fonds suffisants devraient être alloués pour permettre des actions de suivi.

Les fiches d'évaluation et les tableaux de bord sont des instruments utiles pour présenter les données aux responsables de l'élaboration des politiques, au personnel des programmes et aux fournisseurs de services, ainsi qu'aux médias, à la société civile et aux parlementaires. La présentation des données aux familles et communautés constitue également une partie essentielle de tout mécanisme de responsabilisation, améliorant la transparence et l'action conjointe.

- Organisation des évaluations périodiques du plan d'actions du DPE ;
- Elaborer les indicateurs pour suivre les progrès du DPE conformément au plan national et aux cibles ODD pertinentes ;
- Mettre en place un système de collecte systématique d'informations pour inclure les indicateurs, permettant de ventiler les données ;
- Mettre en place une base des données centralisées dédiées au DPE ;
- Renforcer les capacités des agents de première ligne du système des soins de santé, afin de leur permettre de collecter des données de qualité ;
- Disséminer, dans un format facile à utiliser pour toutes les parties prenantes, y compris les familles et les communautés ;
- Renforcer le partenariat entre le MENFOP et le MFF pour la mise en œuvre du plan national du développement de la petite enfance ;
- Identifier et assurer le suivi des indicateurs du DPE, et envisager des options pour intégrer des mesures de suivi du programme dans le processus de collecte régulière de données pour les statistiques annuelles ;

- Valider un indice du DPE sur base des expériences existantes et intégrer le module du DPE et du bien-être de la mère et de l'enfant dans les enquêtes nationales afin de mesurer les progrès accomplis d'un point de vue moteur, cognitif et affectif.
- Intégrer le module du DPE et du bien-être de la mère dans les enquêtes nationales afin de mesurer les progrès accomplis d'un point de vue moteur, cognitif et affectif.
- Soutenir l'évaluation régulière du statut de développement des enfants et des pratiques de soins à domicile, ainsi que des facteurs de risque et des facteurs protecteurs pour les soins attentifs ;
- Intégrer le module du DPE et du bien-être de la mère dans les enquêtes nationales afin de mesurer les progrès accomplis d'un point de vue moteur, cognitif et affectif ;
- Utiliser les données pour prendre des décisions quant à la programmation pour les soins attentifs et garantir la responsabilisation, avec notamment un examen annuel des progrès, portant sur tous les secteurs.

2. Organisation de la recherche sur le développement de la petite enfance pour produire les évidences locales sur la mise en œuvre des approches des soins attentifs et le développement du secteur.

La recherche est nécessaire pour développer de meilleures méthodes et instruments de mesure pour le suivi du développement de l'enfant dans une population donnée. Pour parvenir au bien-être global des jeunes enfants, il faut obtenir davantage de données scientifiques. Par exemple, la recherche dans les contextes locaux est nécessaire sur les points suivants : i) les meilleures approches pour évaluer les besoins globaux des enfants et des familles ; ii) les composantes effectives des interventions à multiples facettes pour différentes communautés ; et iii) les approches efficaces pour l'intensification et la mise en œuvre dans le contexte local.

Les interventions étant souvent conçues dans des études contrôlées, Djibouti devrait les adapter à son contexte local. La recherche sur la mise en œuvre porte sur la façon de procéder. Elle peut également servir de base pour les modèles utilisés pour intensifier les interventions.

- Encourager la collaboration entre les responsables de la mise en œuvre des programmes, les chercheurs et les scientifiques, afin de développer une base de données locale sur les soins attentifs ;
- Faire preuve de leadership en définissant des priorités de recherche locales, et mettre à disposition des ressources pour la recherche sur la mise en œuvre ;
- Utiliser les données locales et mondiales pour créer des innovations qui peuvent être appliquées plus largement ;
- Soutenir une plateforme nationale pour l'apprentissage et la recherche et former des communautés de pratique pour permettre l'apprentissage par les pairs ;

- Documenter et publier les résultats de recherche et les enseignements tirés et les rendre disponibles dans le domaine public au niveau international ;
- Mettre à profit le Centre de Formation des Enseignants de l'Enseignement Fondamental (CFEEF) comme laboratoire de recherche, pouvant s'intéresser à des recherches-actions autour du DPE ;
- Mettre en œuvre un projet pilote de faisabilité du modèle du DIPE dans les régions en vue de tirer les leçons pour l'ensemble du pays et longitudinale pour étudier l'impact sur une approche intégrée dans le DPE des enfants djiboutiens.

Chapitre VII.

Protection de l'Enfant eu égard à ses droits

En conformité avec les objectifs généraux poursuivis par la PNE, la composante « Protection de l'enfant » est structurée en trois domaines stratégiques :

- La prévention primaire et secondaire de toutes formes de violence, qu'elles soient familiales, communautaires ou institutionnelles, ainsi que de tout comportement à risque pratiqué par les enfants et adolescents ;
- Le renforcement de la détection et du signalement de tout cas de violence touchant un enfant ainsi que l'amélioration de sa prise en charge holistique ;
- Le renforcement des capacités des acteurs à jouer le rôle qui leur est attribué par la politique et le renforcement de la collaboration multisectorielle à tous les niveaux.

7.1. Prévention des violences familiales, communautaires ou institutionnelles et des comportements à risque des enfants

Le domaine d'action 1 regroupe toutes les lignes de travail qui partagent l'objectif de prévenir, avant qu'elles ne se réalisent, toutes les formes de violences qui touchent les enfants ainsi que toutes circonstances gravement nuisibles à leur santé et développement et à leur sécurité physique et émotionnelle. Les interventions seront menées au niveau de la population générale (prévention primaire) et au près des groupes à risque (prévention secondaire).

Enjeux

Force est de constater que certains comportements individuels au niveau familial et certaines pratiques communautaires admises constituent des atteintes au droit de l'enfant à jouir de son intégrité physique, psychologique et sociale. L'absence de débat public sur les violences faites aux enfants démontre que le problème est largement ignoré. Cela constitue un frein à la modernisation de la société djiboutienne. Impliquer les citoyens dans les questions de société et fomentier le débat public sur les situations qui posent problèmes à l'Etat de droit dans le pays est une nécessité incontournable pour produire des changements positifs pour l'ensemble de la population.

Niveau familial

Le comportement des parents et autres responsables dans le cadre de l'éducation familiale renferme des risques pour le développement optimal de l'enfant. En effet, on observe dans certains cas un recours excessif à des punitions qui risquent de nuire au développement physique et psychologique de l'enfant ainsi qu'à son intégration sociale. Les châtiments corporels sont largement pratiqués et tolérés et parfois défendus comme le meilleur moyen d'apprendre aux enfants à se tenir et à obéir. Une grande partie de la violence est verbale, sous la forme d'insultes et critiques. Les parents et autres responsables méconnaissent le fait que les châtiments corporels et la violence verbale sont préjudiciables à l'enfant et qu'une discipline positive est possible.

Comportements à risque

Toujours au niveau des comportements individuels, malgré l'absence de données, on constate que certains enfants et adolescents pratiquent des comportements à risque, comme la consommation de substances (tabac, alcool, drogues, khat, médicaments), les relations sexuelles précoces, non protégées et ou en échange de rémunération ; les relations agressives entre pairs, luttes entre bandes et quartiers ; le vandalisme de groupe, casse de voiture, de bâtiments et autres actes qui constituent des infractions. Bien que cela puisse être en lien dans certains cas avec l'expression d'une recherche d'affirmation personnelle, l'enfant peut pratiquer ces comportements dangereux comme conséquence de la précarité familiale, un faible encadrement éducatif, la déscolarisation, l'oisiveté forcée, l'attrait pour des modes de comportement et de consommation « modernes », ainsi que des situations de maltraitance. Ces comportements à risque renferment des risques importants pour la santé (problèmes de croissance, vulnérabilité aux IST/VIH, dépendances), le développement et l'intégration socioéconomique future de ces adolescents ainsi que des problèmes pour la société. La prévention de ces comportements s'avère une priorité.

Une prévention efficace requiert une connaissance précise et une réponse ciblée aux facteurs de risque qui prédisent la production de la violence dans le milieu familial. Entre autres facteurs, la précarité socioéconomique de la famille est reconnue comme un facteur qui exacerbe le stress parental qui est à son tour source possible de maltraitance ou exploitation de l'enfant. Dans certains cas, les enfants des ménages pauvres sont mis à contribution pour hausser les revenus du ménage, à travers de formes de travail précoce et non adapté à l'âge, la mendicité ou l'exploitation sexuelle. Ces activités comportent des risques très importants pour leur santé, leur développement et leur intégration sociale et, à terme, constituent des facteurs de transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

Niveau communautaire

Au niveau communautaire, on constate l'existence de perceptions et pratiques collectives nuisibles à l'égalité entre filles et garçons et au développement de l'enfant. Les filles occupent une position défavorable par rapport aux garçons résultant des normes de la société patriarcale, restent exposées aux pesanteurs sociales, aux violences fondées sur le genre et sont moins éduquées. La situation la plus préoccupante concerne la persistance de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF)⁶³. Malgré les efforts au plan législatif et les interventions menées depuis longue date dans les communautés, les MGF continuent à être perçues comme une pratique ancestrale inévitable rattachée à l'Islam et comme une condition indispensable pour garantir le mariage aux filles.

Pour contrecarrer ces pratiques qui sont sanctionnées par la législation en vigueur dans l'Etat de Djibouti, il est nécessaire de renforcer les interventions au niveau communautaire pour promouvoir des changements collectifs.

⁶³ Compte tenu de l'ampleur du phénomène des MGF, le Gouvernement de Djibouti s'est doté en 2017 d'une Stratégie d'accélération de l'abandon des MGF, qui actualise le document de stratégie précédent. Il complète également la PNE.

Niveau institutionnel

Des efforts seront également faits pour promouvoir la bienveillance des enfants dans les services et éviter toute forme de violence institutionnelle.

Ceci concerne en premier lieu les écoles, où, malgré les efforts réalisés dans ce sens, le châtiement corporel reste une pratique admise. Ceci concerne également tous les services publics que les enfants fréquentent seuls ou avec leurs parents, comme les services de santé ou les services de sécurité, où certaines formes de maltraitance, discrimination et violence institutionnelle peuvent se produire. Une politique et des règlements clairs et explicites de prévention des violences institutionnelles sont nécessaires, et ceci tout particulièrement pour les centres d'accueil et les centres de privation de liberté, où les enfants séjournent pour des périodes plus ou moins longues.

1°. Objectif spécifique– Prévenir toutes formes de violence, qu'elles soient familiales, communautaires ou institutionnelles, ainsi que de tout comportement à risque pratiqué par les enfants et adolescents.

2°. Stratégies

Intervention 4.8.1 Renforcement de la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires.

1. Communication sociale de masse

Le dialogue social à travers les médias et les réseaux sociaux s'avère une des stratégies classiques et incontournables pour alimenter le débat public sur la protection de l'enfant. Il s'agit de véhiculer des messages de protection pour contribuer à changer les perceptions et pratiques familiales et communautaires dommageables.

Responsable : MFF, en collaboration avec le ministère de la Communication et les médias.

2. Communication de proximité

Les programmes de communication de proximité sont efficaces et appréciés de la part des populations, à condition de garantir la pertinence des approches, l'interactivité et d'être inscrits dans la durée. Les thèmes des violences faites aux enfants, les risques de la séparation familiale et les formes d'exploitation gagnent à être traités en partageant des informations utiles sur le développement optimal de l'enfant, en mettant l'accent sur les conséquences de certaines circonstances ou de certains comportements des adultes qui sont nuisibles pour le développement intégral de l'enfant, et en expliquant et promouvant les comportements positifs à renforcer ou à adopter. Le dialogue communautaire gagne à s'appuyer sur les structures associatives au niveau local et à inclure les personnalités locales et les acteurs potentiels de changement.

Responsable : MFF, en collaboration avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires.

3. Renforcement des compétences parentales de protection

Des programmes de renforcement des compétences des parents et autres responsables pour l'enfant en matière d'éducation familiale, discipline positive, protection et prévention des comportements à risque seront organisés. Ils intégreront des programmes déjà en place en

s'appuyant sur les formes organisations locales existantes, comme les structures dédiées à la petite enfance, les Comités de gestion communautaire, les Centres de développement communautaire, les Comités de gestion des écoles ou encore les guichets sociaux.

Responsable : MFF, en collaboration avec les organisations communautaires.

4. Renforcement des capacités des acteurs du changement

Il s'agit d'actions de sensibilisation et de formation pour renforcer les capacités des communicateurs, des animateurs communautaires et autres agents du changement sur la discipline positive, la prévention de la séparation familiale, les risques liés au travail précoce et inadapté, pour une meilleure efficacité des actions de communication sociale.

Responsable : MFF, en collaboration avec les médias et les organisations communautaires.

5. Soutien aux familles à risque

Lorsque les conditions socioéconomiques de la famille sont très précaires, l'attribution éventuelle d'allocations financières pourrait s'avérer indispensable pour garantir la sécurité de l'enfant. Il s'agira dans ce cas d'identifier les ménages à risque et de leur faciliter l'accès à des programmes de protection sociale, sous forme d'allocations ou d'AGR, pour que la famille puisse subvenir aux besoins fondamentaux des enfants en termes de logement, nourriture, habillement, scolarisation, dépenses de santé, sans les exposer à de risques de développement en le faisant travailler, mendier ou se prostituer.

La réponse aux risques de type socioéconomique relève du domaine d'action de la protection sociale, dans son volet de protection des groupes ne disposant pas de revenus suffisants pour faire face à la satisfaction des besoins essentiels. Ils seront pris en charge par le dispositif national de protection sociale.

Responsable : MASS, en collaboration avec le MFF et les organisations de la société civile et communautaires.

6. Renforcement du dispositif de sports et loisirs

Les Centres de développement communautaire (CDC), 13 dans la capitale, et 12 dans les régions, mettent en place des activités de soutien scolaire, initiation professionnelle, sport et loisirs, encadrement individuel qui contribuent à la prévention des comportements à risque des enfants. Il s'agit principalement de les renforcer et d'améliorer la qualité de l'offre de services compte tenu de leur potentiel préventif.

Responsable : MJC, en collaboration avec le MFF et les associations de jeunes.

7. Programmes de formation des adolescents sur les compétences de vie courante

Toujours au sein des CDC et en faisant appel aux organisations communautaires, il s'agit de renforcer les programmes sur les aptitudes psychosociales et interpersonnelles des jeunes à avoir des comportements responsables, à prendre des décisions raisonnées, à communiquer efficacement et à acquérir des mécanismes d'adaptation et d'autogestion contribuant à une vie productive et en bonne santé.

Responsable : MJC, en collaboration avec le MFF et les associations de jeunes.

8. Renforcement du dispositif de formation professionnelle, initiation, apprentissage et insertion dans le monde du travail

Les appuis à l'insertion socioprofessionnelle des adolescents, soit à l'issue de l'éducation de base ou professionnelle, soit pour les adolescents déscolarisés seront renforcés, de manière à assurer que les jeunes soient occupés de manière positive et acquièrent des compétences techniques/professionnelles ainsi que des capacités liées à la recherche de l'emploi qui leur permettront de s'intégrer dans le tissu productif du pays.

Responsable : MENFOP, en collaboration avec le Ministère du travail, la Chambre de Commerce, le MASS et la société civile.

9. Renforcement de la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires

La mise à disposition des enfants et adolescents d'informations essentielles, accessibles et utiles, liées à l'autoprotection et aux conséquences de certains comportements à risque seront renforcés dans le cadre de l'éducation formelle, à travers l'intégration dans les curricula scolaires de modules spécifiques portant sur ces thèmes. Les enseignants seront formés à l'utilisation de ces modules.

Le MENFOP est en pleine révision de ses curricula, les compétences de vie constituent un élément prépondérant de cette révision. La vulgarisation de cette politique assez rapidement permettra de mettre l'accent sur ce point dans les curricula en cours de révision.

Responsable : MENFOP, en collaboration avec le MFF.

7.2. Identification, accès aux services de protection et prise en charge holistique

Le domaine d'action 2 regroupe toutes les lignes de travail qui partagent l'objectif d'augmenter les capacités nationales de détection et signalement, d'accès aux services compétents et de prise en charge holistique et de qualité des cas d'enfants à risque ou victimes de maltraitances.

Enjeux

Identification

Les enfants affectés par les maltraitances ont le droit de recevoir une assistance et une protection de la part de l'Etat à travers les services compétents. Pour que cela soit possible, il est indispensable de s'assurer que ces enfants soient identifiés à travers le renforcement des dispositifs de détection, notification et signalement⁶⁴.

Actuellement la plupart des cas sont identifiés au niveau de la police nationale, soit dans le cadre d'un dépôt de plainte, soit comme résultat des opérations de recueil des enfants dans les rues, ou dans le cadre des services ciblant les femmes de l'UNFD. Il s'agit de diversifier,

⁶⁴ La détection est le fait de découvrir, d'identifier, de repérer un cas, par observation directe ou reçue. La notification est le fait de porter le cas à la connaissance des services sociaux de protection. Le signalement est fait de porter l'information auprès de l'autorité judiciaire.

multiplier et renforcer les dispositifs de détection et signalement pour assurer qu'un plus grand nombre d'enfants et familles puissent bénéficier d'un accompagnement spécialisé.

En effet, selon le Code de protection juridique des mineurs, « Toute personne, y compris celle qui est tenue au secret professionnel, est soumise au devoir de signaler aux autorités compétentes de tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou morale » (art. 26).

Si la détection et le signalement incombent à tout citoyen, sont particulièrement concernés, ceux qui sont au contact direct avec les enfants dans les structures de prestation de services sociaux de base, notamment les personnels qui travaillent dans les crèches et garderies, les écoles, les hôpitaux, les centres de santé, les centres de sports et loisirs, les structures d'apprentissage ou de formation professionnelle et autres, mais aussi les autorités communautaires. Les compétences de protection de ces personnels comprennent :

- Connaître les formes de violences à l'égard des enfants et en connaître les conséquences au plan physique et émotionnel ;
- Communiquer avec les enfants et les parents sur la manière de les prévenir ;
- Reconnaître les signes de la détresse physique et émotionnelle de l'enfant et savoir conforter l'enfant ;
- Prendre les mesures nécessaires et informer qui de devoir, en suivant la procédure convenue ;
- Orienter les enfants et les familles vers les services compétents selon la situation spécifique.

Prise en charge communautaire, administrative ou judiciaire

Tous les enfants ont le droit d'être protégés. Cette mission incombe d'abord et naturellement aux parents. Le terme « prise en charge » ou « gestion de cas » s'applique aux interventions en lien avec les difficultés des parents à assurer cette fonction essentielle, pour plusieurs raisons. Une forme de soutien aux parents se rend nécessaire du fait de leurs comportements et/ou capacités insuffisantes.

Lorsque les parents ne s'acquittent pas convenablement de leurs responsabilités vis-à-vis des enfants, le premier à intervenir est la communauté. Des membres de la communauté interviennent pour orienter les parents et assurer qu'ils changent de comportement. Il peut s'agir également de la prise en charge d'un enfant resté sans supervision (orphelin, départ du parent, etc.)

Lorsque la communauté « gère » localement le cas d'un enfant on parle de « prise en charge communautaire ». La prise en charge communautaire est la plus propice à l'épanouissement de l'enfant, qui ne subit pas d'intervention de personnes inconnues. Cette prise en charge communautaire est adaptée aux cas de protection que la communauté peut effectivement traiter et résoudre dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Lorsque la gravité de la situation excède les capacités d'intervention de la communauté, l'enfant se trouve en situation de risque relativement à sa sécurité physique et psychologique, souffre ou a souffert d'une forme de violence, abus ou exploitation que la communauté ne peut prendre en charge toute seule, les **services sociaux spécialisés** interviennent auprès

de la famille. Cette forme de prise en charge à la charge des assistants sociaux est la prise en charge de type « social » et implique l'adhésion de la famille aux propositions de l'intervenant.

Dans certains cas, il sera nécessaire de prendre une mesure de **protection judiciaire** au bénéfice de l'enfant, comme un accompagnement imposé par le Juge des enfants ou encore le retrait de son lieu de vie et le placement. Dans ce cas, l'enfant est déclaré juridiquement en danger et les décisions relatives au cas seront prises au niveau de l'autorité judiciaire, par le Juge des enfants, qui bénéficiera de l'appui des services sociaux tant au niveau de l'éclairage sur le cas qu'au niveau de la mise en exécution de ses décisions.

Protection de remplacement

A Djibouti un certain nombre d'enfants ne bénéficient pas de protection parentale, se trouvant provisoirement ou définitivement privés de famille.

Les motifs qui entraînent la séparation de l'enfant de ses parents sont multiples. Il peut s'agir d'enfants en situation de mouvement pour le travail, de victimes de traite, d'enfants réfugiés qui vivent dans les camps ou en dehors, avec ou sans statut, de migrants en transit, ou encore de déplacés internes. L'instabilité politique et la pauvreté dans les pays entourant Djibouti, ainsi que l'insécurité transfrontalière et la migration irrégulière peuvent contribuer à alimenter ce phénomène. Un grand nombre de ces enfants cherchent seuls dans les rues des moyens de subsistance, mais la grande majorité auraient des familles sur place.

Une autre catégorie d'enfants privés de famille sont ceux qui ont été victimes d'abandon anonyme en bas âge, c'est-à-dire ont été laissés en lieu public par un parent décidé à s'en débarrasser. Ils sont actuellement recueillis dans la pouponnière Daryel.

Pour tous ces enfants, il est fondamental de renforcer le système national de protection de remplacement, qui inclut toutes les modalités de placement de l'enfant au-dehors de sa famille d'origine.

1°. Objectif spécifique –Renforcer la détection et le signalement de tout cas de violence touchant un enfant ainsi que l'amélioration de sa prise en charge holistique.

2°. Stratégies

Intervention 4.9.1 Identification, accès aux services de protection et prise en charge holistique.

1. Renforcement des capacités de signalement : Numéro vert

Il s'agit de mettre en place un numéro vert gratuit et facile d'accès pour que les particuliers puissent signaler les cas dont ils viennent à connaissance, en conditions d'anonymat s'ils le souhaitent. Ce dispositif est aussi important pour que les enfants eux-mêmes puissent disposer d'un recours en cas de difficulté majeure. Le numéro vert sera largement divulgué par les médias et en s'appuyant sur les réseaux sociaux. Il sera directement relié aux services sociaux ainsi qu'aux services de sécurité pour garantir le tri des informations et une éventuelle intervention d'urgence en cas de besoin.

Responsable : MFF, en collaboration avec les forces de sécurité

2. Renforcement du contrôle des lieux à risque pour les enfants

Il s'agit d'éviter que les enfants fréquentent des lieux qui constituent des risques pour leur santé et développement, où ils sont exposés à des formes d'exploitation ou de maltraitance (marchés, gares routières, intersections) ou encore où ils pourraient encourir dans des situations dangereuses pour leur moralité. Pour cela, les forces de l'ordre dresseront une carte des lieux à risque pour les enfants en collaboration avec les services sociaux et les communautés et amélioreront le dispositif de contrôle.

Responsable : Forces de sécurité, en collaboration avec le MFF

3. Formation des personnels au contact avec les enfants

Tous les personnels qui travaillent au contact avec les enfants, comme les éducateurs, enseignants, personnel sanitaire, éducateurs, moniteurs de sports et autres, auront des compétences de détection, orientation, signalement et référencement des cas de risque ou violence avérée.

Il s'agit de renforcer les capacités de ces acteurs à travers l'élaboration de supports (modules, brochures) et l'organisation des séances de formation ciblées visant le développement des compétences décrites ci-dessus. Ces actions permettront entre autres de renforcer la collaboration entre les acteurs de la protection.

Responsable : MFF, en collaboration avec le MENFOP, le MS, le MASS, le ministère de la Jeunesse et de la Culture (MJC) et les associations de la société civile.

4. Appui à la prise en charge communautaire

Etant donné que la prise en charge communautaire est la plus favorable aux enfants, et la moins onéreuse pour l'Etat, il s'agit d'appuyer les communautés pour qu'elles renforcent leurs capacités dans ce sens. Dans les actions en collaboration avec les CGC et autres organisations communautaires, on cherchera à renforcer les mécanismes traditionnels de prise en charge communautaire, en apportant les appuis nécessaires pour les cas qui peuvent être gérés localement, sans intervention des services sociaux ou de la justice. Cela consiste à connaître, valoriser et à renforcer les mécanismes traditionnels, en apportant des connaissances et compétences utiles et appropriées, mettant au centre l'intérêt supérieur de l'enfant. Il s'agit aussi de renforcer les structures organisationnelles de la communauté.

Responsable : MFF, en collaboration avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires.

5. Création de services sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance

L'Etat a l'obligation d'assurer la protection des enfants en situation de risque ou danger avéré. Il s'agit de créer ces services étatiques de protection de l'enfance et de les charger en priorité de la gestion des cas individuels. Ces services fonctionneront en collaboration avec l'autorité judiciaire, le cas échéant, et avec tous les autres acteurs qui interviennent avec les prestations nécessaires au cas spécifique.

Suite à l'identification du cas, l'assistant social veillera à répondre aux besoins immédiats de l'enfant et, après avoir collectés les informations nécessaires et étudié le cas, mettra en place des actions de soutien. Il s'agit de prestations telles que l'appui psychosocial, le conseil à la famille, ou la réunification familiale. Pour les prestations de santé, éducation, état civil,

insertion scolaire ou professionnelle ou encore l'aide sociale, l'assistant social réfèrera les cas aux services compétents et fera le suivi du référencement.

Si la situation l'exige, notamment lorsque l'enfant a besoin d'un placement ou a subi une infraction pénale, n'a pas de parents ou responsable, ou encore lorsque les parents ne peuvent ou ne veulent s'en occuper ou changer de comportement, le service social de protection de l'enfant est tenu à faire un signalement au Juge des enfants.

Quand il existe des indices que l'enfant a subi une violence, les assistants sociaux sont tenus de faire un signalement au Procureur.

Au cas où l'enfant victime d'une infraction pénale est auditionné par la Police ou l'autorité judiciaire, les assistants sociaux assistent à l'audition et apportent à l'enfant le soutien nécessaire.

Responsable : MFF, en collaboration avec le ministère de la Justice et le Tribunal des enfants.

6. Renforcement de la protection judiciaire

Le Juge des enfants, dans le volet protection, est responsable pour la « protection de l'enfant en situations difficiles ou en danger ». Cette mission lui est confiée par la Loi portant Code de protection juridique des mineurs. La Loi spécifie dans son article 8 les situations difficiles ou de danger et donne les définitions juridiques de l'enfant sans soutien familial (art.9), la négligence (art.10), le vagabondage (art. 11), enfant de la rue (art.12), manquement notoire à l'éducation et à la protection (art.13), mauvais traitement (art.14), exploitation sexuelle (art.15) et exploitation économique (art.17).

La Loi stipule les mesures que le Juge des enfants peut prendre pour la protection, l'assistance, l'éducation et la surveillance de l'enfant. Ces mesures sont notamment le maintien de l'enfant dans son milieu de résidence avec aide et conseil à la famille, le retrait de l'enfant de son milieu et l'attribution de sa garde à celui des père ou mère qui ne l'avait pas auparavant, à un membre de la famille ou personne digne de confiance, à un établissement sanitaire ou d'éducation agréé ou à un service de l'administration chargée de la protection de l'enfant.

En principe, le Juge des enfants est saisi d'un cas d'enfant en danger lorsque les travailleurs sociaux des services de protection administratifs considèrent que leur intervention serait insuffisante ou, mise en place, n'a pas donné d'effets positifs pour l'enfant. Le Juge est ainsi un recours pour les assistants sociaux ayant déjà initié la prise en charge d'un cas quand ils constatent que les parents ne veulent ou ne peuvent pas collaborer ou que leur action n'est pas à même d'assurer la sécurité de l'enfant (par exemple, ils n'arrivent pas à faire changer de comportement des parents maltraitants).

Dans son travail, le Juge des enfants s'appuiera sur les assistants sociaux du Service de protection pour qu'ils exécutent des tâches sur décision judiciaire, comme la collecte d'information sur enquête sociale, l'accompagnement de la famille, l'assistance éducative à la famille, le suivi du placement provisoire d'enfants en situation de danger dans des familles d'accueil ou des centres d'accueil.

Responsable : MJ, en collaboration avec le Tribunal des enfants et le MFF.

7. Renforcement des liens de collaboration entre les intervenants dans la prise en charge dans le cadre de la Plateforme de prise en charge

La prise en charge de protection est multisectorielle, c'est-à-dire elle consiste dans la prestation de services à l'enfant et à la famille de la part d'intervenants appartenant à plusieurs secteurs : la santé, les services sociaux, le système judiciaire, les forces de sécurité, les centres d'accueil, les services scolaires et de la formation professionnelle, l'état civil, la protection sociale. Chaque acteur a un rôle spécifique à jouer, selon son mandat, selon le point d'entrée dans le système de prise en charge et selon les besoins spécifiques de l'enfant et de la famille.

Les intervenants des divers secteurs établiront de manière concertée le paquet d'interventions de type médical, juridique, psychosocial et de protection sociale que chaque structure s'engage à fournir en appui à l'enfant et à la famille.

Pour assurer la fluidité et la continuité de la prise en charge, il est nécessaire de renforcer au niveau local le cadre de collaboration, notamment la Plateforme de prise en charge. Il est préconisé de fixer des procédures et de développer des outils de gestion des cas et de collecte d'information partagés. Il est fondamental que chaque intervenant connaisse le mandat des autres, communique efficacement et assume son rôle dans une optique de complémentarité avec les autres.

La réalisation de rencontres périodiques au niveau opérationnel entre ces acteurs facilitera le fonctionnement de la chaîne de prise en charge.

Responsable : MFF, en collaboration avec le MS, le MJ, les forces de sécurité, le MENFOP, le MASS et les organisations de la société civile.

8. Prévention de la séparation familiale

Des actions spécifiques de prévention de la séparation familiale consisteront dans la communication sociale ciblée, l'identification précoce et le suivi des familles à risque de séparation et des mères à risque d'abandon, ainsi que les actions de soutien psychosocial et financier aux parents en situation de stress.

Responsable : MFF, en collaboration avec le MASS et les organisations de la société civile.

9. Renforcement du dispositif de réunification familiale, y compris transfrontalier

Dans le système de protection de l'enfance, le dispositif de réunification familiale est essentiel pour assurer la protection des enfants séparés. La réunification familiale désigne une intervention qui vise à assurer la réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine (parents ou famille élargie) en conditions de bien-être et sécurité après une période de séparation plus ou moins longue.

Il s'agit d'un dispositif complexe, qui doit être bien organisé. En effet, des nombreuses difficultés peuvent se présenter pour identifier les parents des enfants séparés et pour organiser du point de vue logistique les retours, surtout quand ils sont transfrontaliers. Qui plus est, des nombreuses questions de droit se posent quand ni l'enfant ni la famille ne sont pas disposés à la réunification familiale.

Quel qu'il soit le contexte, le retour de l'enfant sera soigneusement planifié et préparé auprès des intéressés. L'enfant est entendu et préparé. Les parents ou autres personnes de la famille sont identifiés et localisés dans le pays de séjour, de provenance ou un pays tiers, sont informés, conseillés, éventuellement aidés matériellement, pour qu'ils reçoivent l'enfant dans des conditions adaptées et dans la durée. Le consentement de l'enfant et des parents

est une condition indispensable à une réunification réussie et durable. Les conditions de sécurité pour l'enfant et l'existence d'un environnement protecteur dans la communauté où se trouve la famille seront vérifiées. Si ces conditions manquent, la réintégration est impraticable. Dans ce cas, seront envisagées et analysées des alternatives possibles au retour en famille.

Pour les enfants qui viennent des pays limitrophes, il s'agit de renforcer le dispositif de collaboration transfrontalière entre les autorités compétentes des deux pays impliqués. Le dispositif sera complété par des mesures aptes à assurer que les motifs qui ont provoqué le départ de l'enfant soient résolus de manière durable.

Responsable : ministère de l'Intérieur en collaboration avec le MJ, le MFF, le MASS, l'UNFD et les agences internationales spécialisées dans la réunification familiale transfrontalière.

10. Mise en place d'un programme de famille d'accueil

Des familles d'accueil formelles seront organisées pour recevoir temporairement l'enfant privé de famille, en attendant que les conditions pour son retour dans la famille d'origine ou pour l'adoption soient réunies. Il s'agira d'établir les critères de sélection des familles d'accueil, de les identifier, de les former et de mettre en place un système d'accompagnement et appui de la part des services sociaux, en lien avec l'autorité judiciaire. Des standards pour le placement provisoire seront également fixés.

Le placement temporaire de l'enfant dans un centre d'accueil sera envisagé comme solution de dernier recours lorsqu'une solution de type familial n'est pas disponible ou quand il correspond à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Tous les efforts seront mis en place pour éviter le placement dans les centres d'accueil des enfants à bas âge. Dans tous les cas de séparation et si c'est opportun, on cherchera à maintenir les liens entre les enfants et leurs parents et à procéder à la réunification familiale dès que possible.

Responsable : MFF, en collaboration avec le MJ, le Tribunal des enfants et les organisations de la société civile.

11. Renforcement de l'adoption nationale

Les enfants victimes d'abandon anonyme sont déclarés adoptables dès lors que la recherche des parents n'a pas donné des résultats dans les délais fixés dans la législation. Pour assurer une vie familiale à ces enfants, seront mises en place des actions visant à renforcer l'adoption nationale (simple ou plénière). Ceci se fera à travers des actions de communication sociale en faveur de l'adoption, d'identification des familles candidates, de l'établissement des listes de priorité et d'accélération des procédures.

Responsable : ministère de la Justice, en collaboration avec le MJ, le MFF, le MAM et la pouponnière Daryel.

7.3. Renforcement des capacités du système national de protection de l'Enfant

Le domaine d'action 3 regroupe toutes les lignes de travail qui partagent l'objectif de renforcer les capacités du système de protection, en particulier les capacités de gestion du

système et les capacités des structures et les services de protection au point de vue des compétences de personnels et de l'organisation du travail.

Enjeux

Outre que sur l'engagement des acteurs, l'efficacité du système national de protection de l'enfant repose, en grande partie, sur les capacités professionnelles et relationnelles des personnels aux différents niveaux du système, qui influent sur la pertinence, qualité et efficacité des interventions mises en place. Dès lors, pour renforcer le système, il s'avère indispensable d'investir sur deux conditions essentielles de son fonctionnement, les compétences spécialisées de protection des acteurs ainsi qu'une organisation efficace des processus de travail.

Compétences des personnels

La protection de l'enfant est un domaine spécialisé de l'action sociale où il est essentiel que les personnels disposent d'une formation spécifique. Comme dans la santé, le principe fondamental de l'intervention en protection de l'enfant est « Ne pas nuire ». Une intervention mal pensée et/ou mal conduite peut avoir des effets indésirables sur les enfants et sur les communautés : atteintes à la dignité, à la vie privée, stigmatisation, démission des parents, impact négatif sur la cohésion et les mécanismes de résilience communautaire, renforcement d'une approche répressive et autres. En conséquence, au niveau de la gestion du système national de protection de l'enfant, il est important de disposer dans chaque secteur impliqué de ressources humaines spécialisées, aptes à la conception, formulation, planification, suivi-évaluation et coordination du système national de protection de l'enfant.

Au niveau de l'exécution, il est également essentiel que les personnels engagés dans la prestation de services de prévention et réponse de protection (assistants sociaux, agents de sécurité et judiciaires, professionnels de la santé, enseignants et éducateurs) aient une vision claire de leur rôle et possèdent les connaissances, les savoirs faire ainsi que les attitudes requises.

La question des compétences prime dans la prise en charge. Dans les interactions directes avec l'enfant et ses parents ou responsables, il est de fondamentale importance que les personnels identifient dans toute circonstance l'intérêt supérieur de l'enfant et préviennent de ce fait tout effet potentiellement dommageable en lien avec leur intervention.

La question des compétences est également importante dans les actions de communication pour un changement de comportement. En effet, la communication sur la protection de l'enfant est délicate car elle touche des thèmes sensibles. Une communication peu appropriée ne risque pas seulement d'être infructueuse mais aussi de produire des effets néfastes sur les enfants et sur la communauté. Les intervenants en animation communautaire en matière de protection de l'enfant auront des compétences spécifiques et adaptées.

La formation initiale et continue des personnels impliqués dans les divers niveaux du système de protection de l'enfant méritent de ce fait des investissements conséquents.

Organisation du travail (directives, outils, supervision)

En plus que sur les compétences du personnel, les interventions en protection de l'enfant, pour être profitables, nécessitent d'une organisation du travail appropriée aux objectifs et résultats recherchés. Dans tous les secteurs impliqués, il est essentiel que chaque acteur sache quel est le rôle qui lui est assigné dans le système de protection et qu'il dispose des directives, des outils de travail qui lui permettent de jouer efficacement et pleinement ce rôle.

La PNE/composante protection de l'Enfant clarifie les rôles et responsabilités de chaque secteur. En conséquence de l'adoption de cette politique, chaque secteur est appelé à traduire les orientations de la politique générale en termes de cadre institutionnel sectoriel (qui est en charge de ce domaine) et en termes d'organisation interne. Les personnels chargés de la protection disposeront de directives claires de la part de leurs hiérarchies respectives, d'orientations méthodologiques appropriées et des outils adaptés. Les guides et outils de suivi nécessaires sont déjà élaborés pour les mettre à la disposition des personnels. Également, pour une bonne organisation du travail, il sera fondamental de mettre en place un système de supervision où chaque niveau exerce son rôle de supervision formative des personnels sous sa direction et est en même temps redevable au niveau supérieur de résultats obtenus et de la qualité des interventions.

1°. Objectif spécifique. Renforcer les capacités de gestion du système national de protection de l'enfant et de prestation de services de prévention et réponse

2°. Stratégies.

Intervention 4.10.1. Renforcement des capacités du système national de protection de l'Enfant.

1. Mise au point de plans de recrutement/affectation des personnels

Progressivement, les effectifs engagés dans la protection de l'enfant dans les divers secteurs seront renforcés sur la base d'un plan de recrutement et d'affectation visant à une couverture suffisante du territoire national ainsi que sur la base de la définition des qualifications requises.

2. Introduction/renforcement des directives sectorielles en matière de protection de l'enfant

Chaque secteur veillera à faire une revue des décrets portant attribution, des descriptifs des services, des cahiers de charge du personnel pour assurer que ceux-ci reflètent de manière appropriée et explicite les rôles et responsabilités attribués au secteur par la politique nationale de protection de l'enfant.

3. Introduction dans les politiques, plan d'action et systèmes d'information sectoriels des éléments pertinents de la PNE

Les éléments de politique, les rôles et responsabilités ainsi que les actions définies dans le Plan national de mise en œuvre de la PNE qui touchent aux différents secteurs seront déclinés dans les politiques, plan d'actions de systèmes d'information sectoriels à l'occasion de la première revue de ces instruments.

4. Développement de directives, orientations et outils de travail

Il s'agit de développer des méthodologies et outils d'intervention en milieu communautaire standardisés à l'usage des intervenants pour la mise en place du dialogue social sur les questions relatives au bien-être et à la protection des enfants.

Suite à une analyse détaillée de la documentation disponible dans les différents services, il sera question de développer également les documents référentiels et des outils de travail nécessaires pour les interventions de prise en charge, y compris les outils de suivi.

5. Formation continue

Il sera de fondamentale importance la mise en place des programmes de formation continue à l'intention des divers professionnels engagés dans la protection de l'enfance, selon leur mandat et leur niveau de responsabilité.

6. Formation initiale

Pour des effets qualitatifs plus à long terme, il s'agit d'intégrer dans les curricula de formation initiale des divers personnels qui ont des rôles dans les systèmes de protection de l'enfant (enseignants, médecins et infirmiers, forces de sécurité ou professionnels du système judiciaire) des contenus pertinents en protection de l'enfance pour développer des compétences

Il s'agit également d'élaborer un curriculum spécialisé « Droits de l'enfant et protection de l'enfant contre les violences » pour utilisation dans les cursus universitaires en sciences sociales.

Chapitre VIII.

Coordination et mise en œuvre

8.1. Coordination

Stratégies : Renforcement de la gouvernance et du leadership / Renforcement du cadre institutionnel et du cadre de concertation intra-sectorielle sur la DPE.

1.1. Renforcement de la coordination du Plan Stratégique National pour l'Enfance à Djibouti (PSNED)

1.2. Promotion du PSNED

Le Ministère de la Femme et de la Famille est chargé de la coordination de la politique nationale de l'enfant particulièrement pour les composantes du DPE et de la protection de l'Enfant, en collaboration avec les autorités compétentes conformément à l'art. 19 du Décret n°2016-148/PRE fixant les attributions des Ministères).

Le système de coordination des politiques pour l'enfance comprend deux niveaux :

- Le Conseil national de l'Enfant présidé par le Premier Ministre est composé des Ministres des secteurs impliqués dans la PNE, notamment : les ministères des Affaires Sociales et des Solidarités , de la Femme et de la Famille, de la Santé, de l'Education Nationale, de la Justice, du Budget, de l'intérieur, des Affaires Musulmanes et des Biens Wakfs, de l'Economie et des Finances, de la Décentralisation, de l'Agriculture, de l'Environnement, du Travail, du logement, de la Communication, des Infrastructures et de la Jeunesse. Il est chargé de la supervision de la mise en œuvre des politiques ciblant l'enfance. Le décret de création du CNE a connu une modification en 2017 ensuite en 2021 (Conseil National des Droits de l'Enfant (CNDE) revu le 3 août 2021 par décret présidentiel n° 193- 2021/PR/MEFF portant organisation et fonctionnement). Cependant ses attributions sont restées inchangées.
- Pour opérationnaliser le plan stratégique national de la PNE, le CNDE est appuyé par la Plateforme Nationale de Protection de l'Enfant (PNPE) créée par décret Présidentiel n°2021-194 /PR/MFF le 3 août 2021 est composé des différents départements et institutions impliqués dans le développement de la petite enfance et la protection de l'Enfant. Il est subdivisé en groupes de travail. Pour s'acquitter pleinement de sa mission, la plateforme nationale de protection de l'Enfant tiendra des réunions trimestrielles. Toutefois, elle pourra se réunir à la demande d'un ses membres.

Conformément au décret n°2021-194 /PR/MFF du 3 août 2021, l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de deux composantes de la PNE seront assurés par les Groupes de travail « développement de la petite enfance » et « Protection de l'Enfant » de cette plateforme. Ce décret définit également les missions des instances en charge de la coordination de la mise en œuvre de la PNE.

8.2. Mise en œuvre

1.3. Mise en place d'une stratégie pour soutenir la mise en œuvre du Plan Stratégique National pour l'Enfance à Djibouti (PSNED)

Compte tenu de l'étendue du secteur, il est logique qu'un seul secteur ne puisse en être responsable. Pour le développement intégré de la petite enfance, si le secteur de la santé a de nombreux points de contacts avec les femmes enceintes, les familles et les parents des jeunes enfants pour les soins de santé et les interventions nutritionnelles (paquet SRMNEA-Nutrition), des actions dans d'autres secteurs tels que l'éducation, la protection sociale, la protection de l'enfance, l'agriculture, le travail, les finances, le budget, la communication et les médias, l'eau et l'assainissement, le ministère de la Justice, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Défense, le Secrétariat d'État chargé des sports, le Ministère de la Jeunesse et de Culture, le ministère des Affaires Musulmanes et des Biens Wakfs et le Ministère Délégué chargé de la décentralisation sont nécessaires dans une approche pangouvernementale.

Le rôle de chacun des acteurs de sa mise en œuvre est précis dans le plan d'action (voir le document ci joints).

La participation de toutes les parties prenantes est également essentielle, notamment les parents et les familles, les communautés et les municipalités, les prestataires de services et les gestionnaires de secteur, les dirigeants politiques et la société civile, ainsi que les donateurs et le secteur privé. Les ONG et partenaires bilatéraux et multilatéraux sont appelées à soutenir les efforts du gouvernement dans la mise en œuvre et le suivi des politiques et plans nationaux pour les soins attentifs et la protection de l'Enfant, en apportant des ressources humaines, techniques et financières supplémentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs, à servir d'interface pour soutenir l'adhésion des populations aux politiques et à faciliter l'accès des populations aux services de base, stimuler la recherche et l'innovation.

8.3. Planification des actions pour le DPE et la protection de l'Enfant

1.4. Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre et le suivi du PSNED

Ce document de politique est assorti d'un plan d'action qui décline les actions et les moyens à mobiliser pour atteindre les objectifs fixés pour la période déterminée 2022-2026. Le plan explicite la distribution des rôles entre les divers secteurs, tout en assurant la pertinence et la cohérence de l'ensemble.

Tous les ans sera faite une revue au cours de laquelle les diverses actions seront appréciées, reconduites ou éliminées du plan, parce que déjà réalisées ou devenues obsolètes et non pertinentes. Des nouvelles actions pourront être intégrées dans le plan au fur et à mesure de sa mise en exécution pour assurer une prise en compte optimale des évolutions du contexte. De cette manière, on disposera d'un plan d'action mis à jour régulièrement.

Il est préconisé que lors des différents exercices de planification sectorielle, les actions du DPE et de protection de l'Enfant convenues pour composer le Plan multisectoriel soient également intégrées dans les plans d'action sectoriels à venir.

Le Plan sera utilisé comme outil de plaidoyer pour la mobilisation de ressources internes et externes qui soient conséquentes avec les résultats recherchés.

8.4. Suivi- évaluation

1. Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE

Le suivi de la mise en œuvre de la Politique consistera à collecter périodiquement des données relatives à l'exécution des actions définies dans les plans d'action et à les organiser de manière qu'elles soient facilement accessibles. L'instance de coordination sera chargée de la compilation des données de suivi en respectant la périodicité établie.

L'évaluation de la mise en œuvre de la PNE devra être assurée après la période d'exécution de cinq années par d'autres acteurs que ceux qui sont impliqués dans l'exécution, pour garantir un point de vue neutre sur les résultats.

Un système d'information, de suivi et évaluation sera mise en œuvre avec le concours de toutes les parties prenantes.

Rôles des acteurs

Ministère/ Institution	Cible	Santé, nutrition et soins répondeants aux besoins	Apprentissage précoce et éducation	Sécurité & Sureté	Protection de l'enfant
Ministère de la santé	Mère	Offre de toutes les interventions du paquet de SMNE-nutrition & WASH Offre des soins pour la santé mentale des parents Promotion de l'Alimentation du Jeune Enfant et du Nourrisson (ANJE) et PSE en rapport avec la santé et la nutrition	Intégration des soins pour le développement de l'enfant aux plateformes cliniques et communautaires des soins de santé et nutrition	Intégration des interventions WASH en milieu scolaire	Prévention : Information et formation de la population sur l'impact sur la santé publique et sur les conséquences sanitaires des violences faites aux enfants Identification : Détection dans les formations sanitaires des situations à risque et des cas de violence à l'égard de l'enfant ; Signalement
	Enfants de 0-5ans	Offre de toutes les interventions de SMNE-nutrition & WASH Promotion ANJE et PSE en rapport avec la santé et la nutrition Prise en charge des enfants avec troubles de développement	Intégration des soins pour le développement de l'enfant dans les plateformes cliniques et communautaires des soins de santé et nutrition Enseignement préscolaire	Intégration des interventions WASH dans les dans les plateformes cliniques et communautaires	Prise en charge médicale spécialisée, Référencement
MENFOP	Parents	Education parentale Sensibilisation pour l'implication des parents pour les PSE	Sensibilisation pour l'implication dans les activités préscolaires et l'éducation des enfants		Prévention : Eradication des châtiments corporels en milieu scolaire ; Sensibilisation des élèves sur les violences, les comportements à risque et le signalement ; Prévention des violences entre élèves Information et formation des élèves sur l'autoprotection
	Enfants 5-6 ans & 6 ans et +	Services de prise en charge des enfants avec troubles de développement Programmes de santé en milieu scolaire	Organisation de l'Education préscolaire	Intégration des interventions WASH en milieu scolaire	Identification : Détection dans les établissements scolaires des situations à risque et des cas de violence à l'égard de l'enfant ; Signalement Prise en charge : Conseil et orientation des parents ; Appui psychosocial initial à l'enfant ;

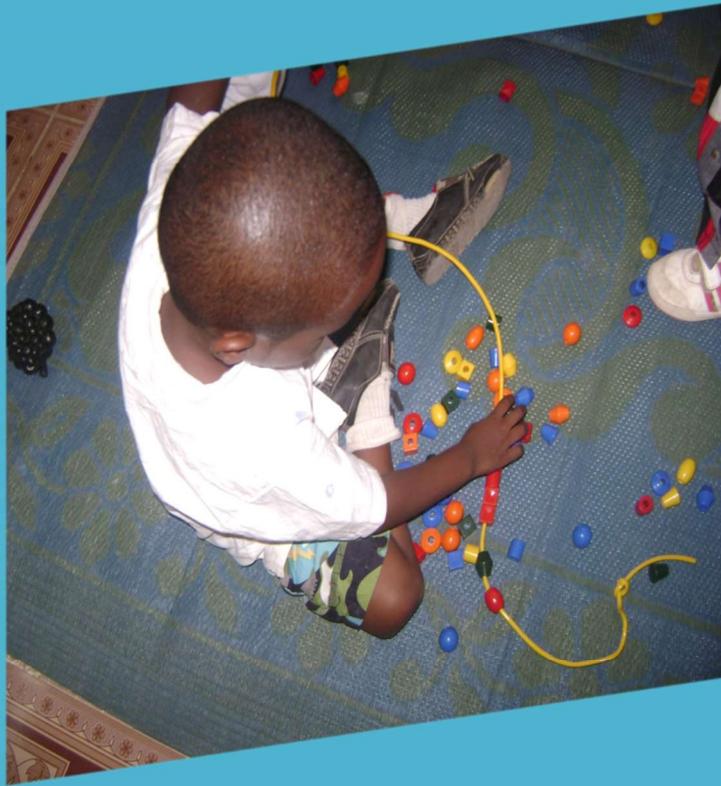
					Volet scolaire de la PEC Re/insertion scolaire ; Référencement
	Enfants réfugiés		Prise en charge des enfants réfugiés et ceux à besoins spéciaux		
Ministère de l'Agriculture (Eau & Assainissement)	Ménages Populations rurales		Campagne de sensibilisation au lavage des mains dans les écoles et aux PSE en rapport avec l'hygiène, eau et assainissement	Approvisionnement en eau potable Hygiène et assainissement du milieu Construction des latrines dans les écoles et les centres de santé Sensibilisation de la communauté sur les mesures d'hygiène, eau et assainissement	
Ministère de l'Agriculture (Sécurité alimentaire)	Toute la population	Contrôle de la fortification alimentaire	Intégrer et redynamiser les programmes des cantines scolaires	Campagne de sensibilisation au lavage des mains	
Ministère des Affaires Musulmanes	Parents et la communauté	Sensibilisation de la communauté sur les PSE (allaitement, la stimulation, MGF) Promotion ANJE et PSE	Education parentale Sensibilisation de la communauté sur les PSE (éveil, classe préscolaire et scolarisation et alphabétisation des adultes)	Sensibilisation de la communauté sur les PSE (WASH et autonomisation des femmes)	
	OEV			Protection des OEV	
MASS	Parents & Enfants de 0-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisation de la communauté sur les PSE (allaitement, la stimulation, MGF) – Promotion ANJE et PFE – Appui à : <ul style="list-style-type: none"> • L'accélération de la mise en place des procédures administratives et financières du Fonds de solidarité santé afin de garantir l'accès aux soins aux personnes les plus nécessiteuses ; 	<ul style="list-style-type: none"> – Education parentale – Sensibilisation de la communauté sur les PSE (éveil, classe préscolaire et scolarisation et alphabétisation des adultes) – Appui à la densification au réseau des écoles, – Appui à la poursuite l'adéquation entre la formation et l'emploi et d'intensifier les 	<p>Développer les programmes HIMO pour les inactifs et conditionner les transferts combinés monétaires et alimentaires par la recherche active d'emploi et d'étaler les programmes alimentaires MASS/PAM sur le maximum de mois possible dans l'année et ne plus se contenter des périodes de sécheresse.</p> <p>Protection sociale : Construire les logements sociaux</p>	<p>Prévention : sensibilisation et éducation du grand public ; communication de proximité avec les communautés et les groupes ; détection précoce des familles en difficultés et/ou des enfants à risque de violence</p> <p>Identification : détection ; signalement</p> <p>Prise en charge : Appui psychosocial, accompagnement familial ; médiation familiale, réunification familiale ; appui à l'accès à l'état civil ; appui à</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'extension de l'offre de soins (fixe ou mobile) aux localités éloignées dépourvues de structures de santé et se rapprocher ainsi de la distance maximale à parcourir par le patient et convenue internationalement ; • Au rapprochement, en termes de disponibilité des services, d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité, entre les prestations de soins des régimes contributifs et celles fournies dans le cadre du système de soins gratuits ; • La lutte contre la malnutrition aigüe chez les enfants pendant les 1000 premiers jours ; • Appui à l'offre des services nécessaires aux femmes enceintes et allaitantes ; • La couverture sanitaire des catégories occupées dans le secteur informel. 	<p>efforts pour mettre au profit du développement socio-économique des cadres qualifiés et de haut niveau.</p> <p>– Education préscolaire</p>	<p>Mise en place des composantes prévues dans le PDR, qui fourniront des réponses à l'accès à l'eau potable et l'assainissement dans les régions les plus arides, notamment à travers la construction de puits protégés et l'aménagement de chaque territoire régional.</p> <p>Protection de l'enfant : Garderie ; Pouponnière</p>	<p>l'accès à la réinsertion scolaire ou professionnelle ; appui à l'accès aux loisirs et sports ; appui à l'accès de la famille aux allocations sociales et autres formes d'appui financier ; référencement</p>
Ministère de la communication	Toute la population	<p>Sensibilisation de la communauté sur les PSE (allaitement, la stimulation, MGF) et les l'utilisation des services de soins attentifs</p> <p>Promotion ANJE et PFE</p>	<p>Education parentale</p> <p>Sensibilisation de la communauté sur les PSE (éveil, classe préscolaire et scolarisation et alphabétisation des adultes)</p> <p>Promotion de l'éveil et la stimulation (séances de renforcement sur l'éveil jeux,</p>	<p>Sensibilisation de la communauté sur les PSE (WASH et autonomisation des femmes)</p>	

			jouets, dessins chants, techniques d'éveil, contes...) Education psychomotrices et arts plastiques		
Ministère Délégué chargé de la Décentralisation	Enfants de 0-5 ans			Délivrance Certificat de naissance ; Enregistrement des actes de naissance au bureau d'état civil dans les conseils régionaux	Coordination et suivi Suivi de la planification de la localisation
Ministère de la Femme et de la Famille	Parents	Education parentale Sensibilisation de la communauté sur les PSE (allaitement, la stimulation, MGF) et les l'utilisation des services de soins attentifs et la Planification familiale Promotion ANJE et PSE	Alphabétisation et autonomisation des femmes Sensibilisation de la communauté sur les PSE (éveil, classe préscolaire et scolarisation et alphabétisation des adultes)	Programmes d'Autonomisation des femmes	Coordination générale du système de protection de l'enfant Prévention : sensibilisation et éducation du grand public ; communication de proximité avec les communautés et les groupes ; détection précoce des familles en difficultés et/ou des enfants a risque de violence Identification : détection ; signalement Prise en charge : Appui psychosocial, accompagnement familial ; médiation familiale, réunification familiale ; appui à l'accès à l'état civil référencement
	Enfant de 0-5 ans	Intégration et offre des soins attentifs dans les crèches, garderies et centres communautaires d'éveil Programmes de santé en milieu scolaire	Coordination générale du secteur de la petite enfance Pilotage et suivi du programme "centre d'éveil" Organisation des Crèches et garderies communautaires Recrutement et formation des éducateurs, assistantes maternelles et puéricultrices Organisation des centres communautaires d'éveil Promotion de l'éveil et la stimulation (séances de renforcement sur l'éveil jeux, jouets, dessins chants, techniques d'éveil, contes...) Education psychomotrices et arts plastiques	Prévention des MGF Protection des EABS (matériel, consultations) Assistances aux programmes	

			Mise en place des structures d'encadrement de la petite enfance Secrétariat exécutif du comité technique pour l'enfance		
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de Recherche		<ul style="list-style-type: none"> – Produire de nouvelles données sur les bienfaits des soins attentifs, leur impact sur les générations actuelles et futures, et les approches efficaces pour les mettre en œuvre – ainsi que sur les coûts et le rapport coût-efficacité ; – Produire des données sur la façon d'adapter les interventions et les programmes éprouvés, afin qu'ils puissent servir aux groupes de familles et d'enfants spécifiques – y compris ceux des communautés autochtones et difficiles à atteindre ; – Intégrer les soins attentifs dans la formation des professionnels qui travaillent avec les jeunes enfants et les familles ; et informer sur les données et les innovations largement disponibles. 			
Sécurité					<p>Prévention : Surveillance des espaces dangereux ou à risque ou interdits aux enfants Sécurisation des espaces fréquentés par les enfants</p> <p>Identification : Détection au cours des patrouilles</p> <p>Prise en charge : Mise en sécurité d'urgence (placement) ; Audition spécialisée aux mineurs ; Recherche des parents Protection des enfants en conflit avec la loi.</p>
Autorités judiciaires					<p>Prise en charge : protection judiciaire ; placement et mesures alternatives pour les enfants en conflit avec la loi</p>
UNFD		<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisation de la communauté sur les PSE (allaitement, la stimulation, MGF) – Promotion ANJE et PFE 	Sensibilisation de la communauté sur les PSE (éveil, classe préscolaire et scolarisation et alphabétisation des adultes)		

		<p>– Appui à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accélération de la mise en place des procédures administratives et financières du Fonds de solidarité santé afin de garantir l'accès aux soins aux personnes les plus nécessiteuses ; <p>Appui à l'extension de l'offre de soins (fixe ou mobile) aux localités éloignées dépourvues de structures de santé et se rapprocher ainsi de la distance maximale à parcourir par le patient et convenue internationalement ;</p> <p>Sensibilisation de la communauté sur les PSE (allaitement, la stimulation, MGF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion ANJE et PSE 			
Communauté		Mobilisation pour le respect des PSE	Mobilisation pour la mise en place des centres communautaires d'éveil		
Familles	Familles/Mères ou gardiennes d'enfants	<p>Reconnaissance des signes de danger</p> <p>Application conseils pour enfant malade des prestataires</p> <p>Suivi rendez-vous de consultation enfant sain et enfant malade</p> <p>PSE 18 comportements</p> <p>Application des mesures d'hygiène corporelle y compris buccodentaire</p> <p>Encouragement à adhérer à une mutuelle de santé si ce n'est pas déjà fait</p>	<p>Activités de jeu et de communication à domicile</p> <p>Utilisation d'objets domestiques courants et de jouets faits maison</p> <p>Jeu, lecture et récit d'histoires par les parents</p> <p>Recours à la classe préscolaire</p> <p>Utilisation des crèches et garderies pour la stimulation précoce des enfants</p>	<p>Lavage des mains au savon, utilisation eau potable,</p> <p>Utilisation hygiénique des toilettes,</p> <p>Enregistrement état civil, prévention violences et traumatismes, espaces de jeu sécurisés, mesures de sécurité (jeux, objets et produits exposant au danger Y compris exposition excessive aux NTICs...)</p>	



Partie IV :

Plan Stratégique National pour l'Enfance à Djibouti
Développement intégré de la petite enfance et protection
de l'Enfant (2022-2026)

9.1. Orientations stratégiques du Plan

9.1.1. Vision, but, objectifs et impact

Vision	Globalement, la vision de l'enfant djiboutien veut que celui-ci ait un bon départ dans la vie. « <i>Il faut que tous les enfants naissent et vivent protégés contre les maladies et contre toutes les formes de violences et discrimination, et développent leur potentiel pour une pleine participation dans la vie de leur pays</i> ».
But	Contribuer au développement du capital humain, par le développement du plein potentiel de l'enfant et en ne laissant aucun enfant pour compte.
Objectifs généraux	
1	Réduire de 33,9% le RMM (248 à 164 pour 100 000 nv) d'ici 2026
2	Réduire de 32,2% le taux de mortalité infanto-juvénile (59 à 40 pour 1000 nv) d'ici 2026
3	Réduire de 31,2% le taux de mortalité Néonatale passe (32 à 22 pour 1000 nv) d'ici 2026
4	Réduire de 30% le risque de développement sous optimal des enfants (75% à 52,5%) d'ici 2026
5	Réduire de 30% le nombre d'enfants qui sont affectés par des formes de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services.
Axes Stratégiques	
1	Offre des soins de santé et nutritionnels de qualité et répondant aux besoins dans la petite enfance
2	Apprentissage précoce
3	Sécurité et sureté de la petite enfance
4	Renforcement de la gouvernance et du leadership
5	Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE
6	Renforcement du dispositif de protection de l'enfant

9.1.2. Modalités de mise en œuvre

Dans sa mise en œuvre, ce plan devra être réalisé autour d'une vision, d'un même paquet consensuel ainsi que d'une structure cohérente de coordination.

- Définition de paquet

Ce plan se base sur la mise en œuvre : i) du paquet des soins attentifs⁶⁵. (interventions de santé, nutrition, les soins répondant aux besoins de l'enfant, les opportunités d'apprentissage précoce, les interventions visant à assurer la sûreté et la sécurité de l'enfant) ; et ii) de toutes les mesures de promotion et prévention, détection et prise en charge des cas de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services, telle que définie dans la PNE 2022-2035.

- Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre du PSNED se fera progressivement, des régions les moins favorisées, vers celles qui sont plus favorisées. En outre, elle sera assurée par les Structures et Organes institués par les Ministères impliqués dans la plateforme de la protection de l'Enfant (PFPE) à tous les niveaux.

- Structures et organes de mise en œuvre

Comme pour le PNED, le Ministère de la Femme et de la Famille (MFF) est chargé de la coordination du PSNED, en collaboration avec les autorités compétentes conformément à l'art. 19 du Décret n°2016-148/PRE fixant les attributions des Ministères). Le système de coordination du PSNED comprend deux niveaux :

- Le Conseil national des droits de l'Enfant (CNE), qui est présidé par le Premier ministre est composé des Ministres des secteurs impliqués dans la PFPE, notamment : les ministères chargés des Affaires Sociales et des Solidarités, de la Femme et de la Famille, de la Santé, de l'Education Nationale, de la Justice, de l'Intérieur, du Budget, des finances, de la Décentralisation, de l'Agriculture, de l'Environnement, des Infrastructures et de la Jeunesse. Il est chargé de la supervision de la mise en œuvre des politiques ciblant l'enfance.
- Pour opérationnaliser le PNE, le CNE est appuyé par la PFPE composée des différents départements et institutions impliqués dans le développement de la petite enfance et de la protection de l'Enfant.

Compte tenu de l'étendue du secteur, il est logique qu'un seul secteur ne puisse en être responsable. Les services et organes de ministères ci-après seront impliqués dans la mise en œuvre des activités du PSNED :

- Ministère de la Femme et la Famille (MFF)
- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Education Nationale et de la Formation professionnelle (MENFOP)
- Ministère des Affaires sociales et des Solidarités

⁶⁵Bernadette Daelmans, 'Effective Interventions and Strategies for Improving Early Child Development', 2013, 23-26 <<https://doi.org/10.1136/bmj.h4029>>.

- Ministère de l’Agriculture,
- Ministère du travail,
- Ministère de l’Economie et des finances,
- Ministère du Budget,
- Ministère de la Communication,
- Ministère de la Justice,
- Ministère de l’Intérieur,
- Ministère délégué Chargé de la Décentralisation
- Ministère de la Défense,
- Ministère de la Jeunesse et de la Culture,
- Ministère des Affaires Musulmanes et des Biens Wakfs,
- Secrétariat d’Etat Chargé des Sports

Le niveau opérationnel des activités du PSNED sera représenté par les Structures et Organes instituées par les Ministères à tous les niveaux. La participation de toutes les parties prenantes est également essentielle, notamment les parents et les familles, les ONG, les communautés et les municipalités, les prestataires de services et les gestionnaires de secteur, les dirigeants politiques et la société civile, ainsi que les donateurs et le secteur privé.

9.1.3. Analyse des risques

Les risques majeurs susceptibles de compromettre la mise en œuvre de ce plan et l’atteinte de ses résultats et de son impact sur la qualité des services sont essentiellement :

- La perturbation de la paix sociale et le statu quo économique ;
- La diminution de l’allocation budgétaire consacrée à la mise en œuvre du plan ;
- L’absence de bonne gouvernance et de coordination nécessaires pour toute action en faveur du développement.
- La mobilité des animateurs et des acteurs à tous les niveaux avec la rupture de pilotage et de mise en œuvre créée ;
- La faible implication des acteurs et le non-respect des engagements des parties prenantes à tous les niveaux ;
- La non-disponibilité des ressources humaines qualifiées et formées aussi bien professionnels de santé que des acteurs communautaires.

9.1.4. Cadre de suivi et évaluation

- Mécanisme de suivi-évaluation

Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux des systèmes (central et régional). Les indicateurs de suivi et d’évaluation sont ceux présentés dans le cadre de performance. Les différents services seront chargés du suivi de la mise en œuvre effective des activités. Ils veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs.

Les différents cadres de concertation existants au niveau des Ministères seront mis à profit pour discuter de l’exécution du plan. Les Directions seront chargées de la coordination de la mise en œuvre des activités dans chaque secteur, de la synthèse des données pour le

calcul des indicateurs de suivi. La plateforme de la Protection de l'enfant (PFPE) sera mise à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan.

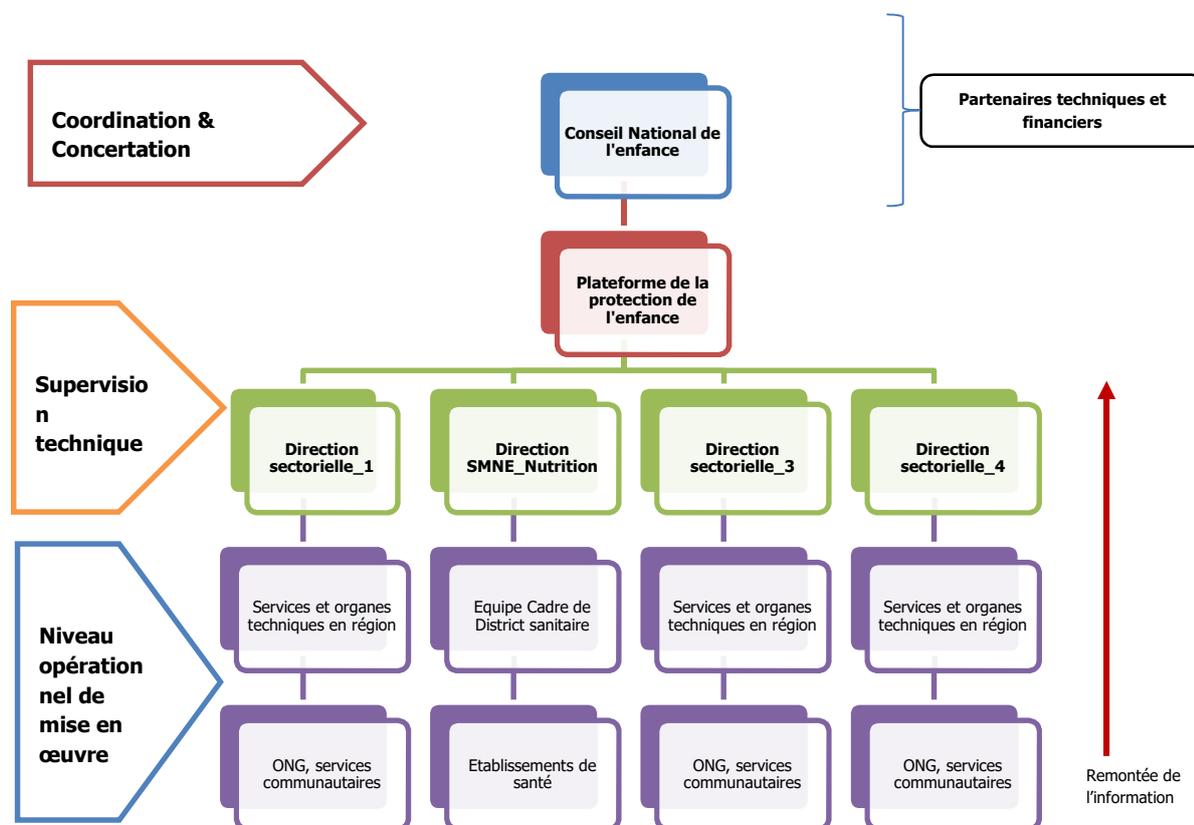


Figure 1. Cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités du PSNED

- **Supervision et monitoring des activités**

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités. Le niveau central (Direction) supervisera semestriellement les activités des régions, les services techniques de la région assureront mensuellement, à leur tour, une supervision rapprochée des services au niveau des localités et communes.

- **Enquêtes et études**

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes d'envergure nationales sur les indicateurs sociodémographiques et de santé, l'infection à VIH, les mutilations génitales féminines (MGF) la nutrition, le développement de la petite enfance et l'éducation préscolaire, la protection de l'enfant et toutes les autres thématiques en rapport avec la petite enfance et la protection de l'enfant, seront menées pour mesurer l'impact du programme sur le développement de l'enfant.

- **Evaluation**

L'évaluation du plan sera réalisée à travers cinq évaluations annuelles, une revue à mi-parcours en 2024 et une revue finale au terme du plan en 2026. Les évaluations annuelles seront réalisées à tous les niveaux, sanctionnées par des rapports annuels d'activités. La revue à mi-parcours au niveau central, se tiendra au cours du deuxième semestre 2024 après celles des services techniques au niveau régional. Elle aura pour objectif de veiller sur la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre global du plan et d'adapter, si possible, certaines interventions et stratégies.

La revue finale au niveau national impliquant les partenaires techniques et financiers (PTF), sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le PSNED ainsi que les taux de réalisation des budgets. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures. Elle préparera également le processus de planification stratégique future.

9.2. Cadre Logique

Objectif général	Impact	Indicateurs	Hypothèses et Risques
Contribuer au développement du capital humain, par le développement du plein potentiel de l'enfant et en ne laissant aucun enfant pour compte.	Le risque de développement sous optimal des enfants est réduit de 30% d'ici 2026	Ratio de mortalité maternelle (RMM) passe de 248 à 164 pour 100 000 nv d'ici 2026	Le pays connaît une stabilité politique, une paix durable dans toute l'étendue du territoire, la sécurité, une croissance/stabilité économique
		Taux de mortalité infanto-juvénile passe de 59 à 40 nv pour 1000 nv d'ici 2026	
		Taux de mortalité Néonatale passe de 32 à 22 pour 1000 nv d'ici 2026	
		Prévalence de la malnutrition passe de 21% à 10% d'ici 2026	
		% des enfants âgés de 36 à 59 mois présentant un développement sous optimal dans au moins trois des quatre domaines suivants (lecture/écriture et calcul, développement physique, développement socio-émotionnel et apprentissage)	
		Proportion des enfants affectés par des formes de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services.	
Objectifs spécifiques	Effets	Résultats	Hypothèses et risques
Réduire de 33,9% le RMM (248 à 164 pour 100 000 nv) d'ici 2026	Au moins 90% des femmes en âge de procréer et enceinte ont accès aux services SRMNIA-Nutrition et répondant aux besoins d'ici 2026	Résultat_1. Les paquets essentiels et d'urgences des soins attentifs (SMNE-Nutrition) et répondant aux besoins sont disponibles et renforcés aux femmes et aux enfants.	Une bonne gouvernance, redevabilité et coordination sont assurées par des Acteurs
Réduire de 32,2% le taux de mortalité infanto-juvénile (59 à 40 pour 1000 nv) d'ici 2026			

<p>Réduire de 31,2% le taux de mortalité Néonatale (32 à 22 pour 1000 nv) d'ici 2026</p>	<p>Au moins 90% des nouveau-nés ont accès aux soins essentiels et d'urgence de qualité d'ici 2026</p> <p>Au moins 90% des enfants de moins de 5 ans bénéficient de la prise en charge de qualité des principales maladies tueuses des enfants (paludisme, la diarrhée, les IRA, la malnutrition aigüe sévère, VIH/SIDA et les affections néo natales) à la base et à la référence.</p>	<p>Résultat_2. Le paquet complet d'interventions et intégré pour la santé est accessible sur le continuum aux femmes et aux enfants</p> <p>Résultat_3. La qualité des soins SMNE-Nutrition est améliorée selon le paquet ENAP</p> <p>Résultat_4 : Les opportunités d'apprentissage sont diversifiées et les structures d'encadrement de la petite enfance sont disponibles et les enfants ont accès à un encadrement de bonne qualité</p>	<p>compétents et stabilisés à tous les niveaux</p>
<p>Réduire de 30% le risque de développement sous optimal des enfants est réduit de (75% à 52,5%) d'ici 2026</p>	<p>Au moins 90% des enfants sont exposés aux activités d'éveil précoce d'ici 2026</p>	<p>Résultat_5. Les structures d'encadrement de la petite enfance sont disponibles et accessibles aux enfants</p> <p>Résultat_6. La qualité de l'encadrement des petits enfants est améliorée</p> <p>Résultat_7. Les familles et les enfants vivent dans des environnements propres et sûrs et respectent de bonnes règles d'hygiène</p>	

<p>Réduire 30% le nombre d'enfants affectés par des formes de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services.</p>	<p>Au moins 90% des cas de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services sont détectés et pris en charge d'ici 2026</p> <p>Au moins 90% des cas de violence touchant un enfant sont pris en charge d'ici 2026</p>	<p>Résultat_8. La prévention des cas de violence est assurée.</p> <p>Résultat_9. La détection et le signalement de tout cas de violence touchant un enfant ainsi que l'amélioration de sa prise en charge holistique sont promptement assurées.</p> <p>Résultat_10. Le dispositif et système de prévention et de prise en charge des enfants affectés par des formes de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel et d'exploitation économique dans le milieu familial, dans la communauté ou dans les institutions et services est disponible et fonctionnel.</p>	
---	--	--	--

9.3. Cadre programmatique du PSNED

Axe stratégique 1 : Offre des soins attentifs (de santé et nutritionnels) de qualité et répondant aux besoins dans la petite enfance							
R1.1. Les paquets des soins attentifs (SMNE-Nutrition) répondant aux besoins sont disponibles et renforcés							
Intervention 1.1.1. Accroissement de la disponibilité et de l'offre des Services de santé de reproduction, de soins prénatals, de soins périnatals et de soins postnatals de qualité							
Activités retenues		Budget en USD					Source fina.
		2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	
1.1.1.1	Offre des produits et services de santé de la reproduction (planification familiale, prévention et la lutte contre les abus d'alcool et drogues, la promotion d'une bonne hygiène de vie et prise en charge des infections sexuellement transmissibles)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.1.2	Sensibilisation sur les violences basées sur le genre, les Mutilations génitales féminines, l'autonomisation des femmes, les IST et autres	22 500	22 500	22 500	22 500	22 500	
1.1.1.3	Plaidoyer pour la redynamisation des consultations de routine des nourrissons pour en faire une plateforme de surveillance effective de leur croissance, de la promotion des PSE et de conseils et SDE	5 000	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.1.1.4	Distribution et promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, en priorité dans la ville de Djibouti et dans les communes de Ras Dika et de Boulaos	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.1.5	Poursuivre la mise à l'échelle des activités de pulvérisation intra-domiciliaire en priorité dans les zones de forte transmission telles que la commune de Boulaos à Djibouti ville	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.1.6	Développer une nouvelle stratégie pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui renforce l'intégration des interventions pour l'eTME dans la santé maternelle, néonatale et infantile	50 987	101 975	25 494	25 494	50 987	

1.1.1.7	Actualiser le paquet minimum d'activités des SSP pour intégrer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la santé de l'adolescent(e), la santé mentale.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.1.8	Actualiser le paquet minimum d'activités des SSP pour intégrer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la prise en charge médicale des enfants avec troubles du développement, un handicap ou une maladie chronique et ceux victimes de maltraitance, violence et abus	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.1.9	Assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les établissements de santé situés au sein des populations résidant au-delà de 5 km en vue d'améliorer la disponibilité des services de prise en charge clinique et communautaire des maladies de l'enfance, en particulier la diarrhée et la pneumonie.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 1.1.2. Amélioration de l'état nutritionnel de la femme enceinte, allaitante							
1.1.2.1	Distribution des suppléments de micronutriments multiples avant et pendant la grossesse (enrichissement de certains aliments de base)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.2.2	Distribution des compléments alimentaires particulièrement dans les milieux où la prévalence de la malnutrition est élevée	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.2.3	Distribution et supplémentation en fer et acide folique chez les femmes enceintes	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.2.4	Supplémentation en vitamine A des femmes au post-partum immédiat (FPPI)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.2.5	Promotion de la surveillance nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes, femme en âge de procréer dans les structures sanitaires et la communauté.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.2.6	Education nutritionnelle et de démonstration culinaire dans les structures sanitaires et les communautés	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

1.1.2.7	Mise en place des activités (VAD, CE, plaidoyer) de nutrition à assise communautaire au profit des FE/FA et des FEAP	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 1.1.3 Amélioration de l'état nutritionnel des enfants							
1.1.3.1	Renforcement des capacités des prestataires (infirmiers) et Agents de santé communautaire sur la PCIME dans les milieux non couverts par le paquet d'activités	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.2	Supplémentation en Vit A chez les enfants de 6 à 59 et le déparasitage des enfants de 12-59 mois à intégrer avec la vaccination de routine	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.3	Installation des unités de nutrition dans tous les centres de santé afin d'améliorer la couverture en activités de PCIMA	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.4	Appui à l'opérationnalisation de la stimulation psychosociale dans les structures cliniques et communautaires de PECMA	45 860	91 721	22 930	22 930	45 860	
1.1.3.5	Appui à l'élaboration d'un plan multisectoriel de lutte contre la malnutrition qui renforce la prévention de la malnutrition à travers la sécurité alimentaire, la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), et la prévention et la prise en charge précoce des maladies de l'enfance.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.6	Appui à l'élaboration d'un guide sur l'alimentation complémentaire minimum acceptable à base d'aliments locaux soutenus par des études sur la valeur nutritionnelle, la disponibilité, l'acceptabilité et le coût des aliments disponibles dans les communautés djiboutiennes.	19 100	38 200	9 550	9 550	19 100	
1.1.3.7	Affectation de ressources humaines compétentes en vue d'améliorer la PCMA dans les structures de réhabilitation	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.8	Appui à l'accompagnement de l'établissement du Conseil National de la Nutrition comme cadre institutionnel de coordination multisectorielle de la lutte contre la malnutrition	2 500	0,0	0,0	0,0	0,0	

1.1.3.9	Elaboration d'une stratégie nationale ANJE			25 000	0,0	0,0	
1.1.3.10	Production des outils de formation et des supports de communication sur l'allaitement maternel			25 000	0,0	0,0	
1.1.3.11	Formation/recyclage des prestataires sur le paquet ANJE,	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.12	Sensibilisation des mères/pères et belles mères, leaders religieux sur l'ANJE			5 000	5 000	5 000	
1.1.3.13	Formation sur l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.14	Mission d'évaluation de la mise en place de l'IHAB dans les FOSA	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.15	Promotion de l'alimentation diversifiée chez les enfants de 6-23 mois		5 000	5 000	5 000	5 000	
1.1.3.16	Suivi de la croissance chez les enfants de moins de 5 ans en milieu communautaire et dans les FOSA	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.17	Supplémentation en Zinc+SRO des enfants pendant les épisodes de diarrhée	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.1.3.18	Supplémentation alimentaire à domicile chez les enfants de 6-23 mois avec les poudres de micronutriments		5 000	5 000	5 000	5 000	
1.1.3.19	Dépistage actif dans la communauté et le référencement des enfants et des FEFA vers les FOSA	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 1.1.4. Intégration des soins pour le développement de l'enfant dans tous les services de santé et de nutrition pour qu'ils favorisent davantage les soins attentifs et répondent aux besoins des enfants							
1.1.4.1	Plaidoyer pour l'intégration des soins de santé mentale dans les paquets de soins SMNE-Nutrition, au niveau clinique et communautaire		3 800	3 800	0,0	0,0	
1.1.4.2	Appui au développement et mise en œuvre d'une stratégie (approche) du dépistage et de prise en charge psychosociale des problèmes de santé mentale au bénéfice des femmes et familles.	59 651	119 303	29 826	29 826	59 651	

Résultat 1.2. Amélioration de l'accès aux soins pour la mère et l'enfant							
Intervention 1.2.1. Mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain							
1.2.1.1	Plaidoyer pour l'extension des cibles du SNPS aux enfants de moins de 5 ans en général et à ceux qui ont un handicap et un trouble de développement		7 200	0,0	0,0	0,0	
1.2.1.2	Mise en place d'un cadre de concertation (MFF, MS & MASS) pour la couverture des familles les plus marginalisées par les mesures de protection sociales de la SNPS dans le cadre des soins attentifs (DPE)	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	
1.2.1.3	Extension des cibles de programme de transfert monétaires afin de donner plus d'accès aux soins aux femmes et enfants vulnérables, à haut risque de développement sous-optimal	14 556	29 112	7 278	7 278	14 556	
Intervention 1.2.2. Renforcement de la stratégie avancée pour l'offre des soins de santé et nutritionnel							
1.2.2.1	Appui à l'offre des soins en stratégie avancée pour atteindre les familles défavorisées à cause de l'inaccessibilité physique aux soins de santé (vaccination, SVAD, supplémentation en poudres de micronutriments des enfants de 6 à 23 mois vivant dans les zones de forte prévalence de la malnutrition chronique, supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes et allaitantes et le conseil sur les SDE)	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	
Intervention 1.2.3. Promouvoir et mettre effectivement en œuvre la stratégie nationale de communication							
1.2.3.1	Promouvoir les pratiques sociales essentielles en santé par une approche centrée sur la personne, lors de l'offre des soins de SMNE dans les formations sanitaires et des activités en communauté, y compris l'approche de l'Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant (ANJE) et la PCIMA communautaire	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	

1.2.3.2	Développer et diffuser les documents en langues locales sur les avantages de l'allaitement pour une variété. Ceux –ci pourraient inclure des matériaux de formation pour les agents de santé, des brochures de sensibilisation pour les dirigeants communautaires et les ONG et des brochures pédagogiques pour les mères, compris les mères analphabètes	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	
1.2.3.3	Encourager l'allaitement maternel dans une perspective islamique, et engager les organisations religieuses et les dirigeants pour étendre la sensibilisation.	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	
Résultat 1.3 Renforcement de la dynamique communautaire en faveur des soins attentifs et du développement de la petite enfance							
Intervention 1.3.1 Renforcer la coordination de la réponse communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire							
1.3.1.1	Cartographier les intervenants dans le domaine des Soins attentifs et du DPE en vue de réorganiser la communauté en une plateforme unique d'engagement communautaire qui amène toutes ses ressources	79 200	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.3.1.2	Réunions de coordination entre les ONG et les associations communautaires pour des actions coordonnées de promotion des PSE, de prévention et le dépistage précoce de la malnutrition, la lutte contre les MGF et les violences basées sur le genre	2750	2750	2750	2750	2750	
Intervention 1.3.2 Mettre en œuvre la stratégie de communication pour le changement de comportement (C4D)							
1.3.2.1	Intensifier, à travers des médias publics, les leaders communautaires (politiques, religieux et traditionnels), les agents communautaires et les organisations de la société civile, la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur: i) la prévention et les premiers soins à domicile du paludisme ; ii) les premiers soins à domicile des cas d'IRA ; iii) la prise en charge des diarrhées, hygiène et assainissement; iv) l'allaitement maternel et l'ANJE; v) la planification familiale; vi) la	49 990	99 980	24 995	24 995	49 990	

	vaccination, la supplémentation en vitamine A et déparasitage et vii) les soins pour le développement de l'enfant (SDE)						
Intervention 1.3.3 Renforcer la prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIME-C) et suivi de la qualité de l'offre de services de santé.							
1.3.3.1	Appuyer l'organisation des visites à domicile et des groupes de parents, pour aider les familles et les enfants à surmonter les barrières aux soins attentifs ;	21 610	43 220	10 805	10 805	21 610	
1.3.3.2	Appuyer la formation des agents de santé communautaire sur la mise en place des registres communautaires, la recherche active et le suivi des enfants non-vaccinés et perdus de vue en vue d'améliorer la couverture vaccinale,	45 515	45 515	0,0	0,0	0,0	
1.3.3.3	Renforcement du suivi des perdus de vue avec l'aide des technologies nouvelles, en particulier pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants en âge de vaccination, comme une composante importante de la santé communautaire dans la continuité des soins entre les formations sanitaires et la communauté	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.3.4	Recruter et déployer des agents de santé communautaire formés et équipés dans toutes les communautés de Djibouti, en commençant par les zones d'accès limité dans les régions d'Arta, d'Ali Sabieh, de Dikhil, d'Obock, et de Tadjourah.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 1.3.4 Mobilisation des ressources locales en vue de contribuer à améliorer l'espace budgétaire, l'efficience et l'accès financier des plus pauvres à des services des soins attentifs							
1.3.4.1	Réunions d'identification et de mobilisation du financement communautaire en vue de soutenir la mise en œuvre des activités du PSNED	3 800	3 800	3 800	3 800	3 800	
1.3.4.2	Appui au renforcement de la dynamique communautaire (réorganisation de la communauté en une plateforme unique d'engagement communautaire qui amène toutes ses ressources, y	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	

	compris ses multiples groupes communautaires, à travailler ensemble)						
1.3.4.3	Renforcer le plateau technique des soins SMNE-Nutrition en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients	20 000	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.3.4.4	Renforcer les capacités techniques des prestataires sur la PCIME afin d'assurer une opérationnalisation effective dans toute la communauté	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.5	Renforcer les ressources humaines (affectation) pour la santé en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.6	Renforcer l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les formations sanitaires, en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.7	Renforcer les capacités techniques des équipes mobiles dans les districts, sur la prévention, le dépistage et la prise en charge communautaire de la malnutrition	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.8	Redynamiser les séances de sensibilisation sur l'importance de la CPN au sein de la communauté	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
1.3.4.9	Elaborer et dupliquer un guide sur la pratique du contact peau à peau et la mise au sein précoce pour les ASC/matrone	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
1.3.4.10	Formation des matrones et des acteurs communautaires sur le guide communautaire	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.11	Organiser des séances de sensibilisation sur le contacte peau à peau, la mise au sein précoce, pour les femmes enceinte	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
1.3.4.12	Organiser des séances d'éducation spéciale pour les femmes accouchées sur la valeur du colostrum,	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.13	Former les matrones et les agents de santé communautaires sur les différentes méthodes des contraceptions	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
1.3.4.14	Etendre le counseling de proximité en PF au sein de la communauté	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

Axe stratégique 2 : Apprentissage précoce

Résultat 2.4. Les opportunités d'apprentissage sont diversifiées et les structures d'encadrement de la petite enfance sont disponibles

Intervention 2.4.1. Accroissement de la couverture nationale en structures d'encadrement de la petite enfance

Activités retenues		Budget en USD					Source fina.
		2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	
2.4.1.1	Plaidoyer pour l'extension de la classe préscolaire à 2 ans (4 à 5 ans)	2 010	2 010	2 010	2 010	2 010	
2.4.1.2	Elaborer un plan de couverture national en crèches et garderies, étendre et mettre à l'échelle l'expérience initiée par le MFF sur les garderies et les crèches communautaires ;	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	
2.4.1.3	Mettre en œuvre une stratégie de l'extension de la couverture en nouvelles garderies, centres communautaires d'éveil et des crèches conformément aux recommandations en vigueur au MENFOP	240 000	480 000	120 000	120 000	240 000	
2.4.1.4	Création des espaces et aires de jeu pour l'encadrement de la petite enfance.	240 000	480 000	120 000	120 000	240 000	
2.4.1.5	Mettre en place des stratégies d'école alternative et l'amélioration des conditions d'apprentissage dans les structures d'éducation non formelle, permettant d'assurer des passerelles vers le formel	66 396	132 792	33 198	33 198	66 396	
2.4.1.6	Poursuivre l'extension de la couverture en classes préscolaire : construction de plus en plus de salles de classe préscolaire et l'augmentation de la capacité d'accueil).	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.4.1.7	Accompagner les Initiatives privées pour l'éducation préscolaire concernant le respect des normes dans le but d'accréditer celles qui peuvent contribuer à l'amélioration de la couverture	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

2.4.1.8	Plaidoyer pour l'intégration des moniteurs des structures d'encadrement de la prise en charge dans le budget de l'Etat	7 400	7 400	7 400	7 400	7 400	
2.4.1.9	Budgétiser et rémunérer les moniteurs dans les structures d'encadrement de la petite enfance	130 536	261 072	65 268	65 268	130 536	
Intervention 2.4.2. Intégration et mise en œuvre de la stratégie des soins pour le développement de l'enfant y compris l'apprentissage précoce							
2.4.2.1	Plaidoyer auprès du MS pour l'intégration des SDE dans les paquets de soins SMNE-Nutrition, au niveau clinique et communautaire	7 410	7 410	7 410	7 410	7 410	
2.4.2.2	Organiser une consultation internationale pour appuyer techniquement le MFF et partenaires dans la mise en œuvre du PSNED, particulièrement la stratégie des SDE	120 000	0	0	0	0	
2.4.2.3	Développer et mettre en œuvre la stratégie y compris le programme des Soins pour le développement de l'enfant par une approche communautaire (développement du module des SDE, élaboration des outils de mise en œuvre, formation des formateurs, formation des acteurs, appui à la mise en œuvre des activités)	1 057 127	792 845	264 282	264 282	264 282	
2.4.2.4	Développer et mettre en œuvre la stratégie y compris le programme des Soins pour le développement de l'enfant par une approche clinique (développement du module des SDE, élaboration des outils de mise en œuvre, formation des formateurs, formation des acteurs, appui à la mise en œuvre des activités)	389 367	322 145	103 366	103 366	115 414	
Résultat 2.5 L'accès et l'utilisation des structures d'encadrement de la petite enfance sont améliorés							
Intervention 2.5.1. Mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale de Protection Sociale pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain							
2.5.1.1	Concertation avec le MASS pour étendre la couverture du PASS à l'ensemble de la population pauvre et vulnérable éligible	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

2.5.1.2	Mettre en place un cadre de concertation (MFF, MENFOP et MASS) pour s'assurer que les familles les plus marginalisées sont effectivement couverts par les mesures de protection sociales mises en œuvre dans le cadre de la SNPS	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.5.1.3	Appui technique des ONG pour intervenir dans la promotion de l'enseignement préscolaire ;	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.5.1.4	Généralisation de la préscolarisation sur l'ensemble du territoire	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.5.1.5	Conjointement avec le MASS, le Ministère de l'intérieur, le Ministère du Budget et le Ministère de la Santé, mettre en place des dispositifs de prise en charge formelle pour les populations flottantes tels que les migrants et les réfugiés.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.5.1.6	Mettre en place un mécanisme de tarification et de paiement adapté et assurant la pérennité de l'AMU etc	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.5.1.7	Appuyer les Activités génératrices de revenu afin de promouvoir l'autonomisation des femmes et appuyer les SDE et la protection de l'enfant	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	
Intervention 2.5.2. Mise en œuvre du programme national pour une éducation inclusive des enfants handicapés à besoins spéciaux							
2.5.2.1	Plaidoyer pour la mise en œuvre de la stratégie du préscolaire Djibouti obligatoire et garantir sa gratuité aux ménages	1 440	2 880	1 400	1 400	1 440	
2.5.2.2	Mettre en œuvre la stratégie nationale du préscolaire Djibouti obligatoire et garantir sa gratuité aux ménages	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
2.5.2.3	Développer et mettre en œuvre une stratégie et un programme spécifique pour l'éducation des enfants (0-6 ans) à besoins spéciaux (EABS)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

2.5.2.4	Concertation avec le MASS pour l'extension de la couverture en classes assurant l'éducation des enfants à besoins spéciaux	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 2.5.3. Promotion de l'éducation de la petite enfance							
2.5.3.1	Former des Agents de santé communautaire, y compris les religieux de la communauté musulmane sur les Soins attentifs et les SDE pour assurer les conseils et soins à domicile		201 888	134 592	0	0	
2.5.3.2	Intensifier la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur l'utilisation de la classe préscolaire et des structures d'encadrement de la petite enfance, les croyances, les attitudes et les objectifs des parents concernant l'éducation de leurs enfants ; l'environnement d'apprentissage fourni à la maison ; des relations de soutien et de réactivité au sein de la famille qui sont les éléments constitutifs du développement social et affectif des enfants.	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	
2.5.3.3	Appuyer la redynamisation du programme d'éducation parentale auprès des parents des enfants inscrits dans la classe préscolaire et dans les écoles de Djibouti, avec l'accent particulier sur les pratiques sociales essentielles	2 500	2 500	0	0	0	
Résultat 2.6. Amélioration de la qualité de l'encadrement des petits enfants							
Intervention 2.6.1. Supervision et encadrement des structures d'encadrement de la petite enfance							
2.6.1.1	Appuyer la vulgarisation des procédures d'enregistrement et d'accréditation pour les installations étatiques et non étatiques d'encadrement de la petite enfance et	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	

2.6.1.2	Appuyer la supervision formative des programmes et des normes pour les centres officiels et communautaires d'encadrement de la petite enfance, avec l'attention à la conformité aux normes de l'infrastructure des centres d'EPPE et des établissements de santé	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	
2.6.1.3	Appuyer l'organisation des visites d'inspection de l'encadrement des petits enfants dans les structures d'encadrement de la petite enfance	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	
Intervention 2.6.2. Intégration des bonnes pratiques de santé, d'hygiène et de nutrition dans les programmes de la petite enfance et de l'enfance							
2.6.2.1	Appuyer le développement et la mise en œuvre d'une stratégie et un programme de santé scolaire (repérage et du dépistage des troubles de la petite enfance, promotion, prévention et prise en charge des problèmes de l'enfant en milieu scolaire)	23 997	47 994	11 999	11 999	23 997	
2.6.2.2	Appuyer l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les FOSA de toutes les régions	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Résultat 2.7. Renforcement du rôle des ménages dans le développement de la petite enfance							
Intervention 2.7.1. Placer l'engagement familial au cœur des programmes de la petite enfance							
2.7.1.1	Organiser des groupes de discussion avec les familles pour la promotion des SDE et la création d'un environnement favorable, à domicile, pour l'apprentissage précoce du petit enfant	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 2.7.2. Investir dans l'éducation des Adolescents et des adultes							

2.7.2.2	Intégrer les modules des soins attentifs dans les programmes d'enseignement des infirmiers, travailleurs sociaux et puéricultrices en vue de préparer les futurs parents à promouvoir et soutenir le développement de la prochaine génération d'enfants.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
---------	--	-----	-----	-----	-----	-----	--

Axe Stratégique 3 : Sécurité, sûreté & protection sociale							
Résultat 3.6. Toutes les naissances sur le territoire djiboutien sont enregistrées par les services d'Etat civil							
Intervention 3.6.1. Promotion de l'enregistrement des naissances							
Activités retenues		Budget en USD					Sources de Financement
		2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	
3.6.1.1	Intensifier la sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour l'enregistrement à la naissance ;	2000	2000	2000	2000	2000	
Intervention 3.1.2. Extension de la couverture en services d'Etat civil dans les localités et zones éloignées							
3.6.2.1	Installer et opérationnaliser des unités ou services d'Etat civil dans les localités ou celles-ci n'existent pas ;	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
3.6.2.2	Intégrer les activités d'enregistrement des naissances dans les équipes mobiles ou les activités des Comités de Gestion Communautaires (CGC) en vue d'atteindre les ménages vivant dans les localités les plus éloignées (en concertation avec ministère de la Santé et l'UNFD par exemple)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
3.6.2.3	Mettre en place un cadre de concertation (Décentralisation & MSP) pour l'intégration des activités d'enregistrement des naissances dans les équipes mobiles ou les activités des Comités de Gestion Communautaires (CGC) en vue d'atteindre les ménages vivant dans les localités les plus éloignées (en concertation avec ministère de la Santé et l'UNFD par exemple)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

Résultat_3.7. Les familles et les enfants vivent dans des environnements propres et sûrs et respectent de bonnes règles d'hygiène							
Intervention 3.7.1. Extension de la couverture en desserte en eau potable dans les milieux moins correctement couverts							
3.7.1.1	Renforcer l'accès de la population rurale à l'eau potable avec la création de 2268 nouveaux points d'eau dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
3.7.1.2	Renforcer l'accès de la population rurale à l'assainissement avec la création de 10724 nouveaux ouvrages d'assainissement dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
3.7.1.3	Concertation avec le MASS avec le MAEPERH pour renforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement avec la création ou l'amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement dans les 78 formations sanitaires à travers le pays.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
3.7.1.4	Concertation avec le MAEPERH pour enforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement avec la création ou l'amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement dans les 220 écoles, y compris la gestion de l'hygiène menstruelle en appui à la santé scolaire.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Intervention 3.7.2. Promouvoir les pratiques sociales essentielles en matière d'hygiène							
3.7.2.1	Renforcer la sensibilisation et la mobilisation de la population sur les pratiques d'hygiène, en particulier le lavage des mains avec du savon, la préservation de la qualité de l'eau potable à la maison et l'utilisation de latrines.	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	

Axe stratégique 4 : Protection de l'enfant eu égard à ses droits

Résultat 4. 8. La prévention primaire et secondaire de toutes formes de violence, qu'elles soient familiales, communautaires ou institutionnelles, ainsi que de tout comportement à risque pratiqué par les enfants et adolescents est assurée

Intervention 4.8.1. Renforcement de la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires

Activités retenues		Budget en USD					Sources de Financement
		2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	
4.8.1.1	Communication sociale de masse	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	
4.8.1.2	Communication de proximité	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	
4.8.1.3	Renforcement des compétences parentales de protection	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	
4.8.1.4	Renforcement des capacités des acteurs du changement	110 496	220 992	55 248	55 248	110 496	
4.8.1.5	Soutien aux familles à risque	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
4.8.1.6	Renforcement du dispositif de sports et loisirs	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
4.8.1.7	Programmes de formation des adolescents sur les compétences de vie courante	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
4.8.1.8	Renforcement du dispositif de formation professionnelle, initiation, apprentissage et insertion dans le monde du travail	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
4.8.1.9	Renforcement de la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires	67 296	134 592	33 648	33 648	67 296	
Résultat 4.9. la détection et le signalement de tout cas de violence touchant un enfant ainsi que l'amélioration de sa prise en charge holistique sont assurés.							
Intervention 4.9.1. Identification, accès aux services de protection et prise en charge holistique							
4.9.1.1	Renforcement des capacités de signalement : Numéro vert	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	
4.9.1.2	Renforcement du contrôle des lieux à risque pour les enfants	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	
4.9.1.3	Formation des personnels au contact avec les enfants	67 296	134 592	33 648	33 648	67 296	
4.9.1.4	Appui à la prise en charge communautaire	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
4.9.1.5	Création de services sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	

4.9.1.6	Renforcement de la protection judiciaire	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
4.9.1.7	Renforcement de la collaboration entre les intervenants dans la prise en charge des victimes de violence et abus	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	
4.9.1.8	Prévention de la séparation familiale	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	
4.9.1.9	Renforcement du dispositif de réunification familiale, y compris transfrontalier	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
4.9.1.10	Mise en place d'un programme de familles d'accueil	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
4.9.1.11	Renforcement de l'adoption nationale	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	
Résultat 4.10 le dispositif et le système de prévention et de prise en charge est disponible et fonctionnel.							
Intervention 4.10.1. Renforcement des capacités du système national de protection de l'enfant							
4.10.1.1	Mise au point de plans de recrutement/affectation des personnels	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
4.10.1.2	Introduction/renforcement des directives sectorielles en matière de protection de l'enfant	45 696	91 392	22 848	22 848	45 696	
4.10.1.3	Introduction dans les politiques, plan d'action et systèmes d'information sectoriels des éléments pertinents de la PNE	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
4.10.1.4	Développement de directives, orientations et outils de travail	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
4.10.1.5	Formation continue	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
4.10.1.6	Formation initiale	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	

Axe Stratégique 5: Renforcement de la gouvernance et du leadership

Résultat 5.1. Renforcement du cadre institutionnel et du cadre de concertation intra-sectorielle sur le développement de la petite enfance

Intervention 5.1.1. Renforcement de la coordination du Plan Stratégique National sur l'Enfance de Djibouti (PSNED)

Activités retenues	Budget en USD
--------------------	---------------

		2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	Sources de Financement
5.1.1.1	Renforcement des capacités des membres de la plateforme de protection de l'enfant (PFPE) sur la planification stratégique et opérationnelle	48 192	0,0	0,0	0,0	0,0	
5.1.1.2	Doter la plateforme de la protection de l'enfance (PPE) d'un budget, des moyens logistiques et des ressources humaines nécessaires à sa mission ;	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	
5.1.1.3	Missions de suivi de la mise en œuvre des activités du plan stratégique	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
5.1.1.4	Réunions de coordination de la mise en œuvre du plan stratégique	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	
Intervention 5.1.2. Promotion du PSNED							
5.1.2.1	Etablir un modèle de financement par habitant pour l'EPE et un système de planification budgétaire plus explicite dans tous les secteurs du DPE.	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
5.1.2.2	Elaborer/Actualiser et vulgariser les normes, directives, ordinogrammes, protocoles, et modules de formation sur les composantes des soins attentifs ;	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
5.1.2.3	Assurer la vulgarisation continue des normes du DPE et des soins pour le développement de l'enfant même auprès de prestataires de santé qui ont un rôle non négligeable dans l'offre des interventions intégrées su DPE ;	0,0	3 000	0,0	0,0	0,0	
Intervention 5.1.3. Mettre en place une stratégie de plaidoyer pour soutenir la mise en œuvre du PSNED							
5.1.3.1	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer pour la promotion du PNE et du PSNED	23 915	47 831	11 958	11 958	23 915	

5.1.3.2	Publier et disséminer trimestriellement les indicateurs clés de la situation du DPE et de la protection de l'enfant en vue de soutenir le plaidoyer concernant le DPE et la protection de l'enfant	500	500	500	500	500	
5.1.3.3	Elaborer des messages de plaidoyer adapté aux détenteurs d'enjeux pour soutenir la mise en œuvre de PSNED	5 000	0,0	0,0	0,0	0,0	
5.1.3.4	Organiser une journée ou matinée nationale de la petite enfance	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	
Intervention 5.1.4. Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre et le suivi du PSNED							
5.1.4.1	Etablir une planification multisectorielle conjointe qui aligne et harmonise les actions des différents acteurs pour une grande synergie qui amplifierait les effets sur les résultats sectoriels respectifs et le PSNED	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
5.1.4.2	Mettre à jour les normes et directives nationales des prestations, et les gammes de services afin de refléter les cinq composantes des soins attentifs et des adaptations possibles à faire dans le cas des situations humanitaires où l'offre des soins attentifs doit être intégrée dans les politiques, programmes et services humanitaires ;	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
5.1.4.3	Mettre à jour les référentiels de compétences et renforcer les capacités du personnel du secteur du DPE et de la protection de l'enfant	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
5.1.4.4	Plaidoyer pour la création d'une filière de formation des assistantes sociales et animateurs au sein de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS).	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	

Axe stratégique 6 : Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE

Résultat_6.1. Le système de suivi et évaluation est mis en place

Intervention 6.1.1. Renforcement de la Base des données et des capacités pour l'utilisation des outils de collecte des données de SRMNEA-NUT

Activités retenues		Budget en USD					Sources de Financement
		2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	
6.1.1.1	Renforcement des capacités des experts de la PFPE sur le suivi et évaluation et celles des agents dans les services et organes techniques afin de leur permettre de collecter des données sur le PSNED	24 096	48 192	12 048	12 048	24 096	
6.1.1.2	Elaborer et valider un canevas de collecte systématique des données pour le suivi des activités du PSNED	2 000	2 000	0,0	0,0	0,0	
6.1.1.3	Mettre en place un système de collecte systématique et régulier des indicateurs permettant d'assurer le suivi de la mise en œuvre du PSNED	762	1 524	381	381	762	
6.1.1.4	Intégrer quelques indicateurs des SDE en milieu clinique et communautaire dans le DSHI2 pour assurer le suivi de l'offre des soins attentifs	226	452	113	113	226	
6.1.1.5	Mettre en place une base des données centralisées dédiées au DPE	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
6.1.1.6	Elaborer et valider un indice du DPE sur base des expériences existantes et intégrer le module du DPE et du bien-être de la mère et de l'enfant dans les enquêtes nationales afin de mesurer les progrès accomplis d'un point de vue moteur, cognitif et affectif	8 650	0,0	0,0	0,0	0,0	
6.1.1.7	Evaluation à mi-parcours du PSNED			40 000	0,0	0,0	
Intervention 6.1.2. Organisation des évaluations périodiques des plans SRMNEA-NUT							
6.1.2.1	Organiser des Revues annuelles du PSNED	1 440	1 440	1 440	1 440	1 440	
6.1.2.2	Appuyer les Enquêtes nationales ou sectorielles sur le DPE ainsi que des facteurs de risque et des facteurs protecteurs pour les soins attentifs	25 000	0,0	0,0	0,0	25 000	
6.1.2.3	Evaluation finale du PSNED					40 000	
Résultat 6.2. Organisation de la recherche sur le développement de la petite enfance pour produire les évidences locales sur la mise en œuvre des approches des soins attentifs et le développement du secteur							

Intervention 6.2.1. Encourager la collaboration entre les responsables de la mise en œuvre des programmes, les chercheurs et les scientifiques, afin de développer une base de données locale sur les soins attentifs							
6.2.1.1	Elaborer des priorités de recherche locales sur la mise en œuvre de l'approche des soins attentifs	350	700	175	175	350	
6.2.1.2	Soutenir une plateforme nationale pour l'apprentissage et la recherche et former des communautés de pratique pour permettre l'apprentissage par les pairs ;	474	948	237	237	474	
6.2.1.3	Recherche sur la mise en œuvre de la stratégie nationale et programmes des soins pour le développement de l'enfant	10 000	20 000	5 000	5 000	10 000	

9.4. Synthèse du budget

Axes stratégiques	Années					
	2 022 (USD)	2 023(USD)	2 024 (USD)	2 025 (USD)	2 026 (USD)	Total (USD)
1_Offre des soins attentifs (de santé et nutritionnels) de qualité et répondant aux besoins dans la petite enfance	487 515	682 268	247 176	197 376	350 300	2 018 135
2_Apprentissage précoce	2 361 683	2 612 548	809 833	806 833	1 172 385	7 763 282
3_Sécurité, sûreté & protection sociale	27 000	27 000	27 000	27 000	27 000	135 000
4_Protection de l'enfant eu égard à ses droits	623 372	986 444	441 836	441 836	623 372	3 116 860
5_Renforcement de la gouvernance et du leadership	208 991	279 099	95 650	95 650	155 799	835 189
6_Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE	70 998	75 256	59 394	19 394	102 348	327 390
Total	3 779 559	4 662 615	1 680 889	1 588 089	2 431 204	16 160 491

xxx : dans le cadre programmatique signifie que ces lignes budgétaires sont couvertes dans d'autres budgets sectoriels

0,0 : Signifie qu'il n'est pas prévu des dépenses de cette activité au cours de cette période.

Intervention 1.1.3. Amélioration de l'état nutritionnel des enfants									
1.1.3.1	Renforcer des capacités des prestataires (infirmiers) et Agents de santé communautaire sur la PCIME dans les milieux non couverts par le paquet d'activités	x	x	x	x	x	x	MS	UNFD, MFF, MASS
1.1.3.2	Assurer la supplémentation en Vit A chez les enfants de 6 à 59 et le déparasitage des enfants de 12-59 mois à intégrer avec la vaccination de routine	x	x	x	x	x	x	MS	UNFD, MFF,
1.1.3.3	Installer les unités de nutrition dans tous les centres de santé pour assurer une prise en charge adéquate des malnutris, le suivi et la surveillance de la croissance infantile afin d'améliorer la couverture en activités de PCIMA	x	x	x	x	x	x	MS	
1.1.3.4	Opérationnaliser la stimulation psychosociale dans les structures de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère cliniques et communautaires		x	x	x	x	x	MS	MFF
1.1.3.5	Appuyer l'élaboration d'un plan multisectoriel de lutte contre la malnutrition qui renforce la prévention de la malnutrition à travers la sécurité alimentaire, la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), et la prévention et la prise en charge précoce des maladies de l'enfance.	x	x	x	x	x	x	MS	MFF, UNFD
1.1.3.6	Élaborer un guide sur l'alimentation complémentaire minimum acceptable à base d'aliments locaux soutenus par des études sur la valeur nutritionnelle, la disponibilité, l'acceptabilité et le cout des aliments disponibles dans les communautés djiboutiennes.		x	x	x	x	x	MS	MFF, MASS, AGRI, MENFOP, UNFD
1.1.3.7	Renforcer la capacité des structures de réhabilitation nutritionnelle par l'affectation de ressources humaines compétentes et la disponibilité permanente en quantité suffisantes des intrants de prise en charge de la malnutrition.		x	x	x	x	x	MS	
1.1.3.8	Accompagner l'établissement du Conseil National de la Nutrition comme cadre institutionnel de coordination multisectorielle de la lutte contre la malnutrition sous le leadership du premier ministre avec la participation du Ministère de la santé, des autres ministères de tutelle, de la société civile et des PTF		x						
1.1.3.9	Elaborer une stratégie nationale ANJE				x			MS	
1.1.3.10	Produire des outils de formation et des supports de communication sur l'allaitement maternel				x			MS	
1.1.3.11	Former /recycler des prestataires sur le paquet ANJE,		x	x	x	x	x	MS	

1.1.3.12	Sensibiliser des mères/pères et belles mères, leaders religieux sur l'ANJE				x	x	x	MS	MFF/MAM/UNFD
1.1.3.13	Former sur l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébéés (IHAB)		x	x	x	x	x	MS	
1.1.3.14	Mission d'évaluation de la mise en place de l'IHAB dans les FOSA		x	x	x	x	x	MS	
1.1.3.15	Promouvoir l'alimentation diversifiée chez les enfants de 6-23 mois		x	x	x	x	x	MS	UNFD
1.1.3.16	Suivre la croissance chez les enfants de moins de 5 ans en milieu communautaire et dans les FOSA		x	x	x	x	x	MS	
1.1.3.17	Supplémentation en Zinc+SRO des enfants pendant les épisodes de diarrhée		x	x	x	x	x	MS	
1.1.3.18	Supplémentation alimentaire à domicile chez les enfants de 6-23 mois avec les poudres de micronutriments			x	x	x	x	MS	
1.1.3.19	Dépistage actif dans la communauté et le référencement des enfants et des FEFA vers les FOSA		x	x	x	x	x	MS	MFF, UNFD, MASS, MENFOP
Intervention 1.1.4. Intégration des soins pour le développement de l'enfant dans tous les services de santé et de nutrition pour qu'ils favorisent davantage les soins attentifs et répondent aux besoins des enfants									
1.1.4.1	Plaider pour l'intégration des soins de santé mentale dans les paquets de soins SMNE-Nutrition, au niveau clinique et communautaire	x	x	x				MFF	MS
1.1.4.2	Développer et mettre en œuvre une stratégie (approche) des soins de santé mentale, à intégrer dans les services de SMNE-Nutrition de première ligne et communautaires, le dépistage et la prise en charge psychosociale des problèmes de santé mentale au bénéfice des femmes et familles.		x	x	x	x	x	MS	MFF
Résultat 1.2. Amélioration de l'accès aux soins pour la mère et l'enfant									
Intervention 1.2.1. Mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale de Protection Sociale pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain.									
1.2.1.1	Concertation avec le MASS pour l'Extension des cibles du SNPS aux enfants de moins de 5 ans en général et à ceux qui ont un handicap et un trouble de développement			x				MFF	MASS

1.2.1.2	Mettre en place un cadre de concertation (ministère de la santé et le ministère des affaires sociales) pour s'assurer que les familles les plus marginalisées avec de jeunes enfants sont effectivement couverts par les mesures de protection sociales mises en œuvre dans le cadre de la SNPS pour avoir accès aux services du DPE		x	x	x	x	x	MASS	MS, MFF, Décentralisation, AGRI
1.2.1.3	Etendre des cibles de programme de transfert monétaires afin de donner plus d'accès aux soins aux femmes et enfants vulnérables ; atteindre un plus grand nombre de familles et d'enfants qui sont le plus à risque de développement sous-optimal		x	x	x	x	x	MASS	MFF, MS
Interventions 1.2.2. Renforcement de la stratégie avancée pour l'offre des soins de santé et nutritionnel									
1.2.2.1	Offrir des soins en stratégie avancée pour atteindre les familles défavorisées à cause de l'inaccessibilité physique aux soins de santé, notamment : la vaccination, la supplémentation vitamine A, le déparasitage, la supplémentation en poudres de micronutriments des enfants de 6 à 23 mois vivant dans les zones de forte prévalence de la malnutrition chronique, la supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes et allaitantes et le conseil sur les SDE	X	X	x	x	x	x	MS	MFF, UNFD
Intervention 1.2.3. Promouvoir et mettre effectivement mettre effectivement en œuvre la stratégie nationale de communication									
1.2.3.1	Promouvoir les pratiques sociales essentielles en santé par une approche centrée sur la personne, lors de l'offre des soins de SMNE dans les formations sanitaires et des activités en communauté, y compris l'approche de l'Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant (ANJE) et la PCIMA communautaire	X	X	X	X	X	X	MS	MASS, UNFD, MFF
1.2.3.2	Développer et diffuser les documents en langues locales sur les avantages de l'allaitement pour une variété. Ceux –ci pourraient inclure des matériaux de formation pour les agents de santé, des brochures de sensibilisation pour les dirigeants communautaires et les ONG et des brochures pédagogiques pour les mères, compris les mères analphabètes	X	X	X	X	X	X	MS	MASS, UNFD, MFF

1.2.3.3	Encourager l'allaitement maternel dans une perspective islamique, et engager les organisations religieuses et les dirigeants pour étendre la sensibilisation.	- X	X	X	X	X	X	MS	MAM, UNFD, MFF, MASS
Interventions 1.3 1. Renforcement de la coordination de la réponse communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire									
1.3.1.1	Elaborer la cartographie des intervenant en vue de réorganiser la communauté en une plateforme unique d'engagement communautaire qui amène toutes ses ressources, y compris ses multiples groupes communautaires, à travailler ensemble vers les résultats en rapport avec les soins attentifs et le DPE ;		X					MFF	MS, UNFD
1.3.1.2	Réunions de coordination entre les ONG et les associations communautaires pour des actions coordonnées de promotion des PSE, de prévention et le dépistage précoce de la malnutrition		X	X	X	X	X	MFF	MS, UNFD, MASS, MFF, MAM, Décent.
Interventions 1.3.2. Mettre en œuvre la stratégie de communication pour le changement de comportement (C4D)									
1.3.2.1	Intensifier, à travers des médias publics, les leaders communautaires, les agents communautaires et les organisations de la société civile, la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur : i) prévention et premiers soins à domicile du paludisme ; ii) premiers soins à domicile des cas d'IRA ; iii) prise en charge des diarrhées, hygiène et assainissement; iv) l'AME et l'ANJE; v) planification familiale; vi) vaccination, supplémentation en vitamine A et déparasitage et vii) soins pour le développement de l'enfant,		X	X	X	X	X	MS	UNFD, MASS, MFF, MAM,
1.3.2.2	Organiser les visites à domicile et des groupes de parents, pour aider les familles et les enfants à surmonter les barrières aux soins attentifs ;		X	X	X	X	X	MS	UNFD, MFF
1.3.2.3	Assurer la formation des agents de santé communautaire sur la mise en place des registres communautaires, la recherche active et le suivi des enfants non-vaccinés et perdus de vue en vue d'améliorer la couverture vaccinale,		X	X	X	X	X	MS	MFF, UNFD, MASS

1.3.2.4	Renforcer le suivi des perdus de vue avec l'aide des technologies nouvelles, en particulier pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants en âge de vaccination, comme une composante importante de la santé communautaire dans la continuité des soins entre les formations sanitaires et la communauté	x	x	x	x	x	x	MS	UNFD
1.3.2.5	Recruter et déployer des agents de santé communautaire formés et équipés dans toutes les communautés de Djibouti, en commençant par les zones d'accès limité dans les régions d'Arta, d'Ali Sabieh, de Dikhil, d'Obock, et de Tadjourah.	x	x	x	x	x	x	MS	UNFD
Interventions 1.3.4. Mobilisation des ressources locales en vue de contribuer à améliorer l'espace budgétaire, l'efficacité et l'accès financier des plus pauvres à des services des soins attentifs.									
1.3.4.1	Réunions d'identification et de mobilisation du financement communautaire en vue de soutenir la mise en œuvre des activités du PSNED		x	x	x	x	x	MS	MFF, MASS, UNFD
1.3.4.2	Réorganiser la communauté en une plateforme unique d'engagement communautaire qui amène toutes ses ressources, y compris ses multiples groupes communautaires, à travailler ensemble vers les résultats du PNDS 2020-2024 sur la santé et ses déterminants		x	x	x	x	x	MS	MFF, MASS, UNFD
Résultat 1.3. Renforcement de la qualité des soins attentifs									
1.3.4.3	Renforcer le plateau technique des soins SMNE-Nutrition en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients		x					MS	
1.3.4.4	Renforcer les capacités techniques des prestataires sur la PCIME afin d'assurer une opérationnalisation effective dans toute la communauté	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.5	Renforcer les ressources humaines (affectation) pour la santé en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.6	Renforcer l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les formations sanitaires, en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.7	Renforcer les capacités techniques des équipes mobiles dans les districts, sur la prévention, le dépistage et la prise en charge communautaire de la malnutrition	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.8	Redynamiser les séances de sensibilisation sur l'importance de la CPN au sein de la communauté		x	x	x	x	x	MS	

1.3.4.9	Elaborer et dupliquer un guide sur la pratique du contact peau à peau et la mise au sein précoce pour les ASC/matrone		x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.10	Former des matrones et des acteurs communautaires sur le guide communautaire	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.11	Organiser des séances de sensibilisation sur le contact peau à peau, la mise au sein précoce, pour les femmes enceinte		x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.12	Organiser des séances d'éducation spéciale pour les femmes accouchées sur la valeur du colostrum,	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.13	Former les matrones et les agents de santé communautaires sur les différentes méthodes des contraceptions	x	x	x	x	x	x	MS	
1.3.4.14	Etendre le counseling de proximité en PF au sein de la communauté	x	x	x	x	x	x	MS	

Axe stratégique 2 : Apprentissage précoce

Résultat_2.4. Les opportunités d'apprentissage sont diversifiées et les structures d'encadrement de la petite enfance sont disponibles et les enfants ont accès à un encadrement de bonne qualité

Intervention 2.4.1. Accroissement de la couverture nationale en structures d'encadrement de la petite enfance

Activités retenues		21	22	23	24	25	26	Respon sable	Partenaires de Mise en œuvre (MEO)
2.4.1.1	Revisiter positivement les options sur la durée de l'organisation de la classe préscolaire, en conjuguant les perspectives vers la couverture universelle et la production de services pertinents pour l'amélioration des apprentissages au cycle primaire ;(plaider pour l'extension de la classe préscolaire à 2 ans) (4 à 5ans)		x	x	x	x	x	MENFOP	MFF
2.4.1.2	Elaborer un plan de couverture national en crèches et garderies, étendre et mettre à l'échelle l'expérience initiée par le MFF sur les garderies et les crèches communautaires ;		x	x	x	x	x	MFF	
2.4.1.3	Mettre en œuvre une stratégie de l'extension de la couverture en nouvelles garderies, centres communautaires d'éveil et des crèches conformément aux recommandations en vigueur au MENFOP		x	x	x	x	x	MFF	MENFOP

2.4.1.4	Créer des espaces et aires de jeu pour l'encadrement de la petite enfance.		x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
2.4.1.5	Mettre en place des stratégies d'école alternative et l'amélioration des conditions d'apprentissage dans les structures d'éducation non formelle, permettant d'assurer des passerelles vers le formel		x	x	x	x	x	MENFOP	MFF
2.4.1.6	Poursuivre l'extension de la couverture en classes préscolaire : construction de plus en plus de salles de classe préscolaire et l'augmentation de la capacité d'accueil).	x	x	x	x	x	x	MENFOP	
2.4.1.7	Accompagner les Initiatives privées pour l'éducation préscolaire concernant le respect des normes dans le but d'accréditer celles qui peuvent contribuer à l'amélioration de la couverture	x	x	x	x	x	x	MENFOP	MENFOP, MASS
2.4.1.8	Plaider pour l'intégration des moniteurs des structures d'encadrement de la PE dans le budget de l'Etat		x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
2.4.1.9	Budgétiser et rémunérer les travailleurs dans les structures d'encadrement de la petite enfance		x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
Intervention 2.4.2. Intégration et mise en œuvre de la stratégie des soins pour le développement de l'enfant y compris l'apprentissage précoce									
2.4.2.1	Concertation avec le MS pour l'intégration des SDE dans les paquets de soins SMNE-Nutrition, au niveau clinique et communautaire		x	x	x	x	x	MFF	MS
2.4.2.2	Organiser une consultation internationale pour appuyer techniquement le MFF et partenaires dans la mise en œuvre du PSNED, particulièrement la stratégie des SDE		x						
2.4.2.3	Développer et mettre en œuvre une approche communautaire de la stratégie ou programme des Soins pour le développement de l'enfant		x	x	x	x	x	MFF	MENFOP, MS, UNFD
2.4.2.4	Développer et mettre en œuvre une approche clinique de la stratégie y compris le programme des Soins pour le développement de l'enfant		x	x	x	x	x	MS	MFF, MENFOP, UNFD
Résultat 2.5. L'accès et l'utilisation des structures d'encadrement de la petite enfance sont améliorés									
Intervention 2.5.1. Mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale de Protection Sociale pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain									
2.5.1.2	Mettre en place un cadre de concertation (MFF, MENFOP et MASS) pour s'assurer que les familles les plus marginalisées avec de jeunes enfants sont effectivement couverts par les mesures de protection sociales mises en œuvre dans le cadre de la SNPS pour avoir accès aux services du DPE ;	x	x	x	x	x	x	MFF	MASS, MENFOP

2.5.1.3	Appui technique des ONG pour intervenir dans la promotion de l'enseignement préscolaire ;	X	x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
2.5.1.4	Généraliser la préscolarisation sur l'ensemble du territoire	X	x	x	x	x	x	MENFOP	MFF
2.5.1.7	Appuyer les Activités génératrices de revenu afin de promouvoir l'autonomisation des femmes et appuyer les SDE et la protection de l'enfant		x	x	x	x	x	MFF	MASS
Intervention 2.5.2. Mise en œuvre du programme national pour une éducation inclusive des enfants handicapés à besoins spéciaux									
2.5.2.1	Plaider pour la mise en œuvre de la stratégie du préscolaire Djibouti obligatoire et garantir sa gratuité aux ménages		x	x	x	x	x	MENFOP	
2.5.2.2	Mettre en œuvre la stratégie nationale du préscolaire Djibouti obligatoire et garantir sa gratuité aux ménages	X	X	x	x	x	x	MENFOP	
2.5.2.3	Développer une stratégie et un programme spécifique pour l'éducation des enfants (0-6 ans) à besoins spéciaux	x	x	x	x	x	x	MENFOP	
2.5.2.4	Concertation avec le MASS pour l'extension de la couverture en classes assurant l'éducation des enfants à besoins spéciaux.	X	X	X	X	X	X	MENFOP	MFF
Intervention 2.5.3. Promotion de l'éducation de la petite enfance									
2.5.3.1	Former des Agents de santé communautaires sur les Soins attentifs et les SDE pour assurer les conseils et soins à domicile			X	x			MENFOP	UNFD
2.5.3.2	Intensifier la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur l'utilisation de la classe préscolaire et des structures d'encadrement de la petite enfance, les croyances, les attitudes et les objectifs des parents concernant l'éducation de leurs enfants ; l'environnement d'apprentissage fourni à la maison ; des relations de soutien et de réactivité au sein de la famille qui sont les éléments constitutifs du développement social et affectif des enfants.		x	x	x	x	x	MENFOP	MFF
2.5.3.3	Redynamiser le programme d'éducation parentale auprès des parents des enfants inscrits dans la classe préscolaire et dans les écoles de Djibouti, avec l'accent particulier sur les pratiques sociales essentielles		x	x				MENFOP	MFF

Axe Stratégique 3 : Sécurité, sûreté & protection sociale									
Résultat_3.6. Toutes les naissances sur le territoire djiboutien sont enregistrées par les services d'Etat civil									
Intervention 3.6.1. Promotion de l'enregistrement des naissances									
Activités retenues		21	22	23	24	25	26	Responsable	Partenaires de Mise en œuvre (MEO)
3.6.1.1	Intensifier la sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour l'enregistrement à la naissance	x	x	x	x	x	x	M.Décent ralisation	UNFD, MFF, MAM, MENFOP
Intervention 3.6.2. Extension de la couverture en services d'Etat civil dans les localités et zones éloignées									
3.6.2.1	Installer et opérationnaliser des unités ou services d'Etat civil dans les localités ou celles-ci n'existent pas ;	x	x	x	X	X	X	M.Décent ralisation	
3.6.2.2	Intégrer les activités d'enregistrement des naissances dans les équipes mobiles ou les activités des Comités de Gestion Communautaires (CGC) en vue d'atteindre les ménages vivant dans les localités les plus éloignées (en concertation avec ministère de la Santé et l'UNFD par exemple)	x	x	x	x	x	x	M.Décent ralisation	MASS/ MS/UNFD
3.6.2.2	Mettre en place un cadre de concertation (Décentralisation & MSP) pour l'intégration des activités d'enregistrement des naissances dans les équipes mobiles ou les activités des Comités de Gestion Communautaires (CGC) en vue d'atteindre les ménages vivant dans les localités les plus éloignées (en concertation avec ministère de la Santé et l'UNFD par exemple)	X	x	x	x	x	x	M.Décent ralisation	MFF/ UNFD/MS
Résultat_3.7. Les familles et les enfants vivent dans des environnements propres et sûrs et respectent de bonnes règles d'hygiène									
Intervention 3.7.1. Extension de la couverture en desserte en eau potable dans les milieux moins correctement couverts									
3.7.1.1	Renforcer l'accès de la population rurale à l'eau potable avec la création de 2268 nouveaux points d'eau dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah.	x	x	x	x	x	x	M.AGRI	MASS
3.7.1.2	Renforcer l'accès de la population rurale à l'assainissement avec la création de 10724 nouveaux ouvrages d'assainissement dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah	x	x	x	x	x	x	M.AGRI	MASS

3.7.1.3	Concertation avec le MAEPERH pour renforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement avec la création ou l'amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement dans les 78 formations sanitaires à travers le pays.	x	x	x	x	x	x	M.AGRI	MASS
3.7.1.4	Concertation avec le MAEPERH pour renforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement avec la création ou l'amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement dans les 220 écoles, y compris la gestion de l'hygiène menstruelle en appui à la santé scolaire.	x	x	x	x	x	x	M.AGRI	MASS
Intervention 3.2.2. Promouvoir les pratiques sociales essentielles en matière d'hygiène									
3.7.2.1	Renforcer la sensibilisation et la mobilisation de la population sur les pratiques d'hygiène, en particulier le lavage des mains avec du savon, la préservation de la qualité de l'eau potable à la maison et l'utilisation de latrines.		x	x	x	x	x	M.AGRI	MASS

Axe stratégique 4 : Protection de l'enfant eu égard à ses droits

Résultat _4.8. La prévention primaire et secondaire de toutes formes de violence, qu'elles soient familiales, communautaires ou institutionnelles, ainsi que de tout comportement à risque pratiqué par les enfants et adolescents

Intervention 4.8.1. Renforcement de la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires

Activités retenues	21	22	23	24	25	26	Responsable	Partenaires de Mise en œuvre (MEO)
4.8.1.1	x	x	x	x	x	x	MFF	
4.8.1.2	x	x	x	x	x	x	MFF	
4.8.1.3	x	x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
4.8.1.4	x	x	x	x	x	x	MFF	
4.8.1.5	x	x	x	x	x	x	MFF	MASS
4.8.1.6	X	x	x	x	X	X	MFF	Secrétariat d'Etat Chargé des sports

4.8.1.7	Programmer des formations pour les adolescents sur les compétences de vie courante	X	x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
4.8.1.8	Renforcer le dispositif de formation professionnelle, initiation, apprentissage et insertion dans le monde du travail	X	x	X	X	X	X	MFF	MENFOP/ MT
4.8.1.9	Renforcer la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires	X	X	X	x	X	X	MFF	MENFOP
Intervention 4.9.1. Identification, accès aux services de protection et prise en charge holistique									
4.9.1.1	Renforcer les capacités de signalement : Numéro vert	x	x	x	x	x	x	MFF	UNFD
4.9.1.2	Renforcer le contrôle des lieux à risque pour les enfants	x	x	x	x	x	x	MFF	M.I
4.9.1.3	Former les personnels au contact avec les enfants	x	x	x	x	x	x	MFF	MENFOP
4.9.1.4	Appui à la prise en charge communautaire	x	x	x	x	x	x	MFF	
4.9.1.5	Créer de services sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance	x	x	x	x	x	x	MFF	
4.9.1.6	Renforcer la protection judiciaire	x	x	x	x	x	x	MFF	MJ
4.9.1.7	Renforcer les liens de collaboration entre les intervenants dans la prise en charge dans le cadre de la Plateforme de prise en charge	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme
4.9.1.8	Prévention de la séparation familiale	x	x	x	x	x	x	MFF	M. JUSTICE /UNFD
4.9.1.9	Renforcement du dispositif de réunification familiale, y compris transfrontalier	x	x	x	x	x	x	MFF	M.JUSTICE
4.9.1.10	Mise en place d'un programme de familles d'accueil	x	x	x	x	x	x	MFF	
4.9.1.11	Renforcement de l'adoption nationale	x	x	x	x	x	x	MFF	
Intervention 4.10.1. Renforcement des capacités du système national de protection de l'enfant									
4.10.1.1	Mise au point de plans de recrutement/affectation des personnels	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
4.10.1.2	Introduire /renforcer les directives sectorielles en matière de protection de l'enfant	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
4.10.1.3	Introduire dans les politiques, plan d'action et systèmes d'information sectoriels des éléments pertinents de la PNE	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.

4.10.1.4	Développer de directives, orientations et outils de travail	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
4.10.1.5	Formation continue	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
4.10.1.6	Formation initiale	x	x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.

Axe Stratégique 5: Renforcement de la gouvernance et du leadership									
Résultat_5.1. Renforcement du cadre institutionnel et du cadre de concertation intra-sectorielle sur le développement de la petite enfance									
Intervention 5.1.1. Renforcement de la coordination du Plan Stratégique National sur l'Enfance de Djibouti (PSNED)									
Activités retenues		21	22	23	24	25	26	Responsable	Partenaires de Mise en œuvre (MEO)
5.1.1.1	Atelier de renforcement des capacités des membres de la plateforme de protection de l'enfant (PPE), à planifier ensemble, mettre en œuvre par secteur et par niveau opérationnel, surveiller et être ensemble responsables des actions menées ;		X					MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
5.1.1.2	Doter la Plateforme de la protection de l'enfance (PFPE) d'un budget, des moyens logistiques et des ressources humaines nécessaires à sa mission ;		X	X	X	X	X	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
5.1.1.3	Missions de suivi de la mise en œuvre des activités du plan stratégique		x	X	X	X	X	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
5.1.1.4	Réunions de coordination de la mise en œuvre du plan stratégique		x	x	X	X	X	MFF	

Intervention 5.1.2. Promotion du PSNED									
5.1.2.1	Etablir un modèle de financement par habitant pour l'EPPE et un système de planification budgétaire plus explicite dans tous les secteurs du DPE.	X	X	X	X	X	X	MFF	MS
5.1.2.2	Elaborer/Actualiser et vulgariser les normes, directives, ordinogrammes, protocoles, et modules de formation sur les composantes des soins attentifs ;		x	X	X	X	X	MFF	MS
5.1.2.3	Assurer la vulgarisation continue du DPE même auprès de prestataires de santé qui ont un rôle non négligeable dans l'offre des interventions intégrées su DPE ;			X				MFF	
Intervention 5.1.3. Mettre en place une stratégie de plaidoyer pour soutenir la mise en œuvre du PSNED									
5.1.3.1	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer pour la promotion du PNE et du PSNED		x	X	X	X	X	MFF	
5.1.3.2	Disséminer d'une manière régulière, dans un format facile à utiliser pour toutes les parties prenantes, y compris les familles et les communautés, les informations sur le PSNED, en vue de soutenir le plaidoyer concernant le DPE et la protection de l'enfant		x	X	X	X	X	MFF	
5.1.3.3	Elaborer des messages de plaidoyer adapté aux détenteurs d'enjeux pour soutenir la mise en œuvre de PSNED		X					MFF	
5.1.3.4	Organiser une journée ou matinée nationale de la petite enfance		x	x	x	x	x	MFF	
Intervention 5.1.4. Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre et le suivi du PSNED									
5.1.4.1	Etablir une planification multisectorielle conjointe qui aligne et harmonise les actions des différents acteurs pour une grande synergie qui amplifierait les effets sur les résultats sectoriels respectifs et le PSNED		X	X	X	X	X	MFF	Ministères : membres de la Plateforme.
5.1.4.2	Mettre à jour les normes et directives nationales des prestations, et les gammes de services afin de refléter les cinq composantes des soins attentifs et des adaptations possibles à faire dans le cas des situations humanitaires où l'offre des soins attentifs doit être intégrée dans les politiques, programmes et services humanitaires ;		x	x	X	X	X	MFF	MS
5.1.4.3	Mettre à jour les référentiels de compétences et renforcer les capacités du personnel du secteur de la PE		x	x	X	X	X	MFF	MENFOP

5.1.4.4	Plaidoyer pour la création d'une filière de formation des assistantes sociales et animateurs au sein de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS).		X	X	x	x	x	MFF	M. de l'Enseignement supérieur
---------	---	--	---	---	---	---	---	-----	--------------------------------

Axe stratégique 6 : Utilisation des données et innovation dans le domaine du DPE									
Résultat_6.1. Mise en place du système de suivi et évaluation									
Intervention 6.1.1. Renforcement de la Base des données et des capacités pour l'utilisation des outils de collecte des données									
Activités retenues		21	22	23	24	25	26	Responsable	Partenaires de Mise en œuvre (MEO)
6.1.1.1	Renforcer les capacités des experts de la PFPE sur le suivi et évaluation et celles des agents dans les services et organes techniques afin de leur permettre de collecter des données sur le PSNED		X	X	X	X	X	MFF	MENSUR
6.1.1.2	Elaborer et valider un canevas de collecte systématique des données pour le suivi des activités du PSNED		X	X				MFF	INSD (DISED)
6.1.1.3	Mettre en place un système de collecte systématique et régulier des indicateurs permettant d'assurer le suivi de la mise en œuvre du PSNED		X	X	X	X	X	MFF	
6.1.1.4	Intégrer quelques indicateurs des SDE en milieu clinique et communautaire dans le DSHI2 pour assurer le suivi de l'offre des soins attentifs		X	X	X	x	X	MFF	MS
6.1.1.5	Mettre en place une base des données centralisées dédiées au DPE	x	X	X	X	X	X	MFF	INSD (DISED)
6.1.1.6	Atelier de renforcement des capacités des agents dans les plateformes de mise en œuvre du PSNED afin de leur permettre de collecter des données sur le PSNED		X					MFF	
6.1.1.7	Elaborer et valider l'indice du DPE sur base des expériences existantes et intégrer le module du DPE et du bien-être de la mère et de l'enfant dans les enquêtes nationales afin de mesurer les progrès accomplis d'un point de vue moteur, cognitif et affectif		x					MFF	
Intervention 6.1.2. Organisation des évaluations périodiques du PSNED									

6.1.2.1	Organiser des Revues annuelles du PSNED		x	x	x	x	x	MFF	Ministères : membres de la Plateforme
6.1.2.2	Appuyer les Enquêtes nationales ou sectorielles sur le DPE ainsi que des facteurs de risque et des facteurs protecteurs pour les soins attentifs		x				x	MFF	INSD, MS, MENFOP
6.1.2.3	Evaluation mi-parcours du PSNED				x		x	MFF	MENFOP, MS, MCD
6.1.2.4	Evaluation finale du PSNED						x	MFF	MENFOP, MS, MCD
6.2. Organisation de la recherche sur le développement de la petite enfance pour produire les évidences locales sur la mise en œuvre des approches des soins attentifs et le développement du secteur									
Intervention 6.2.1. Encourager la collaboration entre les responsables de la mise en œuvre des programmes, les chercheurs et les scientifiques, afin de développer une base de données locale sur les soins attentifs									
6.2.1.1	Elaborer des priorités de recherche locales sur la mise en œuvre de l'approche des soins attentifs		X	X	x	X	X	MFF	MS
6.2.1.2	Soutenir une plateforme nationale pour l'apprentissage et la recherche et former des communautés de pratique pour permettre l'apprentissage par les pairs ;		x	x	x	x	x	MFF	
6.2.1.3	Recherche sur la mise en œuvre de la stratégie nationale et programmes des soins pour le développement de l'enfant		X	x	x	x	x	MFF	MS

9.6. Cadre de performance

9.6.1. Impact

Indicateurs		Baseline	Cible 2026	Moyens/source de vérification
Survie de la mère et de l'enfant				
	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 nv	248	164	Rapport/Enquête EDS/MICS UN/MMEIG
	Taux de mortalité néonatale pour 1000 nv	32	22	Rapport/Enquête EDS/MICS UN IGME
	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 nv	59	40	Rapport/Enquête EDS/MICS UN IGME
Morbidité maternelle et infanto-juvénile				
	Taux de transmission mère-enfant du VIH (%)	19,0	<5,0	Rapport/Enquête VIH
	Taux d'obésité chez les adultes de 18 ans et plus (%)	12,0	8,0	Rapport/Enquête STEPwise
	Taux d'obésité chez les adolescents de 10-19 ans (%)	4,0	2,8	Rapport/Enquête STEPwise
	Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (%)	21,0	14,0	Rapport/Enquête SMART
	Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation (%)	10,3	5,0	Rapport/Enquête SMART
	Taux d'anémie chez les femmes enceintes (%)	32,0	22,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	Taux d'anémie chez les de moins de cinq ans (%)	42,0	21,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	Taux d'incidence des faibles poids de naissance chez les nouveau-nés (%)	15,0	10,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
Développement de la petite enfance				
	Indice de développement intégré de la petite enfance (IDIPE)	53	75	
	% des enfants âgés de 36 à 59 mois présentant un développement sous optimal dans au moins trois des quatre domaines suivants (lecture/écriture et calcul, développement physique, développement socio-émotionnel et apprentissage)	75	50 ²	Rapport/Enquête EDS/MICS

	% d'enfants de 2 à 4 ans ayant des difficultés fonctionnelles dans le domaine de l'audition, la vue, la marche, la motricité fine, la communication, l'apprentissage, le jeu et le contrôle du comportement adéquatement pris en charge			Enquête EDS/MICS
	% des enfants âgés de 2-17 ans qui utilisent des appareils et accessoires fonctionnels et qui ont des difficultés fonctionnelles dans le domaine des appareils et accessoires fonctionnels			Enquête EDS/MICS
	% des 6-8 ans scolarisés			Enquête EDS/MICS
	% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis			Enquête EDS/MICS
	% des enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé			Enquête EDS/MICS
	Age moyen d'entrée au primaire			Enquête EDS/MICS
	Taux brut d'admission à la dernière année d'école primaire			Enquête EDS/MICS
	Taux d'achèvement de l'école primaire			Enquête EDS/MICS
	Taux de transition vers l'enseignement secondaire			Enquête EDS/MICS
Protection de l'enfant				
	% d'enfants âgés de 1 à 4 ans ayant été exposés à des méthodes disciplinaires violentes (violences psychologiques et/ou châtiments corporels) au cours du mois précédent			Enquête EDS/MICS
	% des enfants mariés avant 18 ans			Enquête EDS/MICS
	Prévalence des Mutilations génitales féminines (MGF) chez les femmes de 0-49 ans)			Enquête EDS/MICS
	Incidence des MGF chez les filles de 0-9 ans (%)			Enquête EDS/MICS
	% d'enfants âgés de 5 à 11 ans impliqués dans une activité économique pendant au moins une heure			Enquête EDS/MICS
	% d'enfants âgés de 12 à 14 ans impliqués dans une activité économique pendant moins de 14 heures			Enquête EDS/MICS
	% d'enfants âgés de 12 à 14 ans impliqués dans une activité économique pendant 14 heures ou plus			Enquête EDS/MICS
	% d'enfants âgés de 15 à 17 ans impliqués dans une activité économique pendant moins de 43 heures			Enquête EDS/MICS

	% d'enfants âgés de 15 à 17 ans impliqués dans : Activité économique pendant 43 heures ou plus			Enquête EDS/MICS
	Pourcentage d'enfants retirés du travail et inscrits en éducation, qui ne reprennent pas un travail dangereux pendant 18 mois et qui ont achevé leur éducation obligatoire			Enquête EDS/MICS

9.6.2. Effet sur l'utilisation des soins attentifs sur le continuum

Indicateurs		Baseline	Cible 2026	Moyens/source de vérification
	Prévalence contraceptive (%)	19,0	40,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des adultes de 15 ans et plus qui fument le tabac	13,0	10,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
Interventions au cours de la grossesse				
	% des femmes enceintes de qui ont bénéficié d'au moins 4 visites prénatales pendant leur grossesse	23	50	Rapport/Enquête EDS/MICS Annuaire statistique santé
	% des femmes enceintes vaccinés contre le tétanos	59,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des femmes enceintes dans les régions endémiques ayant dormi sous MII la nuit dernière avant l'enquête	47,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS Enquête Palu
	% de la population à risque protégée par des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent dans les habitations éligibles	71,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS Enquête Palu
	% des femmes enceintes supplémentées en fer et acide folique	74,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des femmes enceintes recevant des ARV pour la PTME	49	90	Annuaire statistique santé
Accouchement par un personnel de santé qualifié et soins postnatals				
	% des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié	87	95	Rapport/Enquête EDS/MICS/Annuaire st.

	% de nouveau-nés qui ont été séchés après la naissance	ND	90	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% de nouveau-nés avec premier bain au moins 6 heures après la naissance	ND	90	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des mères ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance	54	70	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance	54	70	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% utilisation CPoN à 6 jours après accouchement	ND	50	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% utilisation CPoN à 42 jours après accouchement	ND	50	Rapport/Enquête EDS/MICS
Prévention de l'infection et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant				
	% des enfants en âge scolaire déparasités	36	90	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	83	90	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% d'enfants de 0-59 mois confirmés Paludisme au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec un antipaludéen			Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants 0-59 mois ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu la SRO et le zinc	ND	90	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants souffrant de IRA au cours des 2 dernières semaines et qui ont recherché les soins chez un prestataire compétent	94	95	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants souffrant de l'IRA au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement à base d'antibiotiques	79	90	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants souffrant de la malnutrition recevant une prise en charge appropriée	32	90	Annuaire statistique santé
	% des enfants ayant été stimulés au cours de l'épisode de prise en charge pour Malnutrition aigüe sévère			
	% d'enfants de moins de 5 ans dans les régions endémiques ayant dormi sous MII la nuit dernière	20,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS Enquête Palu
	% des mères ayant bénéficié des causeries éducatives de RECOs au village		90	Rapport d'enquêtes
Interventions nutritionnelles chez l'enfant				
	Consommation moyenne de sel chez les adultes de 20 ans et plus (g/jour)	6,0	4,0	Rapport/Enquête EDS/MICS

	% des nourrissons mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (SMART 2019)	77,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants de 0-5 mois alimentés exclusivement avec du lait maternel	52,0	80,0	Rapport/Enquête EDS/MICS Enquête SMART
	% des enfants de 6-8 mois ayant reçu des aliments semi-solides la veille de l'enquête (SMART 2019)	60,0	80,0	Rapport/Enquête EDS/MICS Enquête SMART
	% des enfants de 6-23 mois ayant reçu une alimentation complémentaire minimum acceptable	60 ,0	80,0	Rapport/Enquête EDS/MICS Enquête SMART
	% des enfants de 6-59 mois qui reçoivent la vitamine A	53,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des EABS pris en charge médicalement parmi ceux ayant des problèmes de santé spécifiques	ND	50,0	
Apprentissage précoce				
	% des enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins 2 des jouets suivants à la maison : objets domestiques ou trouvés à l'extérieur (bâtons, cailloux, animaux, coquillages, feuilles, etc.), jouets faits maison ou achetés en magasin	24.0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant au moins trois livres pour enfants à la maison	15,0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	Pourcentage des enfants âgés de 36 à 59 mois avec lesquels un adulte a mené au moins quatre des activités ci-après visant à favoriser l'apprentissage et la préparation à l'école au cours des trois derniers jours : a) lire des livres, b) raconter des histoires, c) chanter des chansons, d) emmener l'enfant à l'extérieur de la maison, e) jouer avec l'enfant, et f) passer du temps à nommer, compter ou dessiner des choses avec l'enfant	37.0	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants âgés de 36 à 59 mois participant à un programme d'éducation de la petite enfance	14,0	50,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants âgés de 0 à 59 mois restés seuls ou sous la garde d'un enfant de moins de 10 ans pendant plus d'une heure au moins une fois au cours de la semaine précédente	12,0	<1	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants qui reçoivent de l'aide pour leurs devoirs.	ND	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des enfants de 18 à 48 mois fréquentant une crèche	ND	90,0	Rapport/Enquête EDS/MICS

	% d'enfants de 48 à 60 mois fréquentant une classe préscolaire	ND	50,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
	% des EABS scolarisés dans les écoles adaptées parmi les enfants qui ont le trouble du développement	ND	50,0	Rapport/Enquête EDS/MICS
Enregistrement à la naissance				
	% d'enfants âgés de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée auprès des autorités civiles	94,0	100	Enquête EDS/MICS
	% de la population nationale utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre	58	70,0	Enquête EDS/MICS
	% de la population rurale utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre	68	90,0	Enquête EDS/MICS
	% de la population en milieu urbain disposant d'une toilette améliorée (AGVSAN 2014)	25	90,0	Enquête EDS/MICS
	% de la population en milieu rural disposant d'une toilette améliorée (AGVSAN 2014)	50	90,0	Enquête EDS/MICS
	% de la population pratiquant la défécation à l'air libre (AGVSAN 2014)	55	90,0	Enquête EDS/MICS
	% de la population qui se lave les mains aux moments critiques avec du savon	70 ?0	90,0	Enquête EDS/MICS
Protection juridique de l'enfant				
	Taux de placement	ND		Enquête
	Changements de placement	ND		Enquête
	Délais de permanence	ND		Enquête
	Stabilité du logement	ND		Enquête
	Capacités parentales	ND		Enquête
	% d'enfants qui sont replacés dans une famille ou une communauté et qui sont toujours pris en charge dans un cadre de type familial et / ou communautaire au moment du suivi	ND		Enquête
	% d'enfants qui sont replacés dans une famille ou une communauté et qui utilisent les services appropriés	ND		Enquête

	% d'enfants dans des familles identifiées qui reçoivent nourriture, vêtements et soins appropriés au moment du suivi	ND		Enquête
	Nombre d'enfants retirés d'une institution et qui sont replacés, de façon satisfaisante, dans un cadre familial	ND		Enquête
	% d'enfants placés en institution comparativement à un cadre de type familial	ND		Enquête
	% d'enfants qui mentionnent une réduction des cas de violence, de négligence, de maltraitance ou d'exploitation	ND		Enquête
	% de parents ou de personnes chargées d'enfants qui pensent que le châtiment corporel et / ou humiliant ou que la maltraitance sont un moyen de discipliner leurs enfants ou qui ont recours à ce moyen	ND		Enquête
	% de parents / personnes chargées d'enfants qui montrent qu'ils connaissent les méthodes de discipline positive et qu'ils ont des compétences en résolution de conflit	ND		Enquête
	% de parents ou de personnes chargées d'enfants qui affirment qu'ils signaleraient un cas soupçonné de maltraitance d'un enfant et qui savent comment le faire	ND		Enquête
	% d'enfants et des membres des communautés ciblées qui savent où et comment signaler officiellement les cas de violation de la protection de l'enfant (chez eux et dans la communauté)	ND		Enquête
	% d'enfants pris en charge en institution qui ont un contact régulier avec des membres de leur famille	ND		Enquête
	% d'enfants placés dans un cadre formel de prise en charge qui ont un plan de prise en charge individuel permettant de répondre à leurs besoins et de contrôler leur bien-être	ND		Enquête
	% de parents d'accueil identifiés qui sont correctement formés et qui bénéficient de supervision et de soutien	ND		Enquête

9.6.3. Produits liés à l'offre des soins attentifs

Indicateurs		Baseline	Cible 2026	Moyens et source de vérification
	Nombre d'établissements de santé offrant des services des soins attentifs (SMNE-Nutrition : planification familiale, accouchements, soins obstétricaux d'urgence de base ou complets, PCIME, PCMA, PTME, santé des adolescents) et satisfaisant à des normes de services minimum mesurées à partir de traceurs pour des services spécifiques, etc.)	54	70	Rapport d'enquête
	Ratio personnel médical pour 10 000 habitants (National/régional)	ND	90	Rapport d'enquête
	Ration personnel infirmier pour 10 000 habitants (National/régional)	ND		Rapport d'enquête
	Disponibilité du personnel formé aux soins essentiels d'accouchement (%)	44,0	90	Rapport d'enquête
	% des personnes vivant à 5 km d'un établissement de santé	9,36	5	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'un paquet minimum d'activités des SSP mis à jour et appliqué par un texte officiel	Non	Oui	Rapport d'enquête
	Nombre des SONUB fonctionnelles pour 500.000 hbts	ND	40	Rapport d'enquête
	Nombre des SONUC fonctionnelles pour 500.000 hbts	ND	35	Rapport d'enquête
	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge du paludisme (%)	49	80	Rapport d'enquête
	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge de la pneumonie (%)	60	90	Rapport d'enquête
	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge de la diarrhée (%)	39	90	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'un mécanisme efficace de surveillance des décès maternels et des nouveau-nés	ND	OUI	Rapport d'enquête
	Nombre de services de santé adaptés aux adolescents organisés		54	Rapport d'enquête
	% des FOSA dont les services cliniques (CPN, CPS, CPON) ont intégré toutes les composantes des soins attentifs (Santé, nutrition, WASH & SDE)	0	54	Rapport d'enquête
	% des sites des soins communautaires qui offrent les soins attentifs intégrés (Santé, nutrition, WASH & SDE)	0	54	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'une nouvelle stratégie pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Non	Oui	Rapport d'enquête

	Disponibilité d'une stratégie communautaire de la vaccination pour la recherche active et le suivi des enfants non-vaccinés et perdus de vue.	Oui	Oui	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'une stratégie pour la vaccination des populations spéciales (migrants, nomades, réfugiés) à travers la vaccination de routine	Non	Oui	Rapport d'enquête
Intervention 1.1.2. Amélioration de l'état nutritionnel de la femme enceinte, allaitante et des enfants				
	Fréquence de la distribution des suppléments de MCN	2	4	Rapport d'enquête
	Fréquence de distribution des compléments alimentaires	12	12	Rapport des activités
	Disponibilité des comprimés de fer et acide folique (FAF) dans les FOSA	60	100	Rapport des activités
	Nbre de jours de rupture de stock en FAF		0	Rapport des activités
Amélioration de l'état nutritionnel des enfants				
	Nombre des prestataires formés sur la PCIME	ND	240	Rapport d'enquête
	Nombre de campagnes de SVAD organisées	2	2	Rapport d'enquête
	% des centres de santé ayant des unités de nutrition	50	100	Rapport d'enquête
	% des FOSA organisant la PCMA, qui ont intégré la stimulation psychosociale et émotionnelle	0	54	Rapport d'enquête
	% des enfants ayant été stimulés au cours la prise en charge pour MAS	0	90	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'un guide national sur l'alimentation complémentaire minimum acceptable à base d'aliments locaux et appliqué sur la base d'un texte officiel	Non	Oui	
	% des structures de réhabilitation nutritionnelle ayant un nombre adéquat du personnel	50	100	Rapport d'enquête
Offre des soins attentifs répondant aux besoins				
	Nombre de réunions de plaidoyer pour l'intégration des soins de Santé mentale réalisées avec le MS	0	12	Rapport de réunions
	% des FOSA qui ont intégré les services de Santé mentale à la première ligne	0	20	Rapport de réunions
Intervention 1.2.1. Mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale de Protection Sociale pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain.				
	Nombre de réunions de Plaidoyer avec le MASS pour l'Extension des cibles du SNPS aux enfants de moins de 5 ans en général et à ceux qui ont un handicap et un trouble de développement	0	12	Rapport de réunions

	Nombre de réunions de concertation	0	16	Rapport de réunions
	Disponibilité du document définissant le paquet de soins, le parcours de soins des affiliés, les tarifs et les méthodes de paiement.	Non	Oui	Rapport d'enquête
	Proportion de la population éligible couverte par le PASS	70	90	Rapport d'enquête
	Proportion de la population éligible couverte par l'AMU	70	90	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'un mécanisme de coordination fonctionnel entre le Ministère de la Santé, le Ministère des affaires sociales et la CNSS	Non	Oui	Rapport d'enquête
Interventions 1.2.2. Renforcement de la stratégie avancée pour l'offre des soins de santé et nutritionnel				
	Nombre de campagnes des soins en stratégie avancée organisées	12	36	Rapport des activités
Intervention 1.2.3. Promotion et mise en œuvre effective de la stratégie nationale de communication				
	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées	ND	36	Rapport des activités
	Nombre de documents produits et diffusé	ND	36	Rapport des activités
Résultat 1.3. Renforcement de la qualité des soins attentifs destinés aux enfants				
	Proportion des structures de santé disposant des équipements selon les normes (%)	1,35	2,03	Rapport des activités
	Disponibilité des comités de suivi de la qualité des soins de santé fonctionnels dans les formations sanitaires	Non	Oui	Rapport des activités
	Disponibilité des normes et standards de la qualité des soins appliqués par un texte officiel	Non	Oui	Rapport des activités
	Disponibilité d'un système d'accréditation externe des formations sanitaires	Non	Oui	Rapport des activités
	% des prestataires formés sur la PCIME communautaire		100	Rapport des activités
	% des FOSA ayant un nombre adéquat des prestataires		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des 13 médicaments vitaux		100	Rapport des activités
	% des FOSA n'ayant pas connu une rupture en intrants pour le dépistage du VIH		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des 13 médicaments vitaux		100	Rapport des activités

	% des FOSA n'ayant pas connu une rupture en intrants de PALU		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants de PALU		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants de PF		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants PTME		100	Rapport des activités
	% des FOSA n'ayant pas connu une rupture en intrants de CPN		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants de CPN		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants d'Accouchement		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants de SEN		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants de PCIMA		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants Pneumonie		100	Rapport des activités
	% des jours de disponibilité des intrants de Diarrhée		100	Rapport des activités
	Proportion des établissements sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock des vaccins et des autres intrants de la vaccination au cours de l'année	80	100	Rapport des activités
	Disponibilité moyenne des médicaments essentiels	32	90	Rapport des activités
	Disponibilité d'un plan national de distribution des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels	Non	Oui	Rapport des activités
	% des prestataires des équipes mobiles formés sur la PCMA communautaire		100	Rapport des activités
1.3.1. Renforcement de la coordination de la réponse communautaire à tous les niveaux				
	Existence de la cartographie des partenaires dans le domaine du DPE et de la protection de l'enfant		Oui	Rapport des activités
	Nombre de réunions annuelles de coordination entre les ONG et les associations communautaires organisées		12	Rapport des activités
1.3.2. Mettre en œuvre la stratégie de communication pour le changement de comportement (C4D)				
	Nombre des campagnes réalisées sur les PSE	0	36	Rapport des activités

	Nombre des visites à domicile organisées	0	36	Rapport des activités
	% d'agents de santé communautaire formé sur la tenue du registre communautaire	0	100	Rapport des activités
	% d'agents de santé communautaire formés recrutés et déployés pour l'offre des soins à base communautaire		100	Rapport des activités
1.3.4. Mobilisation des ressources locales en vue de contribuer à améliorer l'espace budgétaire, l'efficacité et l'accès financier des plus pauvres à des services des soins attentifs.				
	Nombre de réunions d'identification et de mobilisation organisées	0	36	Rapport des activités
	Existence de la Cartographie des intervenants		Oui	Rapport des activités
	Disponibilité d'une stratégie nationale de sante communautaire	Non	Oui	Rapport annuel DPS
	Ratio ACS (formé et équipé) pour 1000 habitants	ND	100	Rapport annuel DPS
	Proportion de la population desservie par un ASC	ND	95	Rapport annuel DPS
	Proportion des communautés desservies par un ASC	ND	95	Rapport DPS
	% des CODESA fonctionnels		100	Enquête SARA
	% des ZS avec comités de gestion fonctionnels		100	Annuaire statistique santé
Apprentissage précoce				
Intervention 2.4.1. Accroissement de la couverture nationale en structures d'encadrement de la petite enfance				
	Nombre d'années de la classe préscolaire organisées	1	2	Rapport des activités
	Disponibilité du plan de couverture national en crèches et garderies	Non	Oui	Rapport des activités
	Nombre de nouvelles garderies et crèches construites ou organisées dans la communauté	2	12	Rapport des activités
	Nombre des structures privées d'éducation préscolaire encadrées pour le respect des normes d'accréditation	0	12	Rapport d'enquête
	Nombre de réunions de plaidoyer réalisées auprès du gouvernement pour l'intégration des moniteurs des structures d'encadrement de la PE dans le budget de l'Etat	0	24	Rapport des activités
	Nombre de moniteurs des structures d'encadrement de la PE dans le budget de l'Etat	0	70	Rapport d'enquête

Intervention 2.4.2. Intégration et mise en œuvre de la stratégie des soins pour le développement de l'enfant y compris l'apprentissage précoce				
	Nombre de réunions de plaidoyer auprès du MSP pour l'intégrer les SDE dans les paquets de soins SMNE-Nutrition, au niveau clinique et communautaire	0	24	Rapport d'enquête
	Disponibilité de la stratégie nationale sur les Soins pour le développement de l'enfant	Non	Oui	Rapport d'enquête
	Disponibilité du guide pratique des SDE	Non	Oui	Rapport d'enquête
	Nombre des prestataires formés sur les SDE	0	240	Rapport d'enquête
	Nombre des FOSA ayant intégré les SDE	0	54	Rapport d'enquête
	Nombre des Agents de santé communautaire formés sur les SDE	0	240	Rapport d'enquête
	Nombre des guides des SDE produits	0	500	Rapport d'enquête
	Nombre d'associations communautaires ayant inclus les SDE dans leur paquet d'activités	0	33	Rapport d'enquête
	% des couples Dispensateurs des soins -enfants conseillés à domicile sur les Soins attentifs dont les SDE	0	90	Rapport d'enquête
Intervention 2.5.1. Mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale de Protection Sociale pour qu'elle soit fondée sur le développement du capital humain				
	Disponibilité du cadre de concertation (MFF, MENFOP et MASS) pour assurer l'éducation des enfants de familles les plus marginalisées	Non	Oui	Rapport des activités
	Nombre de supervisions organisées dans les structures éducatives des ONG qui interviennent dans l'enseignement préscolaire ;	0	20	Rapport des activités
	Nombre de nouvelles classes préscolaires organisées sur l'ensemble du territoire	xx	100	Rapport des activités
Intervention 2.5.2. Mise en œuvre du programme national pour une éducation inclusive des enfants handicapés à besoins spéciaux				
	Réunions de plaidoyer de haut niveau pour la mise en œuvre de la stratégie du préscolaire Djibouti obligatoire et garantir sa gratuité aux ménages	0	3	
	% des classes préscolaires accessibles gratuitement aux enfants	3	100	Rapport des activités

	Disponibilité d'une stratégie et un programme spécifique pour l'éducation des enfants (0-6 ans) à besoins spéciaux	Oui	Oui	Rapport d'enquête
	Disponibilité des matériels de formation pour les EABS	Oui	Oui	Rapport d'enquête
	Disponibilité d'un programme officiel d'éducation pour les EABS	Oui	Oui	Rapport d'enquête
	Nombre d'encadreurs des EABS formés	0	24	Rapport d'enquête
	Nombre des classes des EABS ouvertes sur l'étendue du territoire	2	10	Rapport des activités
	Nombre des Agents de santé communautaire formés sur les SDE	0	240	Rapport des activités
	Réunions de plaidoyer pour l'extension de la couverture en classes assurant l'éducation des enfants à besoins spéciaux	0	3	Rapport des activités
Intervention 2.5.3. Promotion de l'éducation de la petite enfance				
	Nombre d'Agents de santé communautaires formés sur les SDE pour assurer les conseils et soins à domicile	0	240	Rapport d'enquête
	Nombre des campagnes de sensibilisation sur l'éducation préscolaire et des structures d'encadrement de la petite enfance, les croyances, les attitudes et les objectifs des parents concernant l'éducation de leurs enfants ; l'environnement d'apprentissage fourni à la maison ; des relations de soutien et de réactivité au sein de la famille qui sont les éléments constitutifs du développement social et affectif des enfants.	10	36	Rapport d'enquête
	Disponibilité du programme d'éducation parentale	Non	Oui	Rapport d'enquête
	Nombre d'école dont les animateurs ont été formés sur l'éducation parentale	0	75	Rapport d'enquête
	Disponibilité du programme dans les écoles	Non	Oui	Rapport d'enquête
	Nombre de séances d'éducation parentale organisée annuellement	0	10	Rapport des activités
Intervention 2.6.1. Supervision et encadrement des structures d'encadrement de la petite enfance				
	Nombre de campagnes de vulgarisation des procédures d'enregistrement et d'accréditation pour les installations étatiques et non étatiques d'encadrement de la petite enfance	0	60	Rapport d'enquête

	Nombre des structures préscolaires encadrées et accompagnées pour le respect de normes de fonctionnement du secteur préscolaire ;	0	12	Rapport d'enquête
	Nombre des visites d'inspection de l'encadrement des petits enfants dans les structures réalisées annuellement	0	20	Rapport d'enquête
Intervention 2.6.2. Intégration des bonnes pratiques de santé, d'hygiène et de nutrition dans les programmes de la petite enfance				
	Disponibilité d'une stratégie et un programme de santé scolaire	Non	Oui	Rapport annuel DSME
	Disponibilité d'une fiche de repérage et du dépistage des troubles de la petite enfance, promotion, prévention et prise en charge des problèmes de l'enfant en milieu scolaire	Non	Oui	Rapport annuel DSME
	Nombre des enseignants formés sur le repérage et dépistage des troubles de la petite enfance, promotion, prévention et prise en charge des problèmes de l'enfant en milieu scolaire	0	200	Rapport annuel DSME
	Disponibilité d'un texte réglementaire sur l'établissement du programme national de la santé scolaire	Oui	Oui	Rapport annuel DSME
	Proportion des écoles ayant établi un programme de santé scolaire fonctionnel	Non	Oui	Rapport annuel DSME
Intervention 2.7.1 : Renforcement de l'engagement familial pour la mise en œuvre des SDE et programmes de la petite enfance				
	Nombre des groupes de discussions organisées avec les familles pour la promotion des SDE et la création d'un environnement favorable, à domicile, pour l'apprentissage précoce du petit enfant	0	60	Rapport d'activités
	Nombre d'écoles d'infirmiers, travailleurs sociaux et puéricultrices qui ont intégré le module sur les SDE	0	5	Rapport d'activités
Les services de l'eau, l'hygiène, et l'assainissement				
	Nombre de points d'eau fonctionnels dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah.	ND	100	Annuaire statistique santé
	Nombre d'ouvrages d'assainissement fonctionnels dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah.	ND	100	Annuaire statistique santé
	Nombre de formations sanitaires ayant des infrastructures d'eau et d'assainissement fonctionnelles.	90	100	Annuaire statistique santé
	Nombre d'écoles primaires, secondaires et lycées ayant des infrastructures d'eau et d'assainissement fonctionnelles	95	100	Annuaire statistique santé

	Disponibilité d'une stratégie nationale de sensibilisation et de mobilisation de la population sur les pratiques d'hygiène, la maintenance de la qualité de l'eau potable à la maison et l'utilisation des latrines.	Oui	Oui	Rapport annuel
Protection sociale de l'enfant				
	Nombre de semaines de congé payé accordées aux mères	4	4	
	Nombre de semaines de congé payé accordées aux pères	4	4	
	Dépenses en santé du gouvernement, en pourcentage du budget de l'état (%)	6,7	10	Compte Nationaux de la Santé
	Dépenses en santé courantes de l'administration publique et des régimes obligatoires en pourcentage du total des dépenses en santé courantes	20	10	Compte Nationaux de la Santé
	Part du total des dépenses courantes en santé supportée directement par les ménages (en % du total des dépenses en santé courantes)			Compte Nationaux de la Santé
Protection Juridique de l'enfant				
	Nombre mensuel des campagnes de sensibilisation organisées	ND	36	Rapport annuel
	Nombre d'unités d'Etat civil installées dans les localités qui les manquent	0	5	Rapport annuel
	Nombre des visites d'enregistrement des naissances réalisées par trimestre	0	3	Rapport annuel
Intervention 4.8.1. Renforcement de la prévention des violences et des comportements à risque dans les curricula scolaires				
	Nombre des campagnes de masse organisées sur les droits de l'enfant		36	Rapport annuel
	Nombre des dialogues communautaires organisés par les structures associatives sur des violences faites aux enfants, les risques de la séparation familiale et les formes d'exploitation		36	Rapport annuel
	Nombre de causeries éducation réalisées avec les parents par les Comités de gestion communautaire, les Centres de développement communautaire, les Comités de gestion des écoles ou encore les guichets sociaux	ND	120	Rapport annuel
	Nombre des communicateurs sociaux, des animateurs communautaires, journalistes et autres agents du changement formés à la sensibilisation sur la discipline positive	ND	24	Rapport annuel
	% des familles financièrement vulnérables appuyées avec les activités génératrices de revenu (AGR)	ND	90	Rapport annuel
	% des familles financièrement vulnérables prises en charge dans le cadre du SNPS	ND	90	Rapport annuel

	Nombre des CDC opérationnels pour contribuer à la prévention des comportements à risque des enfants	ND	33	Rapport annuel
	Nombre des CDC opérationnels pour contribuer à la prévention des comportements à risque des enfants	ND	33	Rapport annuel
	% des adolescents appuyés pour le gouvernement pour l'insertion socioprofessionnelle des adolescents	ND	50	Rapport annuel
	Disponibilité en milieu scolaire du module sur l'éducation des enfants à l'autoprotection et aux conséquences de certains comportements à risque	ND	Oui	Rapport annuel
	Nombre d'écoles ayant intégré le module sur la prévention des violences et des comportements à risque	ND	100	Rapport annuel
	Nombre d'enseignants et encadreurs informés des mesures de prévention des violences chez les adolescents et les comportements à risque	ND	200	Rapport annuel
Intervention 4.9.1. Identification, accès aux services de protection et prise en charge holistique				
	Disponibilité d'un numéro vert pour le signalement des cas de violences contre les adolescents	ND	Oui	Rapport des activités
	Disponibilité d'une cartographie des lieux à risque pour les enfants	ND	Oui	Rapport des activités
	Nombre des lieux à risque (marchés, gares routières, intersections) surveillés par les forces de l'ordre	ND	100	Rapport des activités
	% des personnes en contact avec les enfants (éducateurs, enseignants, personnel sanitaire, éducateurs, moniteurs de sports et autres) dont les capacités ont été renforcées sur la détection, orientation, signalement et référencement des cas de risque ou violence avérée	ND	70	Rapport des activités
	% de cas de Détection dans les formations sanitaires des situations à risque et des cas de violence à l'égard de l'enfant ; Signalement	ND	90	Rapport des activités
	% de Signalement dans les formations sanitaires des situations à risque et des cas de violence à l'égard de l'enfant	ND	90	Rapport des activités
	% cas de Détection dans les écoles et autres milieux des situations à risque et des cas de violence à l'égard de l'enfant ; Signalement	ND	90	Rapport des activités
	% de cas de Signalement dans les écoles et autres milieux des situations à risque et des cas de violence à l'égard de l'enfant ;	ND	90	Rapport des activités
	% de détection précoce des familles en difficultés et/ou des enfants a risque de violence	ND	90	Rapport des activités

Disponibilité du Protocole standardisé de détection, d'écoute et d'orientation des enfants victimes de violence défini	ND	Oui	Rapport des activités
Disponibilité des services sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance pour 100 000 hbts	ND	Oui	Rapport des activités
Nombre des services sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance (pour l'appui psychosocial, le conseil à la famille, ou la réunification familiale)	ND	5	Rapport des activités
Couverture de la population en assistants sociaux affectés dans les services de protection de l'enfance	ND	75	Rapport des activités
% de plaintes reçues et traitées par le juge pour enfant	ND	75	Rapport des activités
Disponibilité des outils de gestion des cas et de collecte d'information partagés par les différents secteurs	ND	Oui	Rapport des activités
Nombre de réunions de concertation multisectorielle des partenaires impliqués dans la protection de l'enfant	ND	30	Rapport des activités
% des familles à risque de séparation et des mères à risque d'abandon identifiées précocement et suivi en vue de prévenir la séparation familiale	ND	75	Rapport des activités
Nombre des réunions de médiation familiale	ND	125	Rapport des activités
Disponibilité du dispositif de réunification familiale, y compris transfrontalier	ND	Oui	Rapport des activités
Disponibilité d'un programme de familles d'accueil	ND	Oui	Rapport des activités
Disponibilité d'un programme d'adoption nationale	ND	Oui	Rapport des activités
Intervention 4.10.1. Renforcement des capacités du système national de protection de l'enfant			
Nombre d'agents recrutés et affectés à la protection de l'enfant	ND	50	Rapport des activités
Nombre d'agents des services sociaux de protection formés sur la protection de l'enfant	ND	50	Rapport des activités
Nombre des secteurs qui ont renforcé leurs directives concernant la protection de l'enfant	ND	8	Rapport des activités
Disponibilité d'une approche définissant la méthodologie et les outils d'intervention en milieu communautaire standardisés à l'usage des intervenants pour la mise en place du dialogue social sur les questions relatives au bien-être et à la protection des enfants	ND	Oui	Rapport des activités
Nombre d'acteurs impliqués dans la protection de l'enfance formés sur la politique nationale de l'enfance de Djibouti (PNE)	ND	100	Rapport des activités

	Nombre des filières de formation de base qui ont intégré la protection de l'enfant dans le curricula de formation	ND	10	Rapport des activités
	Nombre des membres du groupe multisectoriel de travail formé sur la planification stratégique	ND	30	Rapport des activités
	Nombre des réunions stratégiques organisées	ND	4	Rapport des activités
	Nombre des réunions du CNE appuyées financièrement	ND	4	Rapport des activités
	Nombre des missions réalisées	ND	4	Rapport des activités
	Nombre de réunions de coordination réalisée	ND	4	Rapport des activités
	Nombre des membres du groupe multisectoriel de travail formé sur le plaidoyer et la mobilisation des ressources financières	ND	30	Rapport des activités
	Disponibilité des normes	ND	Oui	Rapport des activités
	Nombre de séances de vulgarisation organisées	ND	36	Rapport des activités
	Nombre des prestataires informés des normes du DPE	ND	200	Rapport des activités
	Nombre des membres du MFF formé sur le suivi et évaluation du PNE	ND	5	Rapport des activités
	Plan d'actions opérationnel multisectoriel disponible chaque année	ND	5	Rapport des activités
	Nombre de réunions de coordination réalisées	ND	20	Rapport des activités
	Disponibilité du plan de rémunération des moniteurs est élaborée et son plaidoyer réalisé	ND	Oui	Rapport des activités
	Nombre des moniteurs payés sur le budget de l'Etat	ND	75	Rapport des activités
	Les guides de prestations de soins sont actualisés pour inclure les SDE	ND	Oui	Rapport des activités
	Les guides techniques des SDE sont intégrés aux documents de prestations des soins dans le système de santé	ND	Oui	Rapport des activités
	Une équipe de formateurs sur le SDE est mise en place	ND	30	Rapport des activités

Les recommandations sur les SDE sont intégrées dans la formation de base et en cours d'emploi des animateurs des structures d'encadrement de la petite enfance	ND	Oui	Rapport des activités
La filière d'assistantes sociales est créée	ND	Oui	Rapport des activités
Nombre d'assistantes sociales diplômées	ND	70	Rapport des activités
Existence d'un canevas de collecte des données reprenant les indicateurs essentiels	ND	Oui	Rapport des activités
Les indicateurs du DPE sont contenus dans le DHIS2	ND	Oui	Rapport des activités
Existence d'une base des données centralisées sur le DPE et la protection de l'enfant	ND	Oui	Rapport des activités
Nombres d'agents formés sur la collecte des données	ND	250	Rapport des activités
Un Indice de DIPE a été élaboré par les membres de l'équipe multisectorielle et validé par le CNE	ND	Oui	Rapport des activités
Enquête nationale sur la petite enfance et sur la protection des droits de l'enfant	ND	Oui	Rapport des activités
Une stratégie de plaidoyer est disponible	ND	Oui	Rapport des activités
Nombre de rapports mensuels partagés avec les partenaires sur le DPE et le respect des droits de l'enfant	ND	20	Rapport des activités
Message de plaidoyer disponible et adapté aux différentes parties prenantes	ND	Oui	Rapport des activités
La journée nationale de la petite enfance est organisée	ND	Oui	Rapport des activités
Evaluation annuelle du PAOM réalisée à la fin de chaque année	ND	Oui	Rapport des activités
Une liste des priorités de recherche sur la petite enfance est disponible	ND	Oui	Rapport des activités
Nombre des recherches scientifiques publiques sur le DPE et la protection des droits de l'enfant	ND	4	Rapport des activités
Nombre des recherches scientifiques publiées sur le DPE par les experts du CFEEF)	ND	4	Rapport des activités
Nombre de projets de recherche sur la mise en œuvre opérationnalisées en région pour appuyer le PSNED	ND	1	Rapport des activités

ND : données actuellement non disponibles

