

**REPUBLIQUE DE DJIBOUTI**

---

**MINISTERE DE LA SANTE**

**PLAN NATIONAL DE  
DEVELOPPEMENT SANITAIRE  
2020 – 2024**

**« La santé pour tous et partout »**

## Contents

Liste des tableaux .....	4
Liste des graphiques .....	5
Liste des sigles, abréviations et acronymes.....	6
Préface .....	10
Remerciements.....	11
Résumé analytique .....	12
<b>Chapitre 1 : Le contexte du PNDS 2020-2024 .....</b>	<b>15</b>
1.1 Le contexte général.....	15
1.1.1 Contexte géographique, démographique et géopolitique .....	15
1.1.2 Contexte socioéconomique .....	16
1.2. Contexte sanitaire .....	17
1.2.1 Organisation du système de santé .....	17
1.2.2 Profil sanitaire, morbidité et mortalité.....	18
1.2.3 Bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) .....	19
1.2.4 Bilan du PNDS 2013-2017 .....	20
<b>Chapitre 2. Analyse de la situation sanitaire .....</b>	<b>22</b>
2.1 Prestation des services de santé.....	22
2.1.1 Les maladies transmissibles.....	22
2.1.2 Les maladies non transmissibles (MNT) .....	27
2.1.3 Santé de la mère et de l'enfant .....	28
2.1.4 Les maladies à potentiel épidémique et les urgences de santé publique.....	31
2.1.5 Les prestations de soins de santé .....	32
2.2 Gouvernance et leadership .....	34
2.3 Le système national d'information sanitaire (SNIS).....	35
2.4 Les médicaments, les infrastructures, les laboratoires et les équipements.....	36
2.4.1 Les médicaments et les autres produits de Santé .....	36
2.4.2 Infrastructures, laboratoires et Equipements .....	38
2.5 Les ressources humaines en santé (RHS) .....	40
2.6 Le financement de la santé .....	42
<b>Chapitre 3 : Les orientations stratégiques du PNDS 2020-2024.....</b>	<b>46</b>
3.1 Vision.....	46
3.2 But.....	46
3.3 Les principes.....	46
3.4. Objectifs .....	46

3.4.1. Objectif Général.....	46
3.4.2. Objectifs spécifiques.....	48
3.5. Priorités stratégiques du secteur de la santé pour la période 2020-2024.....	50
3.6. Actions prioritaires de la santé pour la période 2020-2024 .....	50
3.6.1. L'offre équitable de soins de qualité .....	50
3.6.2 Les prestations de soins de qualité axées sur les soins de santé primaires .....	54
3.6.3 La bonne gouvernance avec redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS.....	63
3.6.4 Un financement adéquat pour assurer la Couverture Sanitaire Universelle .....	67
3.6.5 Un système d'information sanitaire permettant la prise des décisions éclairées .....	69
<b>Chapitre 4. Les Ressources du PNDS 2020-2024 .....</b>	<b>73</b>
4.1 Les infrastructures, équipements et laboratoires .....	73
4.2 Les ressources humaines .....	74
4.3 Les médicaments essentiels et autres produits pharmaceutiques.....	76
<b>Chapitre 5 : Le Financement du PNDS 2020-2024.....</b>	<b>77</b>
5.1 Méthodologie d'estimation du financement du PNDS 2020-2024.....	77
5.2 Budget du PNDS 2020-2024.....	78
5.3 Analyse du Budget du PNDS 2020-2024 .....	78
5.4 Espace budgétaire pour le financement du PNDS 2020-2024.....	80
<b>Chapitre 6. Cadre de référence et de mise en œuvre du PNDS 2020-2024 .....</b>	<b>83</b>
6.1 Le cadre de référence .....	83
6.2 Le cadre de mise en œuvre.....	83
6.3 Les outils de la mise en œuvre.....	84
<b>Chapitre 7. Cadre de suivi et évaluation du PNDS 2020-2024 .....</b>	<b>86</b>
7.1 Les mécanismes de suivi .....	86
7.2 Les outils de suivi .....	87
<b>Conclusion .....</b>	<b>89</b>
<b>Annexe 1 : Cadre de performance du PNDS 2020-2024 .....</b>	<b>90</b>

## Liste des tableaux

Tableau 2. 1: Couverture vaccinale des enfants de 0 - 11 mois (en %) par district sanitaire et par milieu de résidence .....	26
Tableau 4. 1 Besoins en infrastructures, équipements et laboratoires .....	73
Tableau 4. 2 Besoins en équipements.....	74
Tableau 4. 3 Besoins en ressources humaines en santé .....	75
Tableau 5. 1: Budget du PNDS 2020-2024 selon les piliers stratégiques.....	78
Tableau 5. 2 Dépenses planifiées versus espace fiscal (Dépenses publiques générales en santé) ...	82
Tableau 7. 1 : Outils de collecte des données selon le niveau et la fréquence .....	87

## Liste des graphiques

Graphique 1. 1: Pyramide sanitaire du système de santé du Djibouti .....	18
Graphique 2. 1: Evolution de l'incidence du paludisme à Djibouti entre 2006 et 2018.....	22
Graphique 2. 2 : Incidence de la TB 2000-2014 .....	23
Graphique 2. 3: Cascade du dépistage et du traitement aux ARV chez la femme enceinte .....	24
Graphique 2. 4: Couverture vaccinale des enfants de 0 - 11 mois (en %) de 1982 à 2016 .....	25
Graphique 2. 5: Causes et proportion de mortalité liés aux maladies non transmissibles .....	27
Graphique 2. 6: Tendance de la mortalité maternelle à Djibouti .....	29
Graphique 2. 7 : Causes de mortalité maternelle à Djibouti .....	29
Graphique 2. 8: Tendance de la mortalité infanto-juvénile à Djibouti .....	30
Graphique 2. 9 Architecture du Système National Information Sanitaire.....	35
Graphique 2. 10 : Indice de disponibilité des médicaments essentiels, Djibouti, 2015 .....	37
Graphique 2. 11 : Répartition géographique des structures de santé existantes .....	38
Graphique 2. 12: Le rayon moyen d'action théorique des structures de santé en km .....	39
Graphique 2. 13: Indice de disponibilité des équipements essentiels dans les formations sanitaires .....	39
Graphique 2. 14: Indice de disponibilité des tests de dépistage dans les formations sanitaires.....	40
Graphique 2. 15: Densité du personnel de santé pour 10 000 habitants.....	41
Graphique 2. 16: Répartition des dépenses totale de sante par source .....	43
Graphique 2. 17 : Schéma de la composante protection financière de la CSU .....	44
Graphique 3. 1 : Synthèse des objectifs et priorités stratégiques du PNDS 2020-2024.....	47
Graphique 5. 1: Evolution du budget du PNDS 2020-2024.....	78
Graphique 5. 2: Répartition du budget du PNDS 2020-2024 selon rubriques budgétaire .....	79
Graphique 5. 3: Analyse de l'espace financier .....	82

## Liste des sigles, abréviations et acronymes

AGVSAN : Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMU : Assurance Maladie Universelle

ARV : Antirétroviraux

ASC : Agent de santé communautaire

AVP : Accidents de la voie publique

BAD : Banque Africaine de Développement

CA : Conseil d'administration

CAMME : Centrale d'Achat des Médicaments et Matériels Essentiels

CBMT : Cadre budgétaire à moyen terme

CCSS : Cadre Stratégique du Secteur de la Santé

CDMT : Cadre de dépenses à moyen terme

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement

CDTO : Centre de Diagnostic et de Traitement directement Observable

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMH : Centre médical hospitalier

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

COGES : Comité de gestion

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSC : Centre de santé communautaire

CSLP : Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DAA : Diarrhées aigues aqueuses

DEPCI : Direction des Etudes, de la Planification et de la Coopération Internationale

DHIS: District Health Information Software

DIS : Direction de l'Information Sanitaire

DISED : Direction de la Statistique et des Etudes Statistiques

DMPL : Direction des Médicaments, de la Pharmacie et des Laboratoires

DOTS: Directly Observed Treatment, Short-Course

DPS : Direction de la Promotion de la Santé

DPSP : Direction des Programmes de Santé Prioritaires

DRHF : Direction des Ressources Humaines et de la Formation

DRS : Direction des Régions Sanitaires

DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant  
DSNU : Division de Statistiques des Nations Unies  
ECR : Equipe cadre régionale  
ECV : Enquête de couverture vaccinale  
EDAM-IS : Enquête Djiboutienne auprès des Ménages – Indicateurs Sociaux  
EDIM : Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples  
EDSF : Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille  
ECV : Enquête de couverture vaccinale  
FAD : Forces Armées et de Défense  
FBP : Financement basé sur la performance  
FDR : Facteur de risque  
FMI : Fonds Monétaire International  
FNP : Force Nationale de Police  
GAR : Gestion axée sur les résultats  
GAVI : Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation  
GN : Gendarmerie Nationale  
GPS : Groupe des Partenaires de la Santé  
GR : Garde Républicaine  
GT : Groupes thématiques  
GYTS: Global Youth Tobacco Survey  
HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies  
HGP : Hôpital Général Peltier  
HPPCSO : Hôpital de Pneumo Phtisiologie Chakib Saad Omar  
HTA : Hypertension  
IDE : Infirmier diplômé d'Etat  
IDH : Indice de Développement Humain  
IEC : Information, éducation et communication  
IGSS : Inspection générale des Services de Santé  
IHP+ : International Health Partnership  
INDS : Initiative Nationale pour le Développement Social  
INSPD : Institut national de Santé Publique de Djibouti  
ISSS : Institut Supérieur des Sciences de la Santé  
IST : Infections sexuellement transmissibles  
JPRM : Mission conjointe d'examen et de planification des programmes OMS/MS  
LNR : Laboratoire National de Référence  
MAEPERH : Ministère de l'Agriculture, de l'Eau, de la Pêche, de l'Élevage et des Ressources Halieutiques

MAG : Malnutrition aiguë globale  
MAM : Malnutrition aiguë modérée  
MARA: Mapping Malaria Risk in Africa  
MAS : Malnutrition aiguë sévère  
MASS : Ministère des Affaires Sociales et des Solidarités  
MDO : maladie à déclaration obligatoire  
MILD : Moustiquaire Imprégnée d'insecticide Longue Durée  
MNT : Maladies non transmissibles  
MS : Ministère de la Santé  
MTN : Maladies tropicales négligées  
ODD : Objectifs de Développement Durable  
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation non gouvernementale  
PAM : Programme Alimentaire Mondial  
PAPFAM: Pan Arab Project for Family Health  
PASS : Programme d'Assistance Sociale de Santé  
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant  
PCIMEc : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant complète  
PCV : Vaccin anti pneumococcique  
PEC : prise en charge  
PEV : Programme Elargi de Vaccination  
PF : Planning familial  
PIB : Produit intérieur brut  
PLS : Programme de Lutte contre le SIDA  
PMA : Paquet minimum d'activités  
PNB : Produit national brut  
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire  
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme  
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose  
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement  
PPP : Partenariat public privé  
PS : Poste de santé  
PTA : Plan de travail annuel  
PTF : Partenaires techniques et financiers  
PTPE : Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l'Enfant  
PVVIH : Personnes vivant avec le VIH



RHS : Ressources humaines de santé  
RICAI : Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti infectieuse  
RSI : Règlement sanitaire international  
RT-PCR: « Real time polymerase chain reaction »  
RTD : Radiotélévision de Djibouti  
SCAPE : Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi  
SFDE : Sage-femme diplômée d'Etat  
SMART: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions  
SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales  
SMNI : Santé maternelle, néonatale et infantile  
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SNIS : Système National d'Information Sanitaire  
SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence  
SONUC : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets  
SSP : Soins de santé primaires  
ST : Secrétariat technique  
STEPWISE : Enquête « pas à pas » de l'OMS sur les facteurs de risque des MNT  
SWOT (ou FFOM) : Analyse forces, faiblesses, opportunités, menaces  
TB : Tuberculose  
TB MDR : Tuberculose multi résistante aux traitements anti tuberculeux  
TB RR : Tuberculose résistante à la Rifampicine  
TB XDR : Tuberculose ultra résistante aux traitements anti tuberculeux  
TdR : Termes de Référence  
TDR : Test de dépistage rapide  
TPM+ : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive  
TS : Travailleuses du sexe  
UGP : Unité de Gestion de Projets  
UNDAF : Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement  
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance  
VAR : Vaccin anti rougeoleux  
VHB : Virus de l'hépatite B  
VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise  
VPI : Vaccin Polio Injectable

## Préface

Depuis plusieurs décennies, le gouvernement de Djibouti s'est engagé dans un processus de planification sectorielle en matière de santé dans le souci d'apporter une réponse adéquate aux défis qui entravent l'atteinte d'une santé optimale pour la population.

La mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2013 -2017 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration de l'offre, de l'utilisation et de la qualité des services et des soins de santé. Cela s'est traduit par une amélioration des indicateurs de couverture, des services promotionnels, préventifs et curatifs. L'offre des services de santé s'est également améliorée avec son extension vers les populations les plus défavorisées à travers le travail des équipes mobiles et l'organisation de caravanes médico-chirurgicales.

Malgré ces progrès, l'analyse de la situation sanitaire actuelle révèle des défis pour lesquels le Gouvernement de la République de Djibouti à travers le Ministère de la Santé se doit d'identifier et définir des interventions efficaces à même de rendre plus performant les services de santé. Ces défis sont entre autres les barrières financières aux soins de santé et l'inaccessibilité des soins préventifs et curatifs de qualité pour une bonne partie de la population Djiboutienne. S'y ajoutent l'insuffisance des ressources humaines de qualité et l'insuffisance d'infrastructures adéquatement équipées. Ces états de fait ont conduit le Ministère de la Santé à redéfinir les stratégies du secteur dans le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2020- 2024.

Le PNDS 2020-2024 s'inscrit dans la perspective de relever l'ensemble de ces défis afin d'accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle et les Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. Pour cela, il a été développé à travers une approche de planification participative et inclusive avec une implication de tous les acteurs et partenaires du secteur à tous les niveaux. Sa mise en œuvre effective apportera des solutions aux différents défis prioritaires du secteur de la santé.

Le PNDS 2020-2024 s'aligne sur la VISION 2035 et la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) du gouvernement qui dans le domaine de la santé, se traduisent par la vision d'une République de Djibouti où « toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité ».

Ainsi, le PNDS 2020-2024, outil de pilotage par excellence, constitue le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé.

Je les exhorte tous à s'engager et à contribuer à sa mise en œuvre effective pour que la Couverture Sanitaire Universelle avec le principe de « Santé pour tous et partout » soit une réalité à Djibouti.

Le Ministre de la Santé

M. MOHAMED WARSAMA DIRIEH

## Remerciements

Le Ministère de la santé tient à adresser ses sincères remerciements à tous ceux qui ont travaillé inlassablement à l'élaboration du présent Plan de Développement Sanitaire 2020-2024, notamment l'équipe technique du Ministère de la santé, les autres ministères techniques, la société civile, et les partenaires techniques et financiers.

Nos remerciements s'adressent particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et au Centre International d'Appui au Renforcement des Systèmes de Santé (ICHESS) pour leur appui technique qui a permis la finalisation de cet important document.



*M. Mohamed Warsama Dirieh, Ministre de la Santé, durant la cérémonie de lancement officiel du plan National de développement Sanitaire, PNDS 2020-2024. ©UNICEF Djibouti, 2020*

## Résumé analytique

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2020-2024 traduit la volonté de la République de Djibouti d'apporter des réponses efficaces aux problèmes de santé des populations. Ceux-ci se traduisent par des niveaux de morbidité, de mortalité et de malnutrition élevés touchant plus particulièrement la femme et l'enfant. Les fardeaux du paludisme, de la tuberculose et du VIH demeurent importants et les risques de décéder d'une maladie non transmissible, surtout les maladies cardio-vasculaires, sont en hausse. Pour cause, le système de santé connaît des faiblesses au niveau de l'offre de soins en termes de ressources humaines, d'infrastructures, d'équipements, de médicaments et d'intrants essentiels. De plus, le niveau de financement du secteur de la santé reste insuffisant et la disponibilité des statistiques sanitaires constitue un défi majeur.

Le PNDS 2020-2024 est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Il se fonde sur les orientations stratégiques en matière de santé retenues dans la Vision 2035 qui visent à atteindre un état de santé optimal pour toute la population djiboutienne et à faire du slogan « la santé pour tous et partout », une réalité sur laquelle pourra se fonder les ambitions du pays en termes de croissance et de développement durable.

Il s'attèle à accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle en vue de l'atteinte des Objectifs de développement durable liés à la santé. L'ensemble s'intègre dans un cadre de performance qui fixe les cibles à atteindre d'ici 2024, qui s'articulent autour de : (i) la réduction de la morbidité, de la mortalité et de la malnutrition, (ii) l'augmentation des couvertures effectives des interventions à haut impact et (iii) le renforcement des piliers du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

A cet effet, cinq priorités stratégiques ont été définies pour être mises en œuvre et suivies rigoureusement, avec un rapport annuel de performance, pendant les cinq prochaines années :

- Une offre équitable de soins de qualité disponible pour tous et partout dans le pays et qui répond aux besoins des populations, en particulier les plus démunies et les plus vulnérables ;
- L'intégration de prestations des soins promotionnels, préventifs et curatifs de qualité axées sur les soins de santé primaire et adaptés au contexte épidémiologique et socio-culturel du pays ;
- Une bonne gouvernance dans la gestion des services de santé renforcée à travers une redevabilité accrue vis-à-vis des résultats du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Un financement adéquat et durable pour assurer la Couverture Sanitaire Universelle et la protection sociale des populations vulnérables ;
- Un système d'information sanitaire performant avec des données de qualité disponible et utilisées en temps réel pour faciliter la prise de décision éclairée et opportune.

La mise en œuvre du PNDS 2020-2024 se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation des principaux acteurs des secteurs public et privé, de la société civile, des communautés et des partenaires techniques et financiers. Un cadre de mise en œuvre a été développé pour en faciliter le suivi et permettre une bonne coordination multi-sectorielle dans l'esprit de la déclaration de Paris. Un cadre de suivi et évaluation, qui inclut les enquêtes en 2020 et en 2024, a été élaboré pour permettre un suivi rapproché de la mise en œuvre et une évaluation rigoureuse de l'impact de ce PNDS 2020-2024 sur la Vision 2035 et les ODD.

Le budget du PNDS 2020-2024 est estimé à 61 676 375 315 FDJ sur la période 2020-2024 soit 348 454 097,8 USD. Sa moyenne de dépense de santé de 74 USD par tête d'habitant représente une augmentation de 37% comparativement au niveau actuel qui est de 54 USD par habitant et par an.

## Introduction

A Djibouti, à la suite de la réforme du Secteur de la Santé intervenue en 2001, le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) quinquennal fut instauré par le Décret n°2008-0078/PR/MS portant adoption du Plan National de Développement Sanitaire de Djibouti 2002-2006. Il a été suivi de deux autres PNDS quinquennaux couvrant les périodes 2008-2012 et 2013-2017. Le PNDS est le document de référence national en matière d'orientation stratégique et d'actions prioritaires pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de Djibouti.

La déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires (SSP, octobre 2018) appelant à renforcer les systèmes de SSP en tant qu'étape essentielle vers la couverture sanitaire universelle, a réaffirmé l'engagement de la communauté internationale à replacer les SSP au centre de l'agenda des objectifs de développement durable (ODD) et de la couverture santé universelle.

Le présent PNDS a gardé la tradition de deux précédents qui étaient construits sur le socle des SSP comme la meilleure stratégie pour rapprocher les services et soins de santé de ceux qui en ont le plus besoin et ainsi réduire les disparités et les inégalités sociales.

Le processus d'élaboration du présent PNDS 2020-2024 a été conduit dans un cadre largement participatif et inclusif qui a regroupé l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé. Il a été conçu selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et orienté vers l'accélération du progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ainsi que l'ensemble des ODD liés à la santé.

Ce processus a suivi six étapes majeures :

- **L'évaluation finale du PNDS 2013-2017** : Elle a été menée pour déterminer les niveaux de réalisation, les résultats obtenus, de même que les goulots d'étranglements et les causes des problèmes rencontrés dans sa mise en œuvre. Elle a abouti à la formulation de recommandations pertinentes pour le nouveau PNDS 2020-2024.
- **L'analyse de la situation sanitaire nationale, l'identification des priorités stratégiques et l'adoption du cadre de mise en œuvre du PNDS 2020-2024** : Un atelier national a été organisé avec les groupes thématiques mis en place par le Ministère de la Santé en associant tous les acteurs du système de santé avec pour objectifs, d'une part d'identifier les forces, les faiblesses et les problèmes rencontrés à tous les niveaux, et d'autre part de déterminer les besoins spécifiques prioritaires.
- **La relecture du draft du PNDS, la finalisation des priorités stratégiques et le cadre de suivi évaluation** : Elle s'est déroulée au cours d'un atelier qui a réuni les différents acteurs du secteur de la santé. Les travaux des différents groupes ont permis de finaliser les stratégies et les actions prioritaires pour la période 2020-2024 ainsi que le cadre de suivi évaluation et le cadre performance.
- **La budgétisation du PNDS 2020-2024** : La budgétisation du PNDS 2020-2024 a été faite à l'aide de l'outil de budgétisation axée sur les résultats, le « One Health Tool » (OHT). Il permet de lier les coûts budgétisés avec les résultats ciblés en termes de couverture et d'impact.
- **La consultation nationale sur les accélérateurs du plan d'action global (GAP) pour l'atteinte de l'ODD 3** : Un atelier national a été organisé par le Ministère de la Santé pour examiner les accélérateurs du GAP ODD 3 recommandés au niveau global et identifier les plus appropriés au contexte spécifique du Djibouti. Les 4 accélérateurs et les 20 recommandations des actions essentielles qui en ont découlé ont été intégrés pour enrichir les stratégies et actions du PNDS 2020-2024.



- **La validation finale du PNDS 2020-2024** : La validation des stratégies et actions prioritaires du PNDS 2020-2024, de son budget et du cadre de suivi et d'évaluation a été faite de façon consensuelle.

Ainsi, ce document final du PNDS 2020-2024 est le produit d'un consensus qui a bénéficié de la participation des professionnels et de l'expertise locale et internationale impliqués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de Djibouti. Il reflète les priorités du secteur de la santé pour la période 2020-2024.

Après la mise en place en 2014 par le Gouvernement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) pour éliminer les barrières financières, le PNDS 2020-2024 a pour ambition d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité à des soins de santé de qualité pour tous et partout. Atteindre une couverture santé universelle solidement ancrée dans des soins de santé primaires de haute qualité est aujourd'hui un impératif pour le système de santé de Djibouti.



*Ministre des Finances et participants à la cérémonie de lancement officiel du Plan National de développement Sanitaire, PNDS 2020-2024 ©UNICEF Djibouti, 2020*

## Chapitre 1 : Le contexte du PNDS 2020-2024

### 1.1 Le contexte général

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

#### 1.1.1 Contexte géographique, démographique et géopolitique

La République de Djibouti, d'une superficie de 23 200 km<sup>2</sup>, 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 (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).



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.

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 connaît ces dernières années des troubles sociopolitiques réguliers et la piraterie maritime sévit au large des côtes djiboutiennes.

En 2017, Djibouti comptait 992 635 habitants dont 11% étaient des enfants de moins de 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 de 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 six 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 34 750, celle des réfugiés et demandeurs d'asile est de 29 915 avec un impact important sur le système de santé national.

### 1.1.2 Contexte socioéconomique

En 2016, la croissance du Produit intérieur brut (PIB), était estimée à 6,5 %, grâce au dynamisme des activités de transport, aux 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 à 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 Fond monétaire international (FMI) et la Banque mondiale. Le PIB était estimé à 277,74 milliards DJF (source : Annuaire statistique DISED 2017) constitué à 70% des revenus du secteur tertiaire.

L'indice de développement humain de la république de Djibouti était de 0,495 en 2018, se plaçant au 171<sup>ème</sup> rang sur 189 pays (Rapport sur le développement humain, PNUD, 2019).

Malgré les progrès économiques du pays, les niveaux de pauvreté et chômage restent élevés. Ainsi selon l'EDAM-4 (2018), le taux de pauvreté extrême des individus pour l'ensemble du pays était 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 celui des 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 de 45,0%. De plus, les résultats obtenus par l'EDAM-4 (2018), indiquent un taux de chômage estimé à 47% au niveau national. Djibouti-ville a un taux similaire (47,6%), tandis qu'il y a des variations entre régions du pays, avec les régions d'Ali Sabieh et de Dikhil affichant respectivement des taux de chômage de 36,9% et 37,8%, alors que la région de Tadjourah a le marché du travail le moins dynamique, avec un taux de chômage de 56%.

Les dernières années ont vu une augmentation des investissements extérieurs, ainsi que 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 (de 6 à 10 ans) était de 94,1%, le taux d'analphabétisme chez les femmes (de 15 ans et plus) de 52,9% et celui des hommes de 66,6%, en 2016 (Annuaire Statistique 2017).

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'Emploi (SCAPE 2015-2019) qui est le cadre de référence national de la mise en œuvre de Objectifs de développement durable (ODD).



## 1.2. Contexte sanitaire

### 1.2.1 Organisation du système de santé

Dès le lendemain de son accession à l'indépendance en 1977, la République de Djibouti a fait son choix en matière de politique sanitaire en adhérant en 1980 à la déclaration d'Alma Ata de 1978, visant le développement des soins de santé primaires (SSP) et la santé pour tous. **C'est pourquoi, le système de santé de Djibouti est fondé sur la stratégie des SSP et organisé selon l'approche système de santé de district.**

Sur le plan administratif, le niveau central est composé essentiellement du cabinet du ministre, du secrétariat général et des directions centrales. Le niveau régional au plan administratif se confond avec le niveau district (périphérique). **De ce fait, les équipes cadres de districts n'existent pas. Ce rôle étant assuré par les médecins chefs des centres médico-hospitaliers (CMH).** Les cinq régions sanitaires de l'intérieur du pays sont dirigées par les médecins chefs CMH. Ils sont donc les premiers responsables sanitaires des régions administratives qui correspondent aux régions sanitaires. En plus de leur responsabilité de coordination et supervision des soins curatifs, ils assurent la mise en œuvre des soins préventifs. L'ensemble des structures publiques de premier et deuxième niveau est sous la responsabilité de la Direction des régions sanitaires (DRS). Par ailleurs, l'ensemble des structures de référence du troisième niveau dispose de leur propre cadre de référence juridique et de leur conseil d'administration. **A ce jour, seul l'Hôpital général Peltier bénéficie d'une autonomie de gestion et d'une personnalité morale dans le cadre d'un projet pilote en vue de son extension à l'ensemble des structures du niveau tertiaire conformément à la politique sanitaire.**

La décentralisation du système de santé est une des priorités de la politique de santé de Djibouti. Elle n'est pas encore effective. **Toutefois la Loi n° 48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé stipule que l'unité administrative de base est le secteur sanitaire. Elle stipule que le secteur sanitaire est l'unité territoriale de base, administrative, technique et financière de la carte sanitaire. Les secteurs sanitaires sont regroupés par district sanitaire, dont les limites géographiques sont celles du district administratif (ou de la région administrative).**

Conformément à la stratégie des soins de santé primaires, le système de santé a introduit les médicaments essentiels génériques depuis 2003. Le circuit des médicaments dans le secteur public est organisé autour d'une centrale d'achat basée à Djibouti ville créée en 2004. Elle a pour missions d'assurer essentiellement l'approvisionnement, la distribution et la vente des médicaments essentiels dans le secteur public et le secteur privé.

Au point de vue des prestations des services de santé, l'organisation des structures d'offre de soins est de type pyramidal avec trois niveaux (graphique 1). Il est régi par la carte sanitaire qui doit être révisée tous les cinq ans selon la politique nationale de santé. Il existe trois sous-secteurs d'offre de soins à l'intérieur de cette pyramide : le public, le parapublic et le privé.

**Le niveau périphérique :** Dans le sous-secteur public, le premier niveau est constitué par les postes de santé en milieu rural et les centres de santé communautaires à Djibouti ville. Ces structures de soins assurent le premier contact du système de santé avec les populations.

**Le niveau intermédiaire :** Le deuxième niveau est composé de cinq centres médico-hospitaliers qui jouent également le double rôle d'hôpital de district et d'hôpital régional dans la plupart des régions. Cependant, le Ministère de la Santé a changé d'optique en instituant progressivement dans les régions un troisième échelon de référence, les hôpitaux régionaux. Pour l'instant, seul l'hôpital de la région d'Ali Sabieh est fonctionnel.

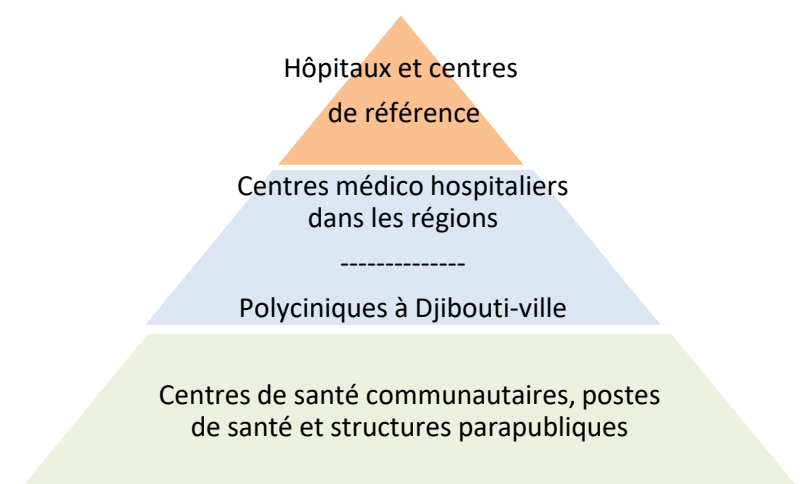
A Djibouti, jusqu'en 2017, il n'existait pas de deuxième niveau de soins. Depuis cette date, le Ministère de la Santé a procédé à la création des polycliniques publiques comme structures de deuxième niveau de soins.

**Le niveau central :** Le troisième niveau de soins (tertiaire) est constitué par deux hôpitaux nationaux de référence, d'une maternité nationale de référence, de deux centres spécialisés et de l'hôpital régional d'Ali Sabieh.

**Les sous-secteurs parapublic et privé :** Ils se limitent à Djibouti-ville.

Les structures parapubliques au nombre de sept (7) sont composées de cinq structures sanitaires des Forces Armées et de deux structures sanitaires de l'organisme de la protection sociale (Actuellement la CNSS 1 et 2).

L'offre de services privés est structurée autour d'un grand hôpital Al Rahma, de trois (3) polycliniques, et dix (10) cabinets médicaux. Le secteur privé médical et pharmaceutique ne fait pour l'instant l'objet d'aucune régulation tarifaire harmonisée, mais des conventions avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) sont en cours de signature.



Graphique 1. 1: Pyramide sanitaire du système de santé de Djibouti

### 1.2.2 Profil sanitaire, morbidité et mortalité

Selon l'annuaire statistique 2017, l'espérance de vie à la naissance est de 51,8 ans pour les hommes et 54,1 ans pour les femmes.

La mortalité générale de la population était de 17,7 pour mille habitants en 2015 (source : Banque Mondiale), pendant que le taux de mortalité des adultes (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1000 habitants) était de 265 pour les hommes et 215 pour les femmes en 2015 (source : Observatoire Mondial de la Santé, OMS).

Le pays est confronté aux maladies infectieuses, souvent à caractère épidémique et ou endémique, tels que le paludisme, la grippe, le choléra, la fièvre typhoïde, les diarrhées parasitaires et bactériennes, l'hépatite virale, le VIH/SIDA-IST (séroprévalence VIH de 2,9% dans la population générale), la tuberculose (1161/100 000, une des prévalences les plus élevées du monde) et aux maladies non transmissibles en augmentation rapide tels que les affections cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et la malnutrition. Les maladies non transmissibles, de plus en plus fréquentes, sont responsables de 40% des admissions et un tiers des

décès intra hospitaliers à l'hôpital général Peltier. Les causes maternelles et néonatales représentaient 12% du poids total de la maladie et 9% de la mortalité totale en 2010.

Par ailleurs, Djibouti accueille des réfugiés depuis 1978 et fait face au phénomène des populations dites « flottantes », qui représentent un total de 120 à 150 000 personnes, et des migrants, qui représentent un total de 170 à 180 000 personnes, soit 500 personnes par jour qui traversent le territoire djiboutien à destination de l'Arabie ou de l'Europe. Les soins courants de ces populations sont assurés par le Ministère de la santé avec l'appui du HCR et de l'OIM. Selon le rapport de l'OIM, ils représentent 20% des consultations et 18% des hospitalisés des structures sanitaires de deuxième et troisième niveau, ce qui représente des coûts considérables pour le système de santé du pays hôte.

Ils contribuent à la contagion des populations hôtes (diarrhée, paludisme, etc.) et sont en partie à l'origine des changements dans le profil épidémiologique des populations hôtes, même s'il est difficile de déterminer le poids de mortalité et de morbidité supplémentaires qu'ils représentent.

### 1.2.3 Bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Le PNDS 2013-2017 a contribué à progresser vers l'atteinte des OMD liés à la santé (OMD 4, 5 et 6). Le bilan des progrès est moyen. En l'absence d'une source de données datant de 2015, le bilan se base sur la dernière enquête nationale et s'établit comme suit :

**L'OMD 1 (Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim) :** L'indicateur de mesure de progrès concernant la santé était la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans.

Selon le rapport national sur les OMD de 2010 et le rapport PAPFAM 2012, l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans est passé de 25,7% en 2000, à 23,8% en 2002 à 28,6% en 2006 et 29,8% en 2015. La cible nationale de cet indicateur étant de 15% en 2015. Cet objectif n'a donc pas été atteint.

**L'OMD 4 (Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans) :** Les indicateurs de mesure de progrès étaient le taux de mortalité infantile (0 à 1 an) et taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Selon le rapport national sur les OMD de 2010 et le rapport PAPFAM 2012, le taux de mortalité infantile est passé de 106,4 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 99,8 en 2002, à 67 en 2006 et 43 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015. La cible nationale de cet indicateur étant de 35,3 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015, le progrès réalisé pour cet indicateur est donc de 89,2%.

La mortalité infanto-juvénile est passée de 131,1 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 127 en 2002, à 94 en 2006 et 68 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015. La cible nationale de cet indicateur étant de 43,7 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015, le progrès réalisé pour cet indicateur est donc de 72%.

**L'OMD 5 (Améliorer la santé maternelle) :** L'indicateur de mesure de progrès était le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes.

Selon le rapport national sur les OMD de 2010 et le rapport PAPFAM 2012, la mortalité maternelle à Djibouti est passée de 740 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 546 en 2002 et à 383 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. La cible nationale de cet indicateur étant de 185 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, le progrès réalisé pour cet indicateur est donc de 64%.

**L'OMD 6 (Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose et les autres maladies) :** Les indicateurs de mesure de progrès étaient le taux de prévalence du VIH/SIDA, le taux de prévalence de la tuberculose (100 000 habitants) et le taux d'incidence du paludisme.

La propagation du VIH/SIDA a été inversée mais la prévalence reste plus élevée qu'en 1990. Selon le rapport national sur les OMD de 2010 et le Plan stratégique du VIH 2020-2024, cette prévalence est passée de 0,2% en 1990 à 3% en 2002 et à 1,5% en 2015.

La tendance de l'incidence de la tuberculose est en baisse mais reste encore parmi les plus élevées au monde ; elle est passée de 619 nouveaux cas en 2014 à 378 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2015. La prévalence était d'environ 906 cas pour 100 000 habitants en 2014.

L'atteinte de la cible de l'OMD 6 en rapport avec le paludisme est loin d'être réalisée car nous assistons depuis 2012 à une tendance à la hausse des cas de paludisme. Le nombre de cas est passé de 24 en 2012 à 1 684 en 2013, à 9 459 en 2014 et à 9 557 en 2015.

#### 1.2.4 Bilan du PNDS 2013-2017

Au terme de la mise en œuvre du PNDS 2013-2017, une évaluation finale a été réalisée. Cette évaluation a concerné deux volets. Le volet qualitatif et le volet quantitatif du PNDS 2013-2017.

S'agissant du volet qualitatif, il a porté sur la qualité du PNDS 2013-2017 et les conditions de sa mise en œuvre. Il a été noté que l'analyse de la situation de ce PNDS s'est appuyée sur une revue participative approfondie, à travers des ateliers réunissant toutes les parties prenantes du secteur de la santé et que les objectifs étaient clairement définis en prenant en compte les engagements internationaux du pays tels que les OMD. La budgétisation du PNDS a été faite avec l'outil de budgétisation axée sur les résultats, le « One Health », il liait le financement du PNDS aux résultats attendus.

Par ailleurs il a été identifié de nombreuses faiblesses portant sur : (i) la faible diffusion du PNDS auprès de tous les acteurs qui a compromis son appropriation et donc sa mise en œuvre, (ii) l'inexistence d'un mécanisme de financement clair du PNDS, (iii) l'absence d'un mécanisme fonctionnel de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS, (iv) la budgétisation tardive du PNDS 2013-2017 (seulement en fin 2014), (v) l'absence de plans opérationnels du PNDS, d'une revue annuelle et d'une évaluation à mi-parcours, (vi) l'absence d'un cadre de performance complet avec des indicateurs et des cibles bien définis.

Sur base de ce constat, des recommandations fortes ont été formulées, qui sont les suivantes :

- Impliquer tous les acteurs dans l'étape de l'analyse de la situation, afin que les priorités stratégiques répondent aux besoins réels du secteur de la santé.
- Diffuser, une fois validé, le PNDS auprès de tous les acteurs de mise en œuvre pour son appropriation.
- Mettre en place un cadre de coordination et de suivi fonctionnel de la mise en œuvre du PNDS impliquant l'ensemble des parties prenantes.
- Elaborer un plan de financement du PNDS incluant les mécanismes de mobilisation des ressources.
- Elaborer des plans d'action opérationnels annuels du PNDS à tous les niveaux.
- Organiser des revues annuelles de la mise en œuvre des plans d'action opérationnels annuels du PNDS, pour identifier les défis de mise en œuvre et actions correctrices nécessaires.
- Réaliser les évaluations à mi-parcours et finale du PNDS.

- Elaborer un cadre de performance avec les indicateurs SMART pertinents pour le suivi évaluation du PNDS, en identifiant des cibles qui sont liées au niveau de financement mobilisable grâce à l’outil de budgétisation le « One Health ».

Concernant le volet quantitatif, il est difficile de documenter la performance du système de santé pour la période 2013-2017, dans la mesure où le cadre de suivi évaluation du PNDS 2013-2017 est resté incomplet pour une grande partie des résultats à atteindre (indicateurs d’intrants, de processus, d’effets et d’impact).

Les indicateurs d’effets et d’impact du PNDS 2013-2017 ont bénéficié de la disponibilité des données de base issues d’enquêtes nationales de 2012 (EDAM-IS 3, EDSF/PAPFAM), et également d’autres enquêtes telles que l’Evaluation de la Couverture Vaccinale (ECV, 2014), l’enquête sur l’Indice de Disponibilité et de Capacité Opérationnelle des services de santé (SARA, 2015), les enquêtes SMART (2013) et AGVSAN (2014). Cependant, les données d’enquête pour l’évaluation finale de la performance du PNDS au terme du cycle 2013-2017 n’étaient pas disponibles.

Par ailleurs, les informations sur l’évolution des principaux indicateurs clés du secteur de la santé ont pu être collectées partiellement en novembre 2017 jusqu’à fin 2016 pour certains des 48 indicateurs de la matrice de suivi évaluation du PNDS 2013-2017 élaborée en 2014.

D’une manière générale, on note une amélioration sensible des indicateurs de mortalité et de morbidité de la santé de la mère et de l’enfant. Entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle a baissé de 517 à 229 décès pour 100 000 naissances vivantes (WHO, 2015) et la mortalité infanto-juvénile est passée de 119 à 66 décès pour 1000 naissances vivantes (UNICEF, 2018).

Concernant la disponibilité en médicaments essentiels, la performance est très insuffisante, avec une disponibilité globale de 32% des médicaments essentiels traceurs dans les formations sanitaires en 2015 (source : Enquête SARA 2015).

Concernant le PEV, l’enquête de couverture vaccinale réalisée en 2014 montre une amélioration sensible des couvertures, mais la disparité entre Djibouti ville et les régions reste importante, et le taux d’enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés reste insuffisant.

On note une couverture très basse du suivi de la grossesse avec les consultations prénatales (pour les 4 contacts), en particulier dans l’intérieur du pays, qui a tendance à se dégrader lors des dernières données de référence officiellement disponibles (2015).

Au niveau nutritionnel, malgré les progrès constatés dans la prise en charge des cas, la situation reste très préoccupante et implique un renforcement de la promotion de la santé et de la détection des cas au niveau communautaire.

Au niveau des épidémies, la flambée épidémique du paludisme constatée depuis 2013 implique la nécessité d’un renforcement intersectoriel des mesures de prévention et de contrôle des vecteurs, ainsi qu’une réflexion sur la détection et la prise en charge des cas au niveau communautaire.

La tuberculose reste un problème de santé publique majeur à Djibouti et la prise en charge de la tuberculose multi et ultra résistante aux traitements disponibles pose un défi majeur.

Les diarrhées aqueuses aiguës posent également un problème majeur de santé publique dans la mesure où leur présence est devenue endémique et implique une réorganisation de leur prise en charge, en particulier au niveau des populations migrantes et flottantes.

## Chapitre 2. Analyse de la situation sanitaire

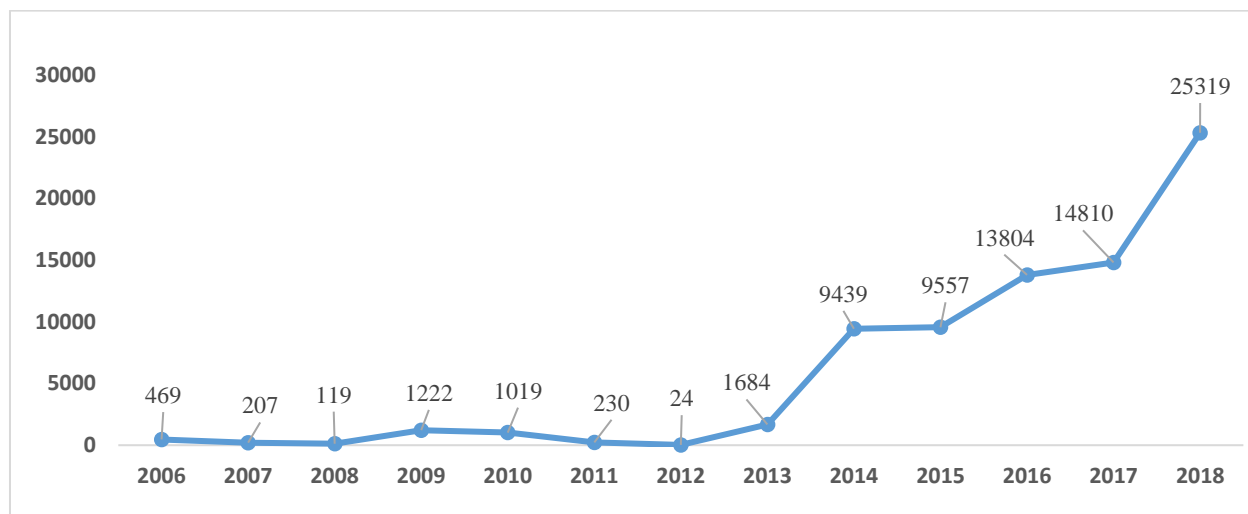
### 2.1 Prestation des services de santé

#### 2.1.1 Les maladies transmissibles

**Le Paludisme** : C'est en 1984 que le paludisme est devenu un problème de santé publique à Djibouti. En effet, depuis cette année, les cas de paludisme n'ont cessé d'augmenter. La lutte contre le paludisme à Djibouti est coordonnée par le Programme National de la Lutte Contre le Paludisme (PNLP).

La tendance épidémiologique du paludisme est à la hausse malgré les efforts d'intensification des interventions mises en œuvre. Le *plasmodium falciparum* reste la forme prédominante de paludisme au Djibouti. Cependant, la prévalence du *plasmodium vivax* est passée de 3% en 2008 pour tous les cas de paludisme notifiés à Djibouti à 36% en 2018 (source : DIS, PNLP).

La pulvérisation spatiale est jusqu'à présent le moyen privilégié pour la lutte antivectorielle. Cependant elle connaît des limites dans son efficacité, causées par de nombreuses résistances aux insecticides. Une étude réalisée en 2017 a révélé une résistance aux quatre familles d'insecticides les plus couramment utilisées (les organophosphorés, les pyréthrinoides, organochlorés et les carbamates). Ceci explique une augmentation croissante du nombre de cas comme le montre le graphique 3 ci-dessous. Les cas confirmés sont passés de 24 cas en 2012 à 25 319 cas en 2018. En 2018, sur 104 963 cas suspects, 25 319 (24.12%) ont été confirmés comme cas de paludisme et 99% de cas suspects de paludisme ont été testés.



Graphique 2. 1: Evolution de l'incidence du paludisme à Djibouti entre 2006 et 2018  
(Source : PNLP)

En guise de renforcement de la réponse, la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) a été mise en œuvre en Septembre 2019 et adoptée comme stratégie de lutte anti vectorielle avec la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA). Une campagne pilote de pulvérisation intra domiciliaire utilisant du SumiShield, insecticide de nouvelle génération, a été conduite dans 5 quartiers (Einguella, Arhiba, Quartier 4, Quartier 5 et Quartier 6) et a permis de couvrir 5782 ménages et une population de 37663 personnes. Les campagnes de distribution universelle de MILDA conduites en 2018 et 2019 à Djibouti-ville ont permis de couvrir intégralement

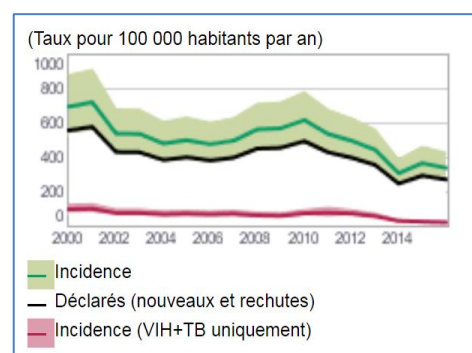


les communes de Ras Dika, Boulaos et Balbala, avec un total de 346 613 MILDA distribuées et 103 613 ménages couverts. Toutefois ces deux importantes activités de prévention restent encore à renforcer.

Concernant la prise en charge, le protocole national de prise en charge a été mis à jour en 2019 et le personnel formé. Cette même année le taux de prise en charge des cas de paludisme était de 98%.

La cartographie du paludisme réalisée en 2018, montre qu'à Djibouti 98% des cas de paludisme se situent à Djibouti-ville (la capitale) dont l'immense majorité est recensée dans la commune de Boulaos avec 80% d'incidence du paludisme.

**La Tuberculose :** Pour faire face de manière organisée et structurée au fléau de la tuberculose, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été créé en 1980. Le taux d'incidence tend vers la baisse, passant de 619 cas en 2013 à 269 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2017. La prévalence était de 906 cas pour 100 000 habitants en 2014. Le taux de mortalité était de 39 cas pour 100 000 habitants en 2017. Le groupe d'âge le plus touché se situe entre 15 et 44 ans. La tuberculose de l'enfant demeure un maillon faible de la lutte contre la tuberculose à Djibouti.



Graphique 2. 2 : Incidence de la TB 2000-2014

Une étude de la prévalence de la résistance modérée aux antituberculeux (MDR) réalisée dans le pays en 2015 a montré une prévalence de 3,7% chez les nouveaux cas et de 37,3% chez les cas re-traités (4.3% et 34%, estimations OMS 2015) et 6 cas de résistance multiples aux antituberculeux (XDR) ont été diagnostiqués en 2016.

La distribution des cas dépistés dans le pays varie selon la situation géographique en diminuant lorsque l'on s'éloigne de Djibouti. En 2018, Djibouti-ville regroupait à elle seule 88.81% des cas dépistés (1777 sur 2001 cas de TB notifiés) et 11,19% seulement diagnostiqués dans les régions de l'intérieur du pays.

La prise en charge de la tuberculose se situe à trois niveaux. Le niveau central est composé de l'hôpital national de référence de la tuberculose HPPCSO (Hôpital Dr Chakib Saad Omar ex Paul Faure) qui abrite en son sein le Laboratoire national de référence (LNR) et est l'hôpital de référence qui prend en charge la moitié des cas de tout le pays. C'est le seul hôpital qui diagnostique et traite les patients atteints de tuberculose à bacille multi résistant et ultra résistant. Au niveau régional, le secteur public compte 10 Centres de diagnostic et de traitement directement observable (CDTO) et 20 Centres de diagnostic et de traitement (CDT). Au niveau périphérique, aucune structure publique, parapublique ou privée ne dispose de CDT. Les structures du secteur privé et parapublic effectuent uniquement la référence des cas.

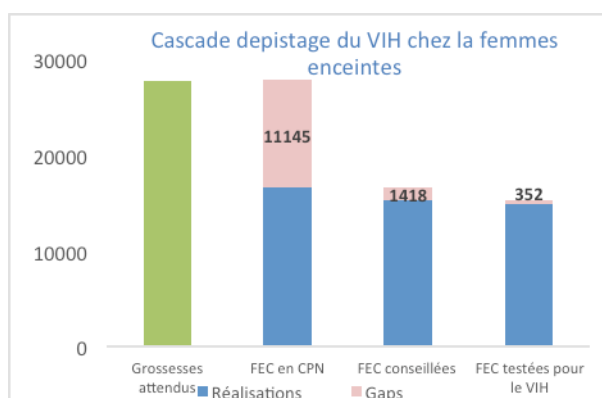
Le taux de succès thérapeutique s'améliore d'année en année. En effet, il est passé de 78,8% en 2009 à 81% en 2014 puis 86% pour les TPM+ et 79% pour les retraitements en 2016. Il faut souligner qu'à partir de 2017 le PNLT a commencé à renseigner les résultats de traitement des cas TB toutes formes confondues. On note une évolution à la baisse des taux des perdus de vue passant de 25% en 1993 à 8,80 % en 2016 pour les cas bactériologiquement confirmés. En note toute depuis le 2<sup>ème</sup> semestre 2017 un taux de perdus de vue des cas TB toutes formes confondues à 10% actuellement. Toutefois des efforts restent à déployer pour atteindre la cible de 5% des perdus de vue pour tous

ces cas. Le taux de succès thérapeutique pour la tuberculose multi résistante (traitement long MDR-TB et TB-RR) était de 36,11 % 2015 et de 65,7 % en 2017.

En ce qui concerne la co-infection TB/VIH, il y a eu une amélioration progressive du dépistage du VIH chez les patients TB passant relativement de 53% en 2012 à 84% en 2015 puis à 89,6% en 2018 et le taux de co-infection TB/VIH est passé de 8.5% en 2014 et 3.2% en 2018 avec une mise sous antirétroviraux (ARV) de 53,84% (35/65), en 2018.

**Le VIH/SIDA :** Djibouti connaît une épidémie généralisée dont la séroprévalence est estimée à un taux de 1,25% en 2018 (*Spectrum 2018*) avec une tendance à la baisse depuis 2012 (2,9 %). On note une féminisation de l'épidémie avec 4 642 femmes infectées contre 3 588 hommes (*Spectrum 2018*). Chez les tuberculeux la prévalence du VIH était de 3.63% en 2018. Le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH est de 60%. Les principaux modes de transmission du VIH chez les cas notifiés sont la transmission hétérosexuelle (83,5%), la transmission mère-enfant (1,7%), la transfusion sanguine (0,3%), la transmission homosexuelle et bisexuelle (0,2%) et les modes non précisés (14,3%). La dernière enquête de séroprévalence date cependant de 2002, ce qui pose un problème de fiabilité des données.

La prévention de la transmission parent-enfant du VIH (PTPE) est une priorité nationale soutenue par la Première Dame avec le lancement du Plan d'élimination de la transmission mère-enfant en octobre 2015, en présence du Directeur Exécutif de l'ONUSIDA. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la faible performance de la PTPE. Il s'agit de l'utilisation de la consultation prénatale qui reste tardive avec un taux de complétude des quatre contacts à 45%, ce qui ne permet pas d'avoir accès à toutes femmes séropositives attendues, de la perte de vue importante des femmes enceintes après le dépistage et d'un faible niveau de réalisation des tests de la charge virale. L'intégration de la PTPE dans le paquet de service de la santé maternelle n'est pas effective dans toutes les structures de santé. Par ailleurs le test de confirmation est fait au niveau du laboratoire, allongeant le temps de rendu des résultats. Malgré la formation des sages-femmes à la prescription des ARV, jusqu'à présent ils sont prescrits par les médecins référents, ce qui alourdi le circuit pour la patiente et entraine l'abandon. L'implication de la communauté dans les activités de la PTPE reste encore à un niveau faible.



Graphique 2. 3: Cascade du dépistage et du traitement aux ARV chez la femme enceinte

La prise en charge pédiatrique est l'une des faiblesses de la riposte nationale. La prophylaxie et le diagnostic précoce chez le nouveau-né sont déficients avec une faible couverture (25 sur une cible attendue de 148 enfants) malgré la disponibilité du dépistage dans les sites. Il n'existe pas de stratégie pour capter et mettre sous traitement les enfants séropositifs.



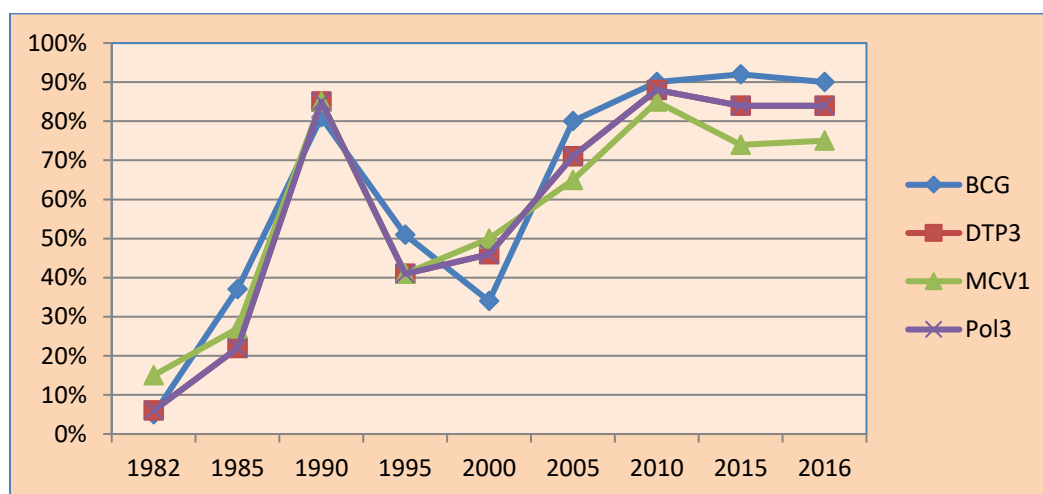
Concernant la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), sur un total de 8 229 PVVIH attendus, seulement 2 680 patients ont été mis sous traitement (33% de couverture). Parmi les 1,775 tests de charge virale (CV) réalisés, 1 136 (64%) ont montré une CV indétectable (<1000 copies). Plusieurs facteurs expliquent ce faible niveau de couverture de la prise en charge. Il s'agit de la stigma-discrimination au sein des structures de santé et de la population générale nonobstant les dispositifs juridiques de protection des PVVIH mis en place depuis 2008, la faible implication communautaire (groupe de soutien à domicile à domicile pour l'aide à l'observance), l'indisponibilité du traitement de troisième ligne, et le non suivi des indicateurs d'alerte précoce (IAP).

Concernant les activités de prévention, les activités de sensibilisation menées par les ONG et les associations de la société civile restent très faibles et limitées géographiquement en termes de couverture de population. Les données comportementales pour les populations vulnérables, notamment les jeunes, ne sont pas à jour. En effet, le pays a pu réaliser une seule enquête bio-comportementale pour les travailleuses du sexe et les routiers en 2014. Les activités de prévention de la TB et du VIH et celles sur la SR ne sont pas harmonisées et intégrées dans la mise en œuvre. La coordination avec tous les intervenants reste à améliorer.

**Les maladies évitables par la vaccination (PEV) :** Le Programme National d'Immunisation créée en 1984, est l'un des principaux programmes de soins de santé primaires à Djibouti. Les maladies ciblées par le PEV à Djibouti sont : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite virale B, les infections à *Haemophilus influenzae* type b, les diarrhées à rotavirus et les infections à pneumocoques. Toutes les maladies évitables par la vaccination bénéficient d'une surveillance épidémiologique à l'échelle nationale. Djibouti n'a enregistré aucun nouveau cas de polio virus sauvage depuis 1999.

La couverture des antigènes du PEV a connu une forte augmentation entre 1982 et 1990 avant de régresser jusqu'en 2000 (graphique 4). La tendance à la hausse a repris à partir des années 2000 pour atteindre plus de 80% pour la plupart des antigènes.

Depuis 2010, le taux de couverture de la vaccination de routine reste relativement stable, aux alentours de 80% en 2018. Cette même année, la couverture du DTC3 était de 83.53%, celle du vaccin antirougeoleux de 81% et celle du vaccin contre le Rotavirus 1 de 91% et le Rotavirus 2 de 87%. Toutefois ces couvertures restent insuffisantes car en dessous des normes requises.



Graphique 2. 4: Couverture vaccinale des enfants de 0 - 11 mois (en %) de 1982 à 2016

(Source : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/estimates?c=DJI](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=DJI))

Il existe une grande disparité au niveau des couvertures de tous les antigènes du Programme Elargi de Vaccination (tableau 2), notamment, 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. On observe aussi que la couverture de la rougeole est inférieure à 80% dans toutes les régions du pays et qu'il y a une faible continuité avec le vaccin pentavalent. Celui-ci passe de 93% pour la première dose à 78% à la troisième dose.

Tableau 2. 1: Couverture vaccinale des enfants de 0 - 11 mois (en %) par district sanitaire et milieu de résidence

ECV 2014	BCG/Polio	Penta1/Polio	Penta2/Polio	Penta3/Polio	Anti/Rougeole
<b>Régions Sanitaires</b>					
Djibouti ville	100,0	92,7	87,9	80,9	73,7
Balbala	100,0	94,0	88,3	81,7	72,4
Ali Sabieh	98,6	92,6	82,8	75,2	75,7
Dikhil	100,0	92,7	81,3	73,7	65,9
Tadjourah	98,1	90,7	86,1	75,8	72,3
Obock	93,4	89,4	72,8	52,6	45,1
Arta	97,2	92,7	79,0	64,4	61,7
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain Djibouti ville	100,0	93,5	88,3	81,6	72,2
Urbain : Autres	98,8	94,8	86,6	78,2	79,0
Rural	97,6	89,5	77,2	64,2	59,0
Ensemble	99,5	93,0	86,1	78,0	71,2

(Source : enquête de couverture vaccinale 2014)

Plusieurs facteurs expliquent la faiblesse des couvertures des antigènes du PEV :

Les deux dernières années ont été marquées par la cessation de fonctionnement de nombreux équipements de la chaîne de froid avec comme conséquence une rupture des services de vaccination dans les régions rurales de l'intérieur. Toutefois, le Ministère de la santé a obtenu une aide urgente de GAVI pour pallier aux besoins urgents en équipements de la chaîne de froid.

La mobilité accrue des populations, l'afflux de réfugiés des pays voisins en conflits, et les populations nomades ont créé des problèmes non seulement de dénominateur mais aussi d'inadéquation des services de vaccination.

La qualité insuffisante des données reportées par les centres de santé primaires occasionne une faiblesse de la disponibilité, de la qualité et de l'analyse des données.

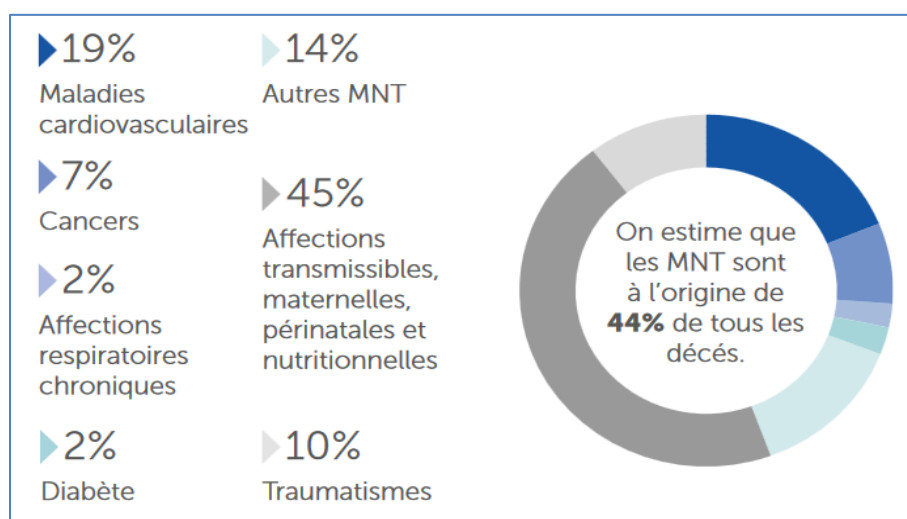
L'insuffisance des ressources humaines et le changement fréquent des agents de vaccination formés sont aussi à l'origine des performances insuffisantes.

Même si la vaccination est bien acceptée par la majorité de la population, la demande communautaire et des individus pour la vaccination n'est pas optimale. Le cadre de coordination des partenaires reste toujours faible.

## 2.1.2 Les maladies non transmissibles (MNT)

Les maladies non transmissibles (MNT) sont en nette progression à Djibouti. Les plus fréquentes sont les maladies cardio métaboliques (maladies cardiovasculaires et diabète) qui sont interreliées et partagent les mêmes facteurs de risque. On note aussi les accidents corporels dominés par les accidents de la voie publique. Les autres MNT les plus fréquentes sont constituées par les insuffisances rénales chroniques, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales.

En dehors des estimations, il n'existe pas encore des données issues d'enquête au niveau national. En 2016, selon les estimations de l'OMS, 44% de tous les décès étaient liés aux maladies non transmissibles (MNT). Selon ces mêmes estimations, la probabilité de mourir entre 30 et 70 ans d'une MNT était de 20%. Les affections congénitales, périnatales et nutritionnelles dominent ces décès avec 45%, les maladies cardiovasculaires constituent 19%, les autres MNT 14%, les traumatismes 10% et les cancers 7% comme le montre le graphique 2.5 ci-dessous.



Graphique 2. 5: Causes et proportion de mortalité liés aux maladies non transmissibles

Les niveaux des facteurs de risque des MNT sont élevés selon les estimations de l'OMS. La prévalence de la consommation moyenne de sel chez les adultes de 20 ans et plus est de 6g/jour. La tension artérielle élevée (hypertension) chez les adultes de 18 ans et plus est de 22%. Le taux de glucose élevé dans le sang (diabète) chez les adultes de 18 ans et plus est de 6%. La proportion des personnes obèses parmi les adultes de 18 ans et plus est de 12%.

Le tabagisme est l'un des plus importants facteurs de risque des MNT. L'étude « Global Youth Tobacco Survey » (GYTS) réalisée en 2013 montre un taux de 6,2% de tabagisme dans la population djiboutienne, en majorité chez les garçons avec 8.1%. Cependant, en 2012, l'étude EDIM a rapporté une proportion de près de 14% de fumeurs chez les jeunes de 15-19 ans. Cette proportion devrait baisser à la suite des initiatives relatives à la Loi n°175/AN/07/5ème L du 22 avril 2007 portant organisation de la protection de la santé contre le tabagisme, votée dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.

Les données de fréquentation des structures sanitaires sont disponibles mais ne sont pas toujours fiables. Toutefois, dans les différents hôpitaux elles sont alarmantes et on note une progression importante de la fréquentation liée aux MNT qui sont responsables de 40% des admissions et d'un tiers des décès intra hospitaliers à l'Hôpital général Peltier.

Le cadre de la lutte contre les MNT n'est pas encore organisé et les prestations de prise en charge ne sont pas systématisées. Il existe un service de prise en charge des MNT au sein de la Direction des Programmes de Santé Prioritaires (DPSP) du Ministère de la santé mais celui-ci n'est pas encore opérationnel. Il faut noter, dans le domaine de la lutte contre le cancer, le projet en cours de réalisation de construction d'un service d'oncologie avec un financement de la Banque islamique de développement (BID).

Dans le secteur public, la prise en charge des MNT est assurée à l'hôpital Peltier à travers un service d'hémodialyse, de psychiatrie, de cardiologie, et un service de soins intensifs, qui existe aussi à Cheikho. Il y a aussi le centre de santé de la reproduction Housseina pour le dépistage des cancers.

**Dans le secteur public la prévention et la prise en charge des MNT ne sont pas encore intégrées aux Soins de santé primaires (SSP).**

Au niveau des secteurs parapublic et privé, la prise en charge des MNT est assurée par l'Hôpital militaire (para-public), l'Hôpital El Rahma, les cabinets médicaux (secteur privé) et les CNSS 1 et 2, principalement à travers les services de médecine générale et de cardiologie.

En résumé, on constate que la prise en charge des MNT s'effectue essentiellement au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire, elle n'est pas intégrée dans les SSP, ce qui signifie qu'en termes d'équité, les patients se trouvant au niveau périphérique n'ont pas accès aux soins concernant ces pathologies.

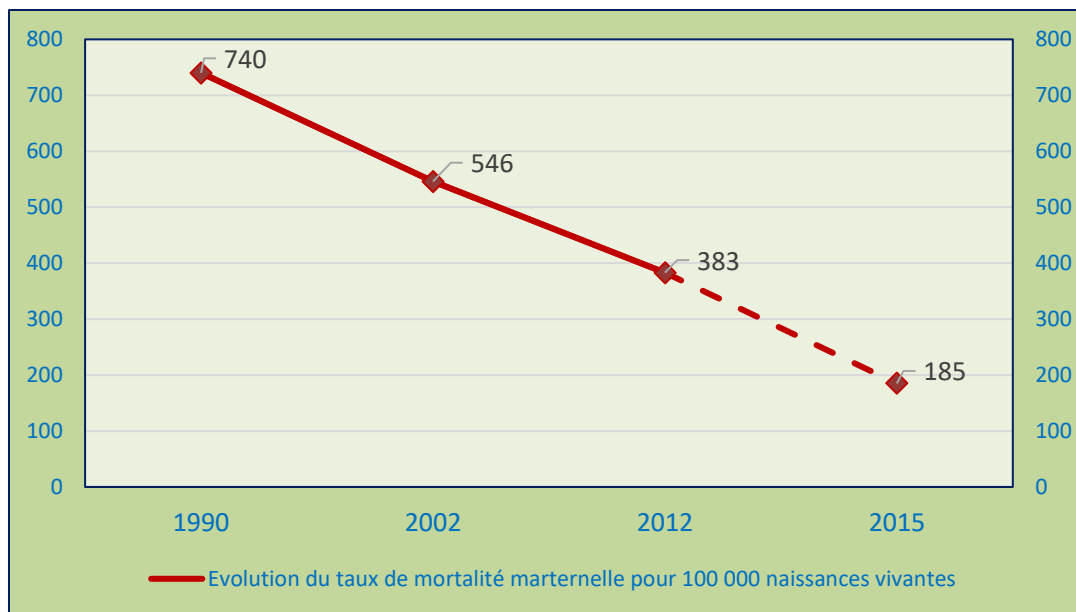
On note aussi une absence de données fiables et standardisées sur les MNT et leurs facteurs de risques issues d'enquêtes de type STEPwise, une insuffisance des plateaux techniques pour la prise en charge des MNT, la non adaptation de la liste des médicaments essentiels en fonction des lignes directrices actuelles des MNT, l'absence d'hôpital psychiatrique répondant aux normes et l'absence d'une stratégie de communication pour les MNT (promotion de la santé, prévention, santé communautaire) et leurs facteurs de risque.

La lutte contre les MNT bénéficie de l'opportunité de plusieurs engagements internationaux :

- **Djibouti est signataire de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.**
- **Djibouti a adhéré à la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation et l'exercice physique qui vise à promouvoir et à protéger la santé en permettant aux communautés de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés à la mauvaise alimentation et à la sédentarité.**
- **Djibouti a également adhéré à la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool qui propose des mesures et détermine les domaines d'action prioritaires pour protéger les populations de l'usage nocif de l'alcool.**

### 2.1.3 Santé de la mère et de l'enfant

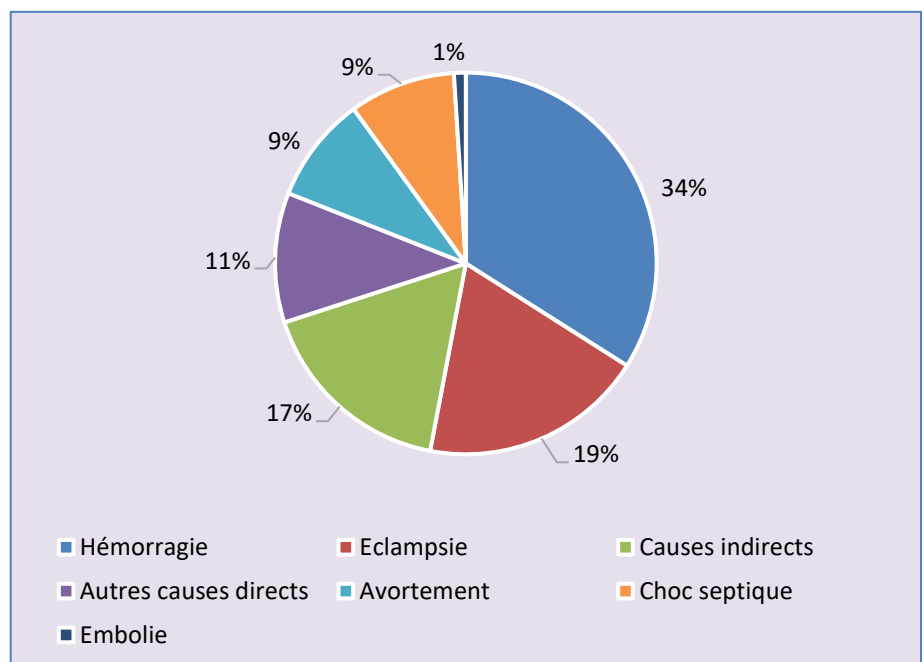
La santé de la mère a connu une amélioration ces dernières années. La mortalité maternelle a baissé de près de 50% de 1996 à 2012 passant de 740 à 383 pour 100 000 naissances vivantes. Toutefois, ce niveau de mortalité maternelle reste encore élevé.



Graphique 2. 6: Tendence de la mortalité maternelle à Djibouti  
(Source : PAPFAM 2012)

Les principales causes de la mortalité maternelle sont connues. Il s'agit de l'hémorragie, du choc septique, de l'éclampsie et de l'avortement.

Ces cas de décès de la mère peuvent être évités si des interventions efficaces sont mis en œuvre. Cependant, il est constaté que les couvertures des prestations de santé de la mère au niveau national ne sont pas à un niveau optimal, en particulier concernant le suivi de la grossesse. En termes d'équité, il existe un écart de couverture important pour la prévalence contraceptive entre milieu urbain (21,4%) et milieu rural (10,3%), au



Graphique 2. 7 : Causes de mortalité maternelle à Djibouti

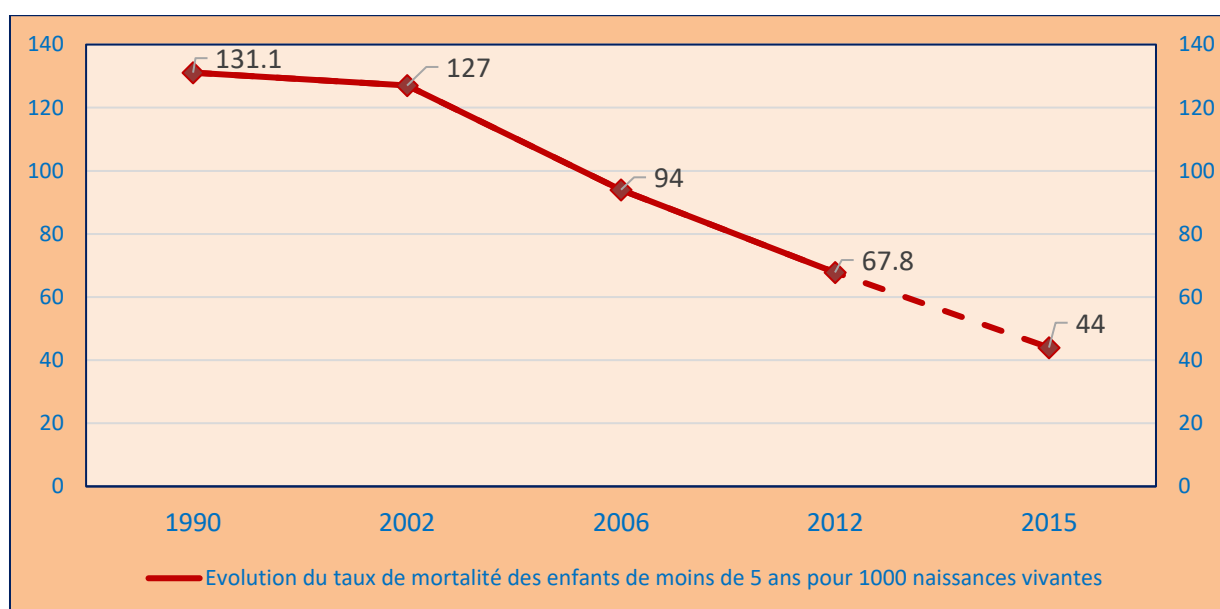
niveau des consultations prénatales (4 visites et plus) entre le milieu urbain (26,3%) et le milieu rural (11,8%) et aussi concernant les accouchements assistés par du personnel qualifié (urbain= 98,4% et rural=55,1%).

Le niveau élevé de la mortalité maternelle est en contradiction avec la proportion très élevée des accouchements assistés par du personnel qualifié qui est de 87,4%. Ceci pourrait s'expliquer par l'utilisation insuffisante (87,7% pour une visite au moins et 22% pour 4 visites et plus) et tardive des soins prénataux avec seulement 64,3% de visites réalisées au premier trimestre. Elle s'explique aussi par la faible qualité des soins liée aux ressources humaines, aux médicaments ou équipements, se

traduisant par des soins obstétricaux de base disponibles dans seulement 44% des structures de santé, avec une capacité opérationnelle de 62% (SARA 2015). Par ailleurs, les soins obstétricaux complets sont disponibles dans seulement 5% des structures de santé avec une capacité opérationnelle de 79% (SARA 2015).

D'autres facteurs expliquent le niveau élevé de la mortalité maternelle, il s'agit des trois retards: (i) Retard dans la décision de consulter le service de santé, qui entraîne des soins tardifs (ii) Retard pris pour arriver à l'établissement de santé, liée à des difficultés de transport (iii) Retard de prise en charge dans les services de gynéco-obstétrique, suite à une insuffisance de ressources humaines, de produits médicaux et sanguins ou à une défaillance dans le système de référence et contre référence.

Au cours de la période allant de 2002 à 2012, la mortalité infanto-juvénile est passée de 131 à 68 pour 1000 naissances vivantes, la mortalité infantile est passée de 108 à 68 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité néonatale est passée de 45 pour 1000 naissances vivantes à 36 pour 1000 NV (PAPFAM 2012).



Graphique 2. 8: Tendence de la mortalité infanto-juvénile à Djibouti

(Source : PAPFAM 2012)

Les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont : la diarrhée (18%), les pneumonies (16%) et les causes néonatales (38%). Chez le nouveau-né les décès sont liés à la prématurité (29%), l'infection néonatale (25%), l'asphyxie (23%) et les causes congénitales (16%). Dans 43% des cas, les décès des enfants de moins de cinq ans sont liés à la malnutrition qui est un facteur sous-jacent (OMS, 2013).

Ces décès des enfants de moins de cinq ans peuvent être évités si des interventions efficaces sont mises en œuvre. Les couvertures de ces interventions sont de 74,1% pour la prise en charge de la diarrhée et 79,1% pour la prise en charge de l'infection respiratoire. La capacité opérationnelle des services de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est de 57% (SARA 2015), liée à la faible capacité des ressources humaines, des équipements et des moyens de diagnostic. Ce qui pose un problème de qualité des soins de l'enfant.

D'autres facteurs expliquent le niveau élevé de la mortalité des moins de 5 ans : (i) l'insuffisance dans le suivi des grossesses en pré et per partum, (ii) le retard dans le délai de prise en charge avec le confinement à domicile des nouveaux-nés durant 40 jours après la naissance, (iii) la méconnaissance des signes de dangers, entraînant des consultations tardives au centre de santé ou à l'hôpital, (iv) la faible implication de la communauté.

Le niveau de la malnutrition reste préoccupant avec une prévalence de la malnutrition aiguë selon les données issues de la dernière enquête SMART 2019 (modéré et sévère) ou émaciation à 10.3% et une prévalence de la malnutrition chronique (modéré et sévère) ou retard de croissance à 20.9%.

Le nombre d'enfants admis en réhabilitation nutritionnelle est en augmentation. Il est passé de 12 628 en 2013, à 12 854 en 2014, avant d'atteindre 14 711 en 2015. Les produits nutritionnels sont disponibles. On note cependant une absence de mécanisme de coordination multisectoriel pour la nutrition.

#### 2.1.4 Les maladies à potentiel épidémique et les urgences de santé publique

**Surveillance des maladies à déclaration obligatoire et capacités de riposte nationale :** La surveillance est assurée par l'Institut national de Santé Publique de Djibouti (INSPD). Les points focaux de la surveillance dans les structures de santé transmettent les données à l'INSPD qui les centralise pour produire le bulletin hebdomadaire de la surveillance. Toutefois, l'analyse a révélé que le guide national de surveillance devrait être mise à jour.

En 2016, l'INSPD a reçu 12 433 déclarations de maladie à déclaration obligatoire. On note une nette augmentation des déclarations par rapport à l'année précédente avec 11 691 déclarations en 2015.

Pour l'année 2016, le nombre de cas de syndrome grippal, de diarrhée aiguë aqueuse, de malnutrition aiguë sévère, de syndrome respiratoire aiguë sévère, d'hépatite virale, de fièvre typhoïde, de paludisme, de dengue, de méningite et de diarrhée sanglante aiguë était en augmentation. On note cependant une baisse du nombre de cas de tétanos néonatal et rougeole par rapport à l'année précédente. Aucun cas de lèpre, de tétanos adulte, de rage humaine, de fièvre hémorragique et d'événement inconnu et émergent n'a été enregistré. Pour renforcer la surveillance, un guide a été élaboré et la surveillance est intégrée dans les sites sentinelles.

**Les capacités de réponse face aux épidémies restent faibles, elles doivent être renforcées en passant par l'élaboration d'un plan national, l'acquisition de matériel et des équipements adéquats pour la détection et la prise en charge ainsi que le renforcement des capacités des ressources humaines.**

**Surveillance entomologique et lutte anti vectorielle :** Le paludisme enregistre une flambée épidémique à Djibouti depuis 2013. Cette situation implique la mise en place des mesures de surveillance entomologique et de lutte anti vectorielle. La surveillance à Djibouti ville a été renforcée et élargie aux régions de l'intérieur, et un plan national de suivi et de gestion de la résistance des anophèles aux insecticides a été élaboré à la suite des études de sensibilité aux insecticides menées en 2016 qui ont démontré un taux élevé de résistance. La capacité du laboratoire national d'entomologie a été renforcée et un laboratoire de caractérisation des vecteurs devrait être mis en place en 2019.

**Règlement sanitaire international (RSI) :** Le RSI stipule que tous les pays doivent mettre un système d'alerte et de détection précoce comme composante du système de surveillance épidémiologique. Djibouti a accepté et signé le RSI (2005).



L'évaluation des capacités nationales requises menée en janvier 2011 et juin 2012 ont recommandé la mise en œuvre urgente des huit principales capacités (législation, politiques et financement ; coordination et communication du PFN ; surveillance ; action ; préparation ; communication du risque ; ressources humaines et laboratoires), ainsi que la surveillance des points d'entrée et des quatre risques (zoonoses, sécurité sanitaire des aliments, événements chimiques et urgences liées aux rayonnements).

**Surveillance de la grippe saisonnière :** La surveillance épidémiologique de l'infection grippale est assurée par un système « sentinel » mis en place par le Service de la Surveillance Epidémiologique (INSPD) depuis décembre 2014. Le réseau est constitué d'un total de 5 Centres de Santé et 3 Hôpitaux (Hôpital de Balbala, Hôpital général Peltier et hôpital du Dr Chakib).

**Situation des épidémies de rougeole :** En 2015, le pays a connu deux épidémies de rougeole, la première de janvier à mai 2015 puis la seconde d'août à octobre 2015.

Au total 140 cas ont été suspectés dont 61 cas investigués et prélevés. Parmi les 61 cas testés, 47 ont été confirmés positifs.

**Les Maladies tropicales négligées (MTN) :** Les maladies tropicales négligées, persistent toujours malgré les interventions et quelques succès réalisés. Djibouti subit le lourd fardeau d'une MTN endémique à savoir la leishmaniose. Mais la lèpre nécessite également une approche particulière. L'élimination de la Filariose lymphatique et de la Schistosomiose doit être observée. La lutte contre les MTN connaît de réelles difficultés qui freinent leur élimination. Il s'agit notamment de : (i) la faible compétence du personnel de santé au diagnostic et à la prise en charge des MTN, (ii) la faible capacité des structures sanitaires dans la prise en charge des cas de MTN, (iii) la faible intégration du diagnostic et de la prise en charge des MTN dans les structures de santé, (iv) l'absence de stratégies pour la recherche active des cas, (v) la sous notification des données relatives aux MTN, (vi) le sous financement des interventions de lutte contre les MTN.

**Situation des diarrhées aqueuses aiguës (DAA) :** L'évolution des cas de DAA cholériformes de 2008 à 2016 montre qu'elle est devenue endémique avec un minimum de 5 000 cas chaque année. Il existe un centre spécialisé dans la prise en charge des cas de DAA dans la capitale.

**Endémicité et transmission du virus de l'hépatite B (VHB).** Le taux de séroprévalence du VHB est estimé à 7% (Service de Maladies Infectieuses et Tropicales) et 6,9% (Centre National de Transfusion Sanguine), mais ces données datent de 2011 (sources : CNTS et SMIT). L'incidence des hépatites a été de 63 cas en 2016 (source : INSPD). Il n'existe pas encore une stratégie au niveau nationale pour lutter contre le VHB. A ce jour les actions de prévention sont inexistantes.

## 2.1.5 Les prestations de soins de santé

L'indice de capacité opérationnelle générale des services de santé était de 52% en 2015 selon l'enquête SARA.

**La carte sanitaire ou paquets minimums d'activités (PMA) :** Pour assurer une disponibilité des services de soins en fonction des besoins des populations et de la catégorie des structures de santé, une carte sanitaire a été élaborée en 2006 et la révision était prévue en 2012. Elle devra être révisée rapidement pour prendre en compte l'évolution du contexte épidémique.

**Le système de référence et de contre référence :** Il a été mis en place pour une utilisation optimale de la pyramide sanitaire. Tous les outils de référence et de contre référence sont disponibles. Toutefois le système de référence et de contre référence est très peu respecté dans la pratique.



**Les soins d'urgences :** Ils sont assurés à travers les hôpitaux de référence, les structures périphériques et le SMUR concernant les urgences pré hospitalières. Les missions du SMUR concernent les urgences à domicile, les opérations de secours pour les accidents de la voie publique (AVP), les transferts médicalisés de patients, les urgences scolaires, la couverture médicale des événements et l'assistance médicale à l'aéroport.

**La promotion de la santé :** Pour renforcer la promotion de la santé, il existe une Direction de la Promotion de la Santé (DPS) qui est dotée d'un plan stratégique de communication au niveau national. Les activités de la DPS sont dominées par l'utilisation et la diffusion des messages de santé à travers les médias (Radio, TV, presse écrite, internet) et le suivi et la supervision des activités des acteurs communautaires (mobilisation sociale). La DPS bénéficie de la disponibilité d'équipements audiovisuels suffisants, avec la possibilité de mise en place d'un studio de production et de l'opportunité des réseaux sociaux pour la promotion de la santé.

Il existe environ 90 agents de santé communautaire (ASC) repartis dans les six régions du pays. La DPS produit également des supports d'information et d'éducation pour la santé (affiches, dépliants, boîtes à images etc.) et contribue à la formation et au recyclage des agents de santé et d'autres acteurs de santé sur les thèmes prioritaires en matière de communication. Les autres acteurs de santé communautaires sont les relais communautaires, les femmes mobilisatrices, les agents d'Information, éducation et communication (IEC), les comités de santé et les Comités de gestion (COGES).

**La qualité des prestations :** Pour assurer la qualité des prestations, il existe des normes pour la qualité qui définissent des indicateurs généraux et des indicateurs spécifiques portant sur la gestion des matériels et équipements, la planification des activités, la gestion financière, la comptabilité, la gestion des biens, la gestion des médicaments et produits pharmaceutiques, la pharmacie hospitalière, l'hygiène, la salubrité de l'environnement et la stérilisation, la consultation externe et les urgences, la lutte contre le VIH/SIDA, le laboratoire et la transfusion sanguine, les services d'hospitalisation en Médecine Interne et en Pédiatrie, les services de maternité, le bloc opératoire et la chirurgie. Toutefois la démarche qualité est insuffisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La Maternité de référence Dar El Hanan a mis en place une démarche d'amélioration de la qualité et d'audit interne.

Des procédures d'amélioration et de contrôle de la qualité sont définies et mises en place au niveau du projet de Financement basé sur la performance (FBP) aux niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire (grilles d'évaluation de la qualité, évaluations régulières, bonus qualité, etc.) ainsi que dans les Projets d'établissement des hôpitaux (HGP seulement pour l'instant), les programmes en faveur de la mère et de l'enfant et de contrôle des maladies prioritaires.

Le rôle de l'Inspection Générale des Services (IGSS) dans le domaine du contrôle de la qualité est malheureusement insuffisant par manque de textes régissant ses interventions, de manuels de procédures et de moyens de fonctionnement.

Les missions de supervision de la qualité des soins au niveau des régions sont faibles.

**Les prestations de soins mobiles :** Pour atteindre les populations les plus éloignées, des équipes mobiles ont été renforcées en véhicules mais les difficultés de maintenance sur place se posent toujours. Les caravanes médico-chirurgicales ont été instaurées pour apporter régulièrement les soins appropriés dans toutes les régions du pays. Il est nécessaire d'assurer la pérennité de ces caravanes médico-chirurgicales.

**La télémédecine :** Cette technologie offre des solutions à l'accès des populations et des prestataires à des consultations ou interventions spécialisées à distance. C'est donc une alternative au nombre limité de spécialistes. Sa mise en œuvre effective avait démarré mais a été interrompue à la suite de difficultés de maintenance et de renouvellement des équipements et un faible engagement politique.

**La perception des usagers sur le fonctionnement des services de santé :** Celle-ci est prise en compte. Plusieurs stratégies ont été développées pour placer l'utilisateur au centre des préoccupations du secteur de la santé, telles que le Forum national, le Symposium sur la Santé, le Dialogue pays, la Charte des patients (dans le cadre de laquelle un représentant des usagers siège dans les Conseils d'administration des hôpitaux).

## 2.2 Gouvernance et leadership

Une bonne gouvernance est conditionnée par un leadership éclairé et représente une condition préalable au bon fonctionnement du système de santé. L'analyse de la situation actuelle de la gouvernance donne les éléments ci-dessous.

**Le cadre de référence du PNDS 2020-2024 :** En 2015, les 193 états membres de l'ONU ont convenu d'atteindre, à l'horizon 2030, 17 objectifs de développement durable (ODD). L'objectif 3 des ODD est spécifiquement consacré à la santé et au bien-être. Au niveau régional, le contexte est dominé par l'Agenda 2030 de l'Union Africaine. Au niveau national, la Vision « Djibouti 2035 » a été élaborée par le Gouvernement et sa première déclinaison opérationnelle est constituée par la SCAPE 2015-2019. Ce sont les documents stratégiques de référence qui orientent les actions du gouvernement et l'appui des partenaires au développement. Au niveau du secteur de la santé, la politique nationale de santé (PNS) est définie dans la Loi n° 48/AN/99/4<sup>ème</sup> L du 3 juillet 1999 portant orientation politique de la santé.

**La décentralisation du système de santé :** Elle est une des priorités de la politique nationale de santé. Le secteur sanitaire est l'unité territoriale de base, administrative, technique et financière de la carte sanitaire. Les secteurs sanitaires sont regroupés par district sanitaire, dont les limites géographiques sont celles du district administratif (ou de la région administrative). Le processus de déconcentration et/ou de décentralisation inscrit dans la politique sanitaire du pays reste insuffisant dans son application. Présentement, le médecin chef du CMH fait office de Directeur Régional de la Santé. Il supervise et coordonne aussi bien les aspects curatifs et préventifs des soins en plus de son rôle de médecin praticien. Ceci explique le faible niveau de supervision et des couvertures des soins préventifs dans les régions. La mise en place des Sous-directions des régions sanitaires est prévue pour la coordination, la supervision et le renforcement de la prévention dans chaque région.

**Planification, suivi et évaluation :** Le Plan National de Développement Sanitaire est le document national de référence en matière de santé. Il est élaboré tous les cinq après une évaluation finale du précédent. Toutefois, jusqu'à présent sa mise en œuvre reste insuffisante par l'absence de son appropriation par tous les acteurs de la santé, de l'élaboration de plans opérationnels et de revue annuels d'exécution. Il n'existe pas de cadre de performance avec des indicateurs et des résultats définis qui font l'objet d'un suivi et évaluation rigoureux.

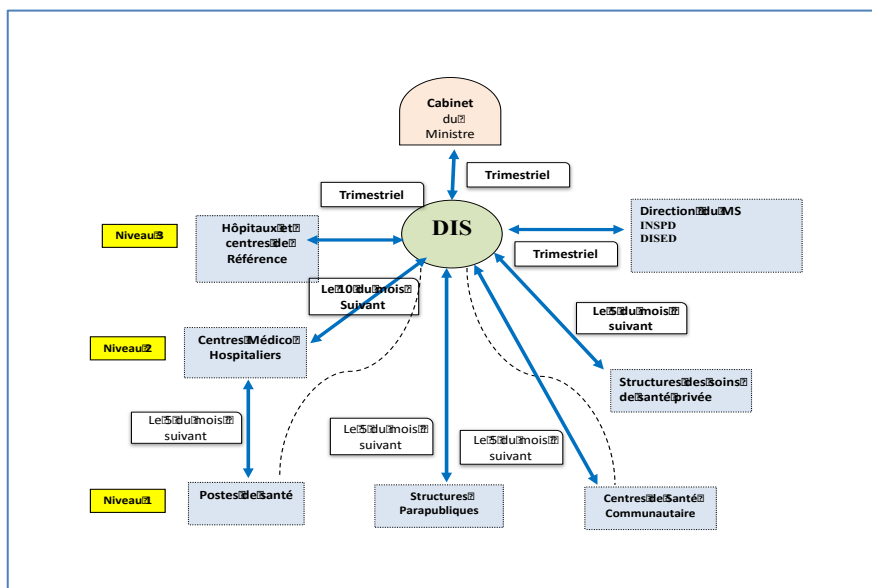
**Performance et redevabilité à tous les niveaux du système de santé :** Selon l'article 16 de la Loi n°173/AN/07/5<sup>ème</sup> L portant réorganisation du Ministère de la Santé, l'Inspection Générale des Services de la Santé (IGSS) a pour mission de veiller au respect de la législation et de la réglementation en vigueur en matière de santé. Or, les supervisions et les contrôles restent limités

(absence de lignes directrices et de moyens en matière de supervision et de contrôle au sein du secteur). Une volonté politique d'instaurer une gestion axée sur les résultats (GAR) existe afin de renforcer la redevabilité et le contrôle. Le projet de financement basé sur la performance (FBP) est une opportunité pour renforcer la redevabilité et la performance quantitative et qualitative.

**Partenariats et coordination inter et multisectorielle.** Le Groupe des Partenaires Santé (GPS) est le cadre national pour la coordination intra, inter et multisectorielle. Dans la pratique cependant, on constate une faible régularité des réunions du GPS. Le partenariat public-privé reste encore insuffisant. Il existe d'autres structures de coordination dans le domaine de la vaccination (ICC, NITAG...) et du RSI (comité national) qui connaissent aussi des faiblesses dans leur fonctionnement.

## 2.3 Le système national d'information sanitaire (SNIS)

Placé sous la responsabilité de la Direction de l'Information Sanitaire (DIS), le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) intègre différents sous-systèmes portant sur la surveillance épidémiologique, le système d'information de routine des services de santé, le système d'information des programmes spéciaux et le Système d'information administrative. Les données qui alimentent ces sous-systèmes proviennent essentiellement des bulletins de surveillance épidémiologique hebdomadaires des formations sanitaires ; des rapports mensuels d'activité des formations sanitaires, de l'État civil, des enquêtes des services de santé, des enquêtes de ménages, des recensements des recherche et études spéciales (graphique 2.9).



Graphique 2. 9 Architecture du Système National d'Information Sanitaire

(Source : DIS)

Le Système National d'Information Sanitaire dispose d'une base de données sur Excel et sur le logiciel ESOPE. Le SNIS produit de façon annuelle les annuaires statistiques depuis 2006 mais avec des retards très souvent. Les rapports d'activités mensuels (RAM) sont régulièrement envoyés par les différentes structures de santé.

La performance du SNIS est entravée par l'absence d'une plateforme pour faciliter la collecte, l'analyse et le stockage des données et par l'inexistence d'un mécanisme d'assurance qualité des données sanitaires. Pour cela la promptitude dans la consolidation et la validation des données

sanitaires de routine (annuaires statistiques annuels) reste insuffisante. Les supervisions régulières sont insuffisantes à tous les niveaux ainsi que le processus de production d'indicateurs de suivi du PNDIS à travers un plan de suivi et évaluation. On note aussi une faible capacité des prestataires au niveau de la collecte et du traitement de l'information sanitaire. La sous notification des données sanitaires à tous les niveaux est aussi un des facteurs à l'origine de la faible performance du SNIS. Les données produites ne sont pas systématiquement utilisées pour la prise de décision stratégique et opérationnelle.

De nombreux acteurs interviennent dans la définition, la collecte, la production et l'analyse de l'information sanitaire, tels que la DIS, nouvellement créée, l'INSPD, la DPSP, la DRS, la DISED qui dépend du Ministère des Finances, les bailleurs de fonds internationaux etc. La coordination actuelle est déficiente entre toutes ces structures, pourtant elle est essentielle pour une bonne gestion de l'information sanitaire.

L'ensemble des personnels de santé et des personnels administratifs en charge de la collecte des données ne bénéficie pas de programmes de formation continue spécifiques et de supervisions régulières pour s'acquitter au mieux de ces tâches qui se surajoutent à leurs activités de soignants ou de gestionnaires. Ils ne reçoivent pas une rétro-information régulière sur l'utilisation faite des données collectées et envoyées.

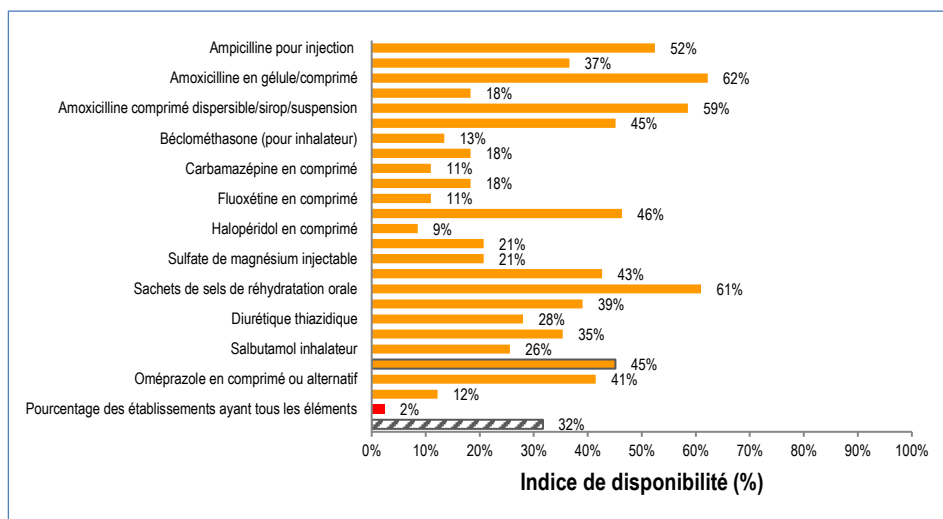
Les perspectives d'avenir reposent sur la transmission des données en temps réel avec le « District Health Information Software » dans sa version 2 (DHIS 2), pour le rapportage, l'analyse et la diffusion des données d'information sanitaire et la carte sanitaire géo localisée dynamique développée par le Ministère de la Santé.

## 2.4 Les médicaments, les infrastructures, les laboratoires et les équipements

### 2.4.1 Les médicaments et les autres produits de Santé

**La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) :** Celle-ci a été actualisée, révisée, et validée par l'ensemble des acteurs de la santé en 2014, mais sans être ensuite soumise et adoptée par le Conseil des Ministres. La liste des médicaments essentiels a été révisée en 2017 mais n'a pas été suffisamment diffusée ce qui entraîne une non-implication des professions médicales dans son utilisation, par absence de diffusion générale de cette liste. Les dépenses de médicaments représentent une part importante des dépenses de santé, ce qui souligne l'importance de prioriser les médicaments génériques.

**La disponibilité des médicaments :** Le Gouvernement ne cesse de multiplier les efforts pour allouer des ressources nécessaires afin que les dotations des structures de soins en médicaments, réactifs et dispositifs médicaux soient à un niveau optimal. Cependant, la disponibilité actuelle des intrants pharmaceutique au niveau national est faible. En effet, en 2015, l'ensemble des médicaments essentiels était disponible seulement dans 32% des formations sanitaires (Graphique 2.10, SARA 2015). Selon une étude menée en 2015 dans le secteur public à Djibouti (Evaluation de la chaîne d'approvisionnement nationale), il ressort que le niveau de rupture de stock est élevé. Les taux de ruptures de stock en médicaments essentiels étaient respectivement de 7% pour le niveau central, de 25% pour le niveau 3, de 5% pour le niveau 2 et de 50% pour le niveau 1 des soins. Ces ruptures à tous les niveaux, traduisent une faiblesse principalement dans le système d'approvisionnement et une distribution inégale dans le pays des stocks disponibles entre les régions et la capitale. Pour le secteur privé, il n'y a pas de données disponibles.



Graphique 2. 10 : Indice de disponibilité des médicaments essentiels, Djibouti, 2015  
(Source : Enquête SARA)

**L'offre pharmaceutique :** L'offre s'est améliorée car la Centrale d'Achat de Médicaments et Matériels Essentiels (CAMME) approvisionne actuellement les pharmacies communautaires, les Hôpitaux de référence, l'Hôpital régional d'Ali-Sabieh, les CMH, les postes de santé, les centres spécialisés, les cabinets et cliniques, le secteur parapublic et le secteur privé (CNSS, Police Nationale, GR, GN, Hôpital Rahma).

**La situation des infrastructures et ressources humaines pharmaceutiques :** L'extension des hangars a été réalisée à la CAMME. Chaque structure de santé a sa propre pharmacie, des nouvelles pharmacies ont été créées. On note cependant une insuffisance de ressources humaines qualifiées dans les pharmacies hospitalières et les centres de santé.

**La production nationale pharmaceutique :** La production nationale pharmaceutique est limitée à la fabrication des solutés par une seule entreprise. Cette production est insuffisante pour les besoins du pays. On constate l'absence d'investissements ou d'initiatives nationales du secteur privé pour entreprendre une fabrication pharmaceutique afin de garantir une autosuffisance ou du moins couvrir une partie des besoins stratégiques du pays.

**Le contrôle qualité des médicaments importés :** Il n'y a pas de laboratoire national de contrôle de qualité des intrants et même les « minilab » ne sont pas disponibles. Les produits sont contrôlés par des missions d'inspection fréquentes au niveau des points d'entrées (port, aéroport) par le service d'inspection pharmaceutique. Il existe une bonne coopération multisectorielle dans le domaine de l'importation et du transit des produits de santé. Trois signatures sont requises pour la validation de l'importation. Il faut toutefois signaler que les services d'inspection manquent de moyens pour assurer leur mission et éprouvent des difficultés pour accéder au Port de Djibouti.

**L'usage rationnel des médicaments :** Il n'y a pas de protocoles harmonisés au sein des hôpitaux et centres de santé, à l'exception des produits des trois programmes mis en place en collaboration avec les partenaires. Il n'existe pas de comité des médicaments au sein des hôpitaux de référence, de l'hôpital d'Ali-Sabieh, des centres spécialisés, et des CMH.

**Les prix des médicaments :** Il existe un arrêté n° 85-1412/PR du 5 novembre 1985 fixant le prix de vente au public des produits et spécialités pharmaceutiques mais il n'est pas applicable en l'état et nécessite donc une actualisation. Pour le secteur privé, on note l'absence d'harmonisation des prix, d'où des difficultés en termes d'accessibilité financière de la population.

**La destruction des produits de santé périmés et des déchets biologiques :** Sur le plan juridique, il n'existe aucun texte législatif et/ou réglementaire régissant de manière spécifique la gestion des déchets sanitaires. Il n'y a pas de document de politique nationale de gestion des déchets de soins, ni de guide national de destruction des produits périmés. Dans la pratique, il existe une procédure pour la destruction des produits périmés, dont la mise en œuvre implique une collaboration intersectorielle active entre les mairies, les forces de l'ordre (Gendarmerie et Police nationale) et l'Inspection pharmaceutique. Un procès-verbal d'élimination est élaboré par l'Inspection pharmaceutique avec émargement des autres parties prenantes et un certificat de destruction est également produit par celle-ci.

**La Pharmacovigilance :** On note l'existence de fiches de notification de pharmacovigilance validées par les acteurs concernés mais il n'y a pas de notification des effets secondaires des médicaments. Les professionnels médicaux et paramédicaux ont été sensibilisés sur l'importance de la pharmacovigilance, mais il n'existe pas de Centre National de Pharmacovigilance.

**La lutte contre les faux médicaments :** Il s'agit d'un problème mondial. Il existe une volonté politique pour lutter contre ce fléau à travers les médias, mais la réglementation et la collaboration intersectorielle dans la lutte contre les médicaments contrefaits sont insuffisantes.

**Le financement des produits de santé :** Les partenaires financent les produits du paludisme, la tuberculose et le VIH à hauteur de 100%. L'état cofinance en partie l'achat des vaccins. Tous les autres produits sont acquis grâce au financement de l'état, des ménages et des entreprises.

## 2.4.2 Infrastructures, laboratoires et Equipements

**Les infrastructures de santé de santé :** La carte ci-dessous indique la répartition des structures de santé sur le territoire national (source : MS, 2017). On note une disparité dans leur répartition sur l'ensemble du pays.



Graphique 2. 11 : Répartition géographique des structures de santé existantes

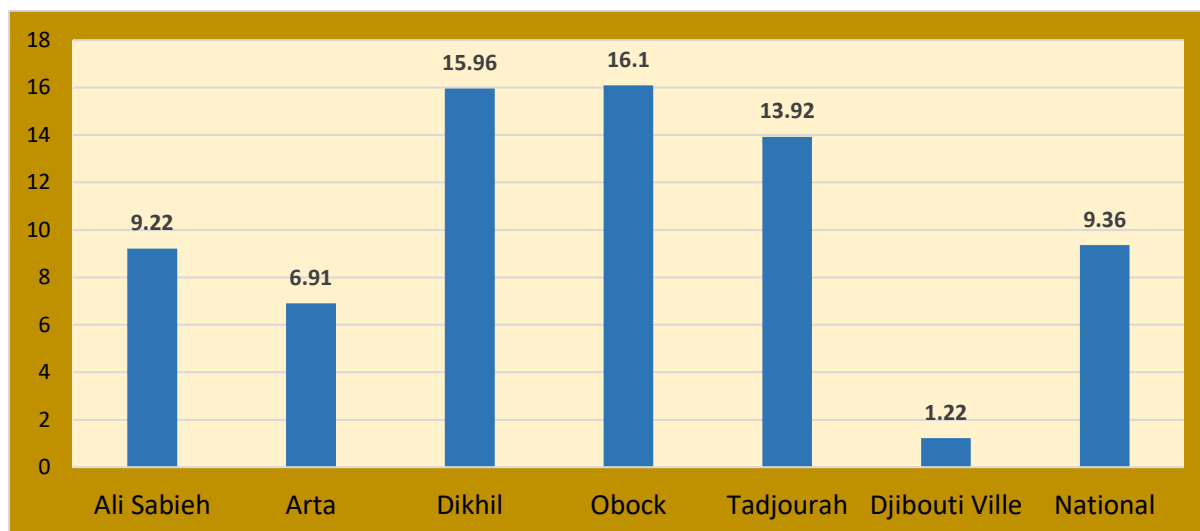
L'offre de soins publique est constituée au niveau 1 de 15 centres de santé et polycliniques en zone urbaine et 41 postes de santé en zone rurale. Le niveau 2 comporte 5 CMH et 3 centres spécialisés. Le niveau 3 se compose de 3 hôpitaux de référence (HGP, HBB, Dar el Hanan) et 1 hôpital régional (Ali-Sabieh).

L'offre de soins parapublique est constituée des structures de la CNSS (2 centres), de la FNP (1 centre), des FAD (3 centres et 1 Hôpital), des gardes côtes (1 centre), de la gendarmerie (1 centre) et de la garde républicaine (1 centre).



L'offre de soins privée comprend 25 cliniques et cabinets médicaux ainsi que 23 pharmacies.

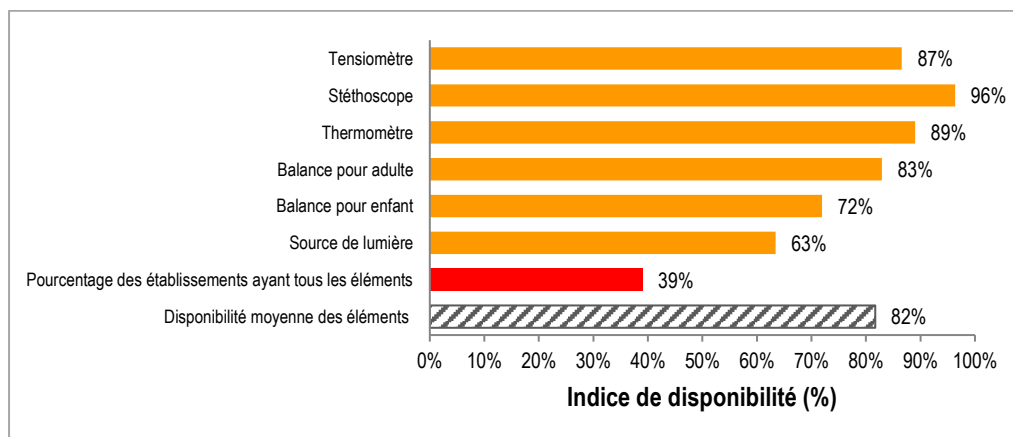
En 2016, le rayon moyen d'action théorique des structures de santé était au niveau national de 9,36 km, contre 9,53 km en 2015 et 11,27 km en 2015. L'accessibilité géographique s'améliore mais reste toutefois insuffisante par rapport à la norme de 5 km. Ce qui implique la nécessité de nouvelles constructions. L'accessibilité géographique varie en fonction des régions, ce qui révèle un problème d'équité dans l'accès au soin selon le lieu de résidence. Ce facteur devra être pris en compte dans la construction de nouvelles structures. Le graphique ci-dessous montre que seule la région de Djibouti-ville a atteint la norme avec les populations qui parcourent en moyenne 1,22 km (moins de 5km) pour atteindre une structure de santé, contrairement aux régions de Dikhil, Obock et Tadjourah où les populations parcourent respectivement 15,96 km, 16,1 km et 13,92 km pour recevoir des soins.



Graphique 2. 12: Le rayon moyen d'action théorique des structures de santé en km  
(Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires 2016)

**Les équipements de santé :** Selon l'enquête SARA, seulement 39% des établissements de santé disposaient de tous les équipements de base essentiels en 2015.

IL n'y a pas de normes nationales d'équipements (composition et harmonisation des plateaux techniques des structures de soins) basée sur la carte sanitaire.



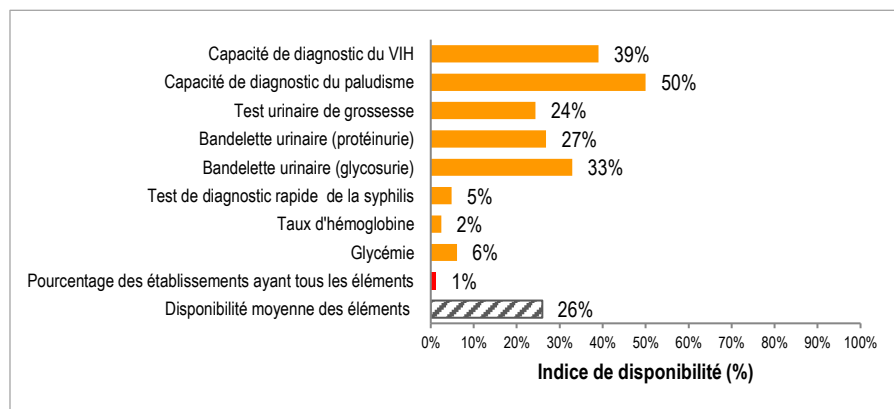
Graphique 2. 13: Indice de disponibilité des équipements essentiels dans les formations sanitaires  
(SARA, 2015)

Chaque CMH est doté d'un appareil de radiologie standard (excepté le CMH d'Arta), d'un échographe et d'équipements biomédicaux. Au niveau primaire, les 15 CSC et polycliniques sont dotés d'équipements biomédicaux. Les Hôpitaux publics (HG Peltier et hôpital de Balbala) disposent d'un plateau technique complet (Centre de transfusion sanguine, blocs opératoires, stomatologie, ophtalmologie, ORL, cardiologie, etc.). L'Hôpital général Peltier dispose également d'un service d'hémodialyse (le seul au niveau national). L'HPPCSO dispose d'un système de diagnostic renforcé en radiologie moderne et en laboratoire. Dans l'ensemble on note un faible plateau technique. Il n'existe pas d'incinérateur pour les déchets médicaux.

**Les lits d'hospitalisation** : On notait en 2016, 10,68 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants. Au niveau des régions, Arta enregistre la meilleure performance en raison de 21,37 lits pour 10 000 habitants. La région de Djibouti-ville affiche 12,55 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants. Dans les autres régions, le niveau de l'indicateur est compris entre 3,91 et 8,42 lits d'hospitalisations pour 10 000 habitants. Ces résultats traduisent une disponibilité inégale de lits d'hospitalisation entre les régions. Au niveau national sur 486 lits d'hospitalisation disponibles, seuls 249 étaient fonctionnels soit une proportion de 51%.

Concernant les lits de maternité, sur le plan national, le nombre de lits de maternité pour 1 000 femmes enceintes est de 3,22 contre 10 selon la norme de l'OMS. Au niveau des régions, seule la région d'Arta affiche une performance satisfaisante de 9,25 lits d'hospitalisation pour 1 000 femmes enceintes. Au niveau national sur 122 lits de maternité disponibles, seul, 72 étaient fonctionnels soit une proportion de 59%.

**Les laboratoires et les capacités de diagnostic** : Au niveau national, il existe un réseau de laboratoires qui nécessite d'être renforcé. Le laboratoire de l'Hôpital Général Peltier est le laboratoire national de références. Il n'existe pas encore de laboratoire national de santé publique. En 2015, les capacités de diagnostic étaient seulement de 26% au niveau national. Le diagnostic du paludisme était le plus élevé avec 50% des capacités.



Graphique 2. 14: Indice de disponibilité des tests de dépistage dans les formations sanitaires (SARA, 2015)

## 2.5 Les ressources humaines en santé (RHS)

**Les effectifs des ressources humaines en santé** : Grâce à la création de la Faculté de Médecine de Djibouti en 2007, à la production régulière de personnels paramédicaux par l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS) et à leur intégration dans la fonction publique, les ressources humaines ont connu une augmentation notable. Les effectifs de la santé sont en hausse constante depuis



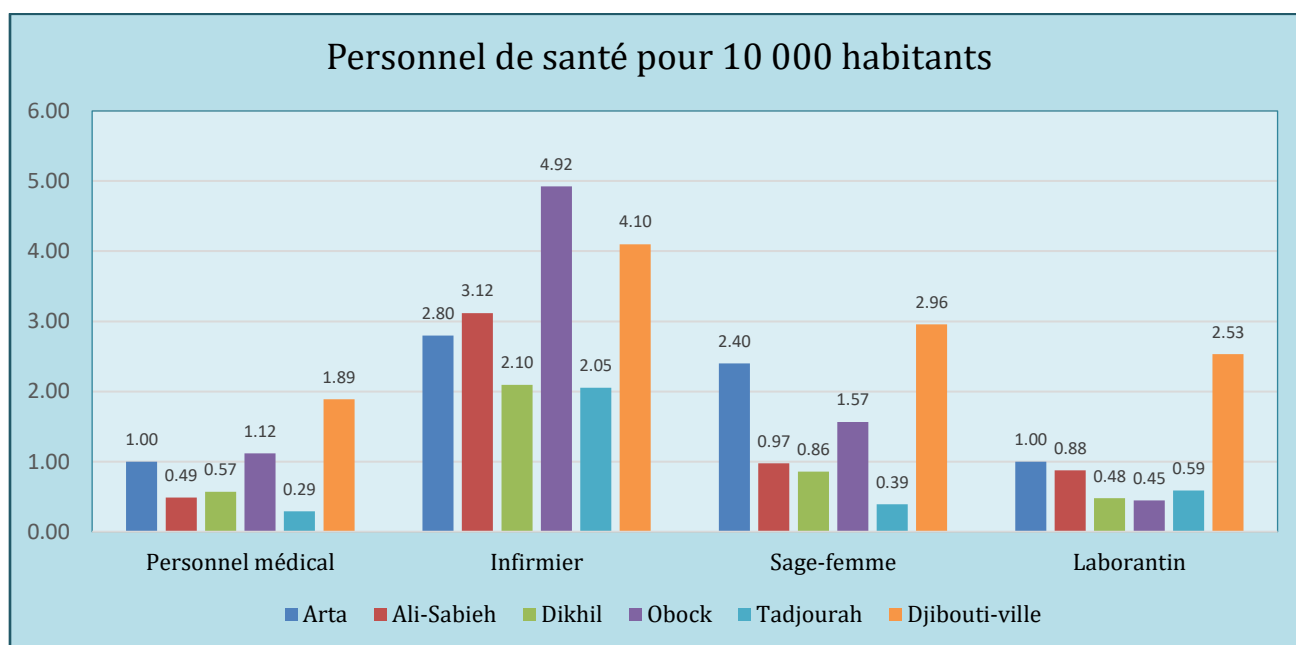
2008. L'effectif global des ressources humaines pour la santé est passé 1 664 en 2008 à 3 381 en 2017 soit une augmentation de plus de 100%.

Les données concernant les effectifs du secteur parapublic, des armées et du secteur privé ne sont pas disponibles.

Les pratiques en matière de ressources humaines par type de structure pour les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, sont les suivantes :

- Poste de santé : 1 infirmier diplômé d'état, 1 aide infirmier, 1 matrone, 1 agent de santé communautaire.
- Centre de santé : 2 médecins minimum, 4 infirmiers diplômés d'état, 4 sages-femmes (ou 2 pour les centres sans maternité), 2 techniciens de laboratoire, 1 préparateur en pharmacie, 1 gestionnaire, 1 caissier, 1 secrétaire, 1 agent de PEV et 1 agent DOTS.
- Les CMH : 3 médecins généralistes, 1 médecin dentiste, 8 sages-femmes diplômées d'état, 4 matrones, 4 techniciens de laboratoire, 1 technicien supérieur en ophtalmologie, 1 technicien supérieur en psychiatrie.

En 2017, au niveau national le ratio de médecins généralistes était de 1,35 pour 10 000 habitants, celui des infirmiers 3,53 pour 10 000 habitants, des sages-femmes 2,15 pour 10 000 habitants et celui des laborantins 1,75 pour 10 000 habitants. En termes d'équité, la densité de toutes les catégories de personnel de santé est plus importante à Djibouti que dans toutes autres régions à l'exception des infirmiers qui sont plus densément présent à Obock. La densité du personnel médical et des sages-femmes est plus faible à Tadjourah. On note aussi une faible densité du personnel médical à Ali-Sabieh.



Graphique 2. 15: Densité du personnel de santé pour 10 000 habitants  
(Source : DRHF, 2017)

La disponibilité en médecins spécialistes reste particulièrement faible et concentrée à Djibouti ville. L'ouverture de certaines filières de spécialisation au niveau de la Faculté de Médecine (comme par exemple dans un premier temps à titre indicatif l'oncologie, la chirurgie orthopédique, la cardiologie ou la néphrologie) est souhaitée par les responsables du Ministère de la Santé. Elle sera rendue

possible d'ici 2023 si certaines conditions préalables comme la transformation de l'HGP en CHU. Le développement des partenariats (public privé, universitaire, inter et multisectoriel) pour l'obtention de bourses de spécialisation et la formation/accréditation des enseignants et praticiens hospitaliers est également un élément clé de la mise en œuvre de cette volonté politique.

Il n'existe pas encore une stratégie de formation continue pour le personnel de soins de santé primaire. C'est seulement dans le cadre des programmes verticaux comme le VIH, la santé mère-enfant, le paludisme, la tuberculose et la vaccination que le personnel reçoit des formations continues. Il existe une coordination étroite entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le Ministère de la Santé pour lier les aspects théoriques et pratiques des formations avec la présence des étudiants dans les formations sanitaires.

L'absence de documents stratégiques essentiels comme le Plan de Développement des Ressources Humaines de Santé (PNDRHS) et le Référentiel des Emplois et des Compétences devrait être résolu très rapidement. Le développement des outils (guides nationaux) et des activités de supervision formative à partir des grilles d'évaluation de la qualité disponibles est une opportunité. Le projet de financement basé sur la performance est une opportunité pour la motivation du personnel de santé.

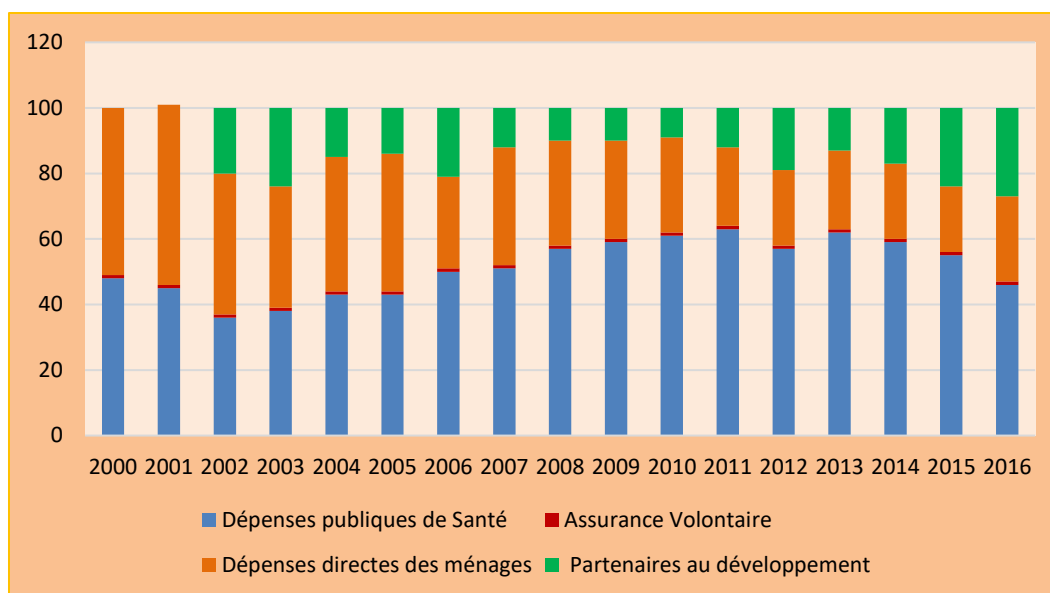
Les normes en personnel des différents niveaux de soins devront être revues et adaptées au développement des infrastructures de santé en fonction de la planification de la carte sanitaire nationale.

## 2.6 Le financement de la santé

**L'architecture du financement et les dépenses de santé :** Les ressources financières pour le secteur de la santé dépendent principalement du budget de l'État avec une proportion de 46% en 2016. La même année les dépenses directes des ménages étaient estimées à 26% pendant que l'aide extérieur constituait 27% et les dépenses des assurances privées 1% des dépenses totales de santé. En 2016, les dépenses totales de santé par habitant s'élevaient à 70 USD, ce qui représente 3,5% du PIB. L'évolution de la part du budget du gouvernement alloué à la santé était de 7% en 2015, 6% en 2016, 5% en 2017 avant d'augmenter jusqu'à 7% en 2019.

Les principales destinations du financement sont réparties comme suit :

- 41% du financement de la santé sont alloués à la gouvernance, au fonctionnement du système de santé y compris les salaires et à l'administration.
- 12% du financement de la santé sont alloués aux soins préventifs.
- 42% du financement de la santé sont alloués aux soins curatifs avec 18% pour les soins curatifs en hospitalisation et 24% pour les soins curatifs en ambulatoires.
- 5% du financement de la santé sont alloués aux autres articles, bien et services médicaux.



Graphique 2. 16: Répartition des dépenses totale de sante par source  
(Source : [http://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/fr](http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/fr))

L'augmentation du budget du Ministère de la Santé a surtout concerné les investissements (constructions, équipements) et les ressources humaines, ce qui constitue une force mais aussi une faiblesse, car cela implique de mettre l'accent dans le futur sur d'autres composantes du financement de la santé, telles que l'accès aux soins des populations les plus démunies, l'équité dans l'allocation des ressources et la bonne gouvernance du système de santé.

Le partenariat public privé est une opportunité pour renforcer le financement de la santé. L'approche FBP déjà en cours de mise en œuvre est aussi une opportunité mais la faible implication des structures du niveau central et l'absence d'intégration dans le budget national constituent à la fois des faiblesses et des menaces à moyen terme pour le financement du système de santé.

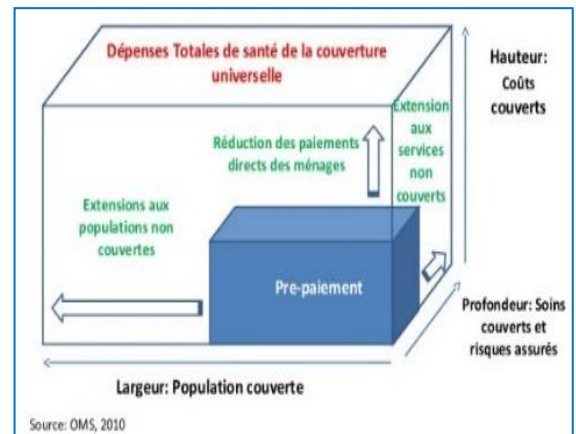
La faiblesse de la coordination de l'aide extérieure et l'absence d'alignement sur les priorités nationales traduisent un déficit de communication entre le Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers qui constitue une source d'inefficacité dans le secteur de la santé. Le Partenariat 2030 aligné sur les ODD (incluant par exemple, l'International Health Partnership, IHP+), la déclaration de Paris et le Compact national dans le cadre de l'élaboration des nouvelles stratégies sectorielles pourraient constituer des opportunités pour corriger cette situation. La mise en place effective d'un cadre de coordination et de suivi-évaluation fonctionnel du PNDS 2020-2024 constitue également une opportunité.

**La programmation budgétaire :** Il n'existe pas de Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) ciblant les postes prioritaires et il n'existe pas non plus de mécanismes de coordination internes et externes en vue d'une allocation des ressources plus importante et plus équitable. On constate d'une manière générale une absence de suivi du financement, une faible coordination dans la consolidation du financement et une centralisation des ressources financières.

**La Couverture sanitaire universelle (CSU):** C'est une approche dont le but est de garantir l'accès de tout individu à des soins où et quand il en a besoin (incluant les interventions de promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir de difficultés financières.

La CSU comporte deux composantes. La première est la disponibilité et accessibilité en tout lieu de services de santé de qualité. La deuxième est la composante protection sociale avec ses trois sous-

composantes : (1) L'extension de l'assurance à toute la population, (2) l'intégration de tous les services répondant aux besoins des populations et, (3) la réduction des paiements directs des ménages. Dans le contexte de Djibouti, il existe plusieurs défis pour atteindre la Couverture Sanitaire universelle : (i) l'élargissement de l'assurance maladie obligatoire aux travailleurs du secteur informel, (ii) l'identification et la couverture des personnes indigentes par le Programme d'assistance sociale pour la santé (PASS), (iv) les modalités de mise en œuvre de l'AMU adaptées et viables, (v) la disponibilité et l'accessibilité dans toutes les régions d'un paquet de services de qualité répondant aux besoins des populations.



Graphique 2. 17 : Schéma de la composante protection financière de la CSU

**L'Assurance maladie universelle (AMU) :** Le Gouvernement a mis en place l'AMU à travers la Loi N°24/AN/14 7<sup>ème</sup> L du 5 Février 2014.

L'AMU couvre différents groupes de population, notamment :

- La population relevant de la branche obligatoire **L'Assurance maladie obligatoire (AMO) ;**
- Et la population bénéficiant du programme solidaire PASS.

L'AMO est un régime obligatoire pour les employés du secteur formel (public et privés, travailleurs indépendants, retraités et leurs ayants droit). Les étudiants sont aussi assurés en contrepartie du paiement d'un forfait (10% des frais d'inscription à la faculté soit 2.000 francs).

Le PASS est un système qui couvre la population indigente et ses dépendants après identification par le Ministère de la solidarité et des affaires sociales.

Pour les services de santé couverts par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dans le cadre du régime AMO, le paiement est versé directement aux prestataires de soins de santé conventionnés selon le barème des honoraires convenu.

La CNSS gère également ses propres installations où elle paye elle-même les intrants de fonctionnement. Le Ministère des Affaires Sociales et des Solidarités (MASS) paie les prestataires contre les services de santé utilisés par les bénéficiaires du PASS via la CNSS. On estime qu'environ un tiers de la population est couverte par la CNSS à ce jour.

#### Paquets des soins couverts par l'Assurance Maladie Universelle

Conformément à l'Article 8, l'assurance maladie obligatoire donne droit à l'accès aux soins pour les catégories de bénéficiaires citées à l'article 6. Les soins comprennent :

- Le paquet universel : il est servi gratuitement et sans distinction à toute la population. Il est constitué des prestations de soins dispensés par les centres de santé communautaires dans le cadre des programmes verticaux tel que le Programme élargi vaccination, les consultations des enfants de moins de 5ans, la santé de la reproduction (consultations pré/postnatales) et les examens y compris l'échographie et le planning familial, les prises en charge des maladies telles que la tuberculose, le paludisme, les épidémies et les problèmes de santé Publique ;
- Un paquet de base 1 pris en charge à 100% composée des prestations de soins de base telles que les consultations (enfants et adultes) par un généraliste, un bilan standard, les examens de radiologie et la délivrance des médicaments essentiels ainsi que l'accouchement simple et la césarienne ;
- Un second paquet de base 2 constitué des consultations curatives (enfants et adultes), des médicaments (génériques de la Liste nationale des médicaments essentiels) et de toutes les analyses médicales prescrites par les médecins spécialistes.
- Les prestations de soins hospitaliers garantis par l'AMO sont composées des hospitalisations sans intervention chirurgicale y compris le séjour du malade, les actes de soins et examens standards, tous les médicaments prescrits et figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels ; et les hospitalisations avec intervention chirurgicales.

Concernant les paquets de soins, la loi AMU garantit un paquet universel pour l'ensemble de la population. Trois paquets supplémentaires sont fournis par l'AMU. Le premier paquet est composé de services de soins de base, tels que : les consultations, la radiologie, les médicaments essentiels et l'accouchement (y compris la césarienne) ; tandis que le deuxième paquet comprend les soins curatifs et tous les examens médicaux prescrits par des médecins spécialistes. Le troisième paquet concerne les soins hospitaliers et comprend les hospitalisations avec ou sans chirurgie.

La valeur de l'indice de couverture des services de CSU, qui est utilisé pour surveiller la Couverture Sanitaire Universelle dans le cadre des Objectifs de développement durable, est de 47, ce qui place Djibouti à un niveau moyen par rapport aux autres pays<sup>1</sup>. Par ailleurs l'indicateur de mesure de la protection financière nous révèle que 0,05% et 0,13% de la population tombent dans la pauvreté à cause des paiements directs des ménages pour la santé, avec un seuil de pauvreté de 1,90 USD et de 3,11 USD par jour, respectivement. De plus, 1,42% et 0,04% de la population ont fait face à des dépenses de santé catastrophiques à un seuil de 10% et 25%<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> The UHC service coverage index is a single indicator that is computed based on tracer indicators (some of which are proxies of service coverage) to monitor coverage of essential health services. Tracer interventions include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population). Service coverage is typically measured on a scale of 0 to 100%, with 100% as the target, and therefore the UHC service coverage index is presented on a scale of 0 to 100.

<sup>2</sup> WHO-World Bank (2017). "Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report".

Available at: <http://pubdocs.worldbank.org/en/193371513169798347/2017-global-monitoring-report.pdf>. Accessed on: 19 Apr 2018.

## Chapitre 3 : Les orientations stratégiques du PNDS 2020-2024

### 3.1 Vision

La population de Djibouti vit dans un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays en vue de la réalisation de la vision 2035.

### 3.2 But

Accélérer le progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle en vue d'atteindre les Objectifs de développement durable d'ici 2030.

### 3.3 Les principes

Les principes directeurs retenus pour guider la mise en œuvre du PNDS sont les suivants :

- *L'équité* dans toutes les prestations pour s'assurer que personne n'est laissée pour compte.
- *L'efficacité à travers une gestion axée sur les résultats* à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- *La redevabilité* vis-à-vis des résultats poursuivis par le PNDS pour toutes les parties prenantes et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- *La participation de la communauté* comme un partenaire clé dans la planification, la gestion et le suivi de la mise en œuvre, la promotion de la santé et la fourniture de soins de santé primaires.
- *La réponse multisectorielle* synergique pour un impact accru sur les déterminants de la santé.
- *Un cadre d'intervention harmonisé* pour tous les acteurs pour une action concertée et complémentaire.

### 3.4. Objectifs

#### 3.4.1. Objectif Général

Améliorer l'état de santé de la population djiboutienne à travers une offre de soins de qualité qui vise à réduire la morbidité et la mortalité, en particulier parmi les plus populations les plus vulnérables.

L'atteinte des cibles ci-après énumérées a été arrêtée comme suit, à l'horizon 2024 :

#### Mortalité

- Réduire la mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète de 14% (OMS, 2016) à 10%.
- Réduire la mortalité maternelle de 248 (2017) à 164 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- Réduire la mortalité infanto-juvénile de 59 (2018) à 40 décès pour 1000 naissances vivantes.

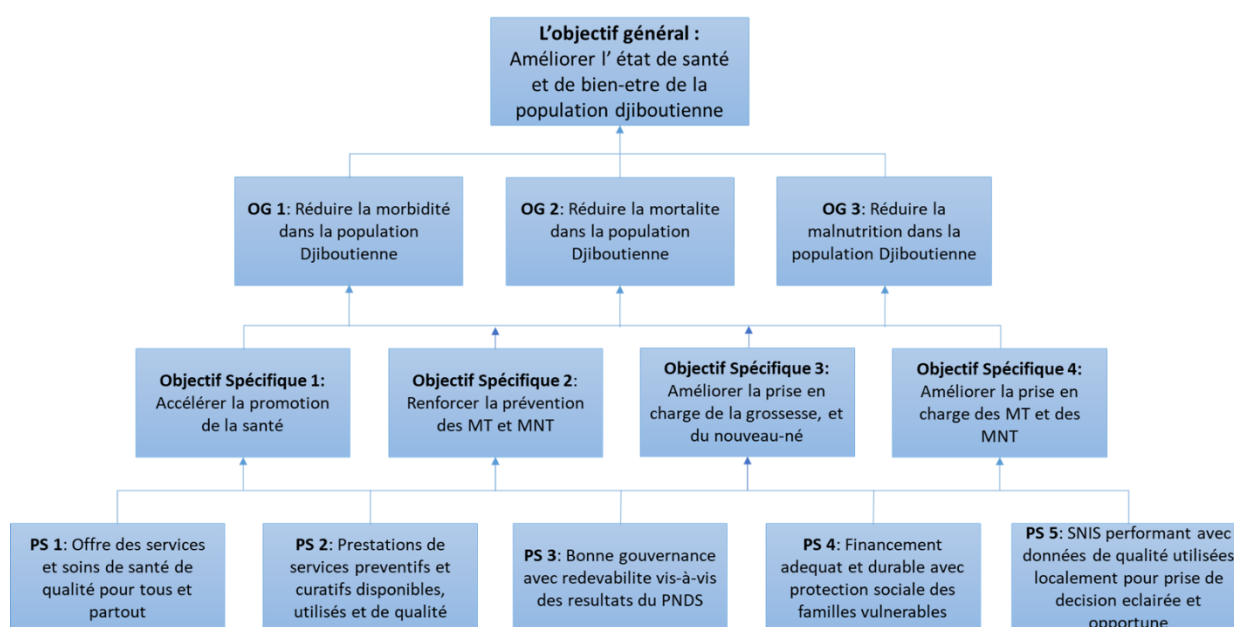
- Réduire la mortalité néonatale de 32 (2018) à 22 décès pour 100 000 naissances vivantes.

## Morbidité

- Réduire l'incidence du paludisme de 23 (MSP, 2018) à 14 pour 1000 habitants à risque.
- Réduire l'incidence du VIH de 0,57 (UNAIDS, 2018) à 0,28 pour 1000 habitants.
- Réduire le taux de transmission mère-enfant du VIH de 19% (UNGASS, 2015) à moins de 5%.
- Réduire l'incidence de la tuberculose de 260 (WHO, 2018) à 180 pour 100 000 habitants.
- Réduire l'incidence du diabète chez les adultes de 18 ans et plus de 6% (OMS, 2014) à 4%.
- Réduire l'incidence de l'hypertension chez les adultes de 18 ans et plus de 22% (OMS, 2015) à 15%.

## Malnutrition

- Réduire l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus de 12% (OMS, 2016) à 8%.
- Réduire l'obésité chez les adolescents de 10-19 ans de 4% (OMS, 2016) à 2.8%.
- Réduire la proportion des enfants 0-59 mois présentant un retard de croissance de 21% (SMART, 2019) à 14% et d'au moins 40% dans les régions de Dikhil, Obock, et Tadjourah.
- Réduire la proportion des enfants 0-59 mois souffrant de malnutrition aigüe globale de 10,3% (SMART, 2018) à 5% et d'au moins 50% dans les régions de Arta, Dikhil, Obock, et Tadjourah.
- Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes de 32% (Banque Mondiale, 2016) à 22%.
- Réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants 0-59 mois de 42% (Banque Mondiale, 2016) à 21%.



Graphique 3. 1 : Synthèse des objectifs et priorités stratégiques du PNDS 2020-2024



### 3.4.2. Objectifs spécifiques

Dans le but d'atteindre la couverture santé universelle, le PNDS ambitionne d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'accroître la couverture des interventions à haut impact en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.

**Objectif spécifique 1 :** Renforcer, mettre à l'échelle et accélérer les activités de promotion de la santé et d'éducation sanitaire pour réduire les principaux facteurs de risque de mortalité de la population djiboutienne.

Les cibles ci-après énumérées ont été arrêtées pour l'horizon 2024 :

Indicateurs des interventions à haut impact	Baseline (2019)	Cibles (2024)
Proportion des adultes de 15 ans et plus qui fument le tabac (% , OMS 2016)	13	10
Proportion de la population qui consomme l'alcool régulièrement (% , OMS 2016)	1	0.8
Consommation moyenne de sel chez les adultes de 20 ans et plus (g/jour, OMS 2010)	6	4
Proportion de la population qui consomme le khat (% , EDIM 2006)	26	21
Proportion de la population rurale ayant accès à l'eau provenant d'une source améliorée (% , AGVSAN 2014)	58	70
Proportion de la population en milieu urbain disposant d'une toilette améliorée (% , AGVSAN 2014)	68	90
Proportion de la population en milieu urbain disposant d'une toilette améliorée (% , AGVSAN 2014)	25	70
Proportion de la population pratiquant la défécation à l'air libre (% , AGVSAN 2014)	50	25
Proportion des femmes en âge de procréer ayant un enfant de moins de 5 ans qui pratiquent le lavage des mains avant de donner à manger aux enfants (% , AGVSAN 2014)	11	80
Proportion des femmes mariées ayant recours à la contraception moderne (% , PAPFAM 2012)	19	40
Proportion des nourrissons qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (% , SMART 2019)	77	90
Proportion des enfants de 0-5 mois nourris exclusivement au sein (% , SMART 2019)	52	80
Proportion des enfants de 6-8 mois ayant reçu des aliments semi-solides la veille de l'enquête (% , SMART 2019)	60	80
Proportion des enfants âgés 12-59 mois déparasités (% , AGVSAN 2014)	36	90

**Objectif spécifique 2 :** Renforcer la prévention des maladies transmissibles et non-transmissibles au sein de la population djiboutienne.

Les cibles ci-après ont été arrêtées pour l'horizon 2024 :

Indicateurs des interventions à haut impact	Baseline (2019)	Cibles (2024)
Proportion des femmes en âge de procréer dépistées pour le cancer du col de l'utérus	ND	30
Taux d'utilisation de MILDA dans les zones à risque (% , Enquête Paludisme 2019)	47	90
Taux de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent des habitations éligibles (% , Rapport général de la PID 2019)	71	90
Proportion des populations de 15-24 ans ayant un comportement à moindre risque (% , CAP 2010)	18	30
Proportion des travailleuses du sexe ayant un comportement à moindre risque (% , IBBS 2014)	71	90

Proportion des femmes enceintes supplémentées en fer et acide folique (%)	74	90
Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos (% , ECV 2014)	59	90
Proportion des enfants de 6-59 mois qui reçoivent la vitamine A (% , SMART 2019)	53	90
Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés (% , ECV 2014)	83	90

**Objectif Spécifique 3 :** Améliorer la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né sur toute l'étendue du territoire national.

Les cibles ci-après ont été arrêtées pour l'horizon 2024 :

Indicateurs des interventions a haut impact	Baseline (2019)	Cibles (2024)
Proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations pendant leur grossesse (% , PAPFAM 2012)	23	50
Proportion des femmes enceintes recevant des ARV pour la PTME pendant la grossesse (% , Rapport DSME 2016)	49	90
Proportion des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié (% , PAPFAM 2012)	87	95
Proportion de nouveau-nés qui ont été séchés après la naissance (%)	ND	90
Proportion de nouveau-nés avec premier bain au moins 6 h après la naissance (%)	ND	90
Proportion des mères ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance (% , PAPFAM 2012)	54	70
Proportion des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance	54	70

**Objectif Spécifique 4 :** Améliorer la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles au sein de la population djiboutienne.

Des cibles ci-après ont été arrêtées pour l'horizon 2024 :

Indicateurs des interventions a haut impact	Baseline (2019)	Cibles (2024)
Proportion des adultes 18 ans et plus souffrant d'hypertension artérielle vus en consultations (% , Annuaire statistique 2017)	4	35
Proportion des adultes 18 ans et plus souffrant d'hyperglycémie ou le diabète vus en consultations (% , Annuaire statistique 2017)	10	40
Proportion des cas de paludisme confirmés traités à la CTA (% , Rapport PNLP 2018)	90	100
Proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (% , Rapport PLSS 2016)	32	70
Proportion des personnes souffrant de TB qui ont complété le traitement (%)		
Proportion des enfants 0-59 mois souffrant de la diarrhée qui ont reçu un traitement à base de la SRO (% , PAPFAM 2012)	85	90
Proportion des enfants 0-59 mois souffrant de la diarrhée qui ont reçu un traitement à base de la SRO et du zinc (%)	70	90
Proportion des enfants souffrant de l'infection respiratoire aiguë qui ont recherché les soins chez un prestataire compétent (% , PAPFAM 2012)	ND	90
Proportion des enfants souffrant de l'infection respiratoire aiguë qui ont reçu un traitement à base d'antibiotiques (% , PAPFAM 2012)	94	95
Proportion des enfants souffrant de la malnutrition aiguë recevant une prise en charge appropriée (ambulatoire ou hospitalière) (%)	79	90
	32	90

### 3.5. Priorités stratégiques du secteur de la santé pour la période 2020-2024

Pour réaliser ces résultats et atteindre les cibles fixées, cinq priorités stratégiques ont été identifiées :

- **Priorité stratégique 1** : 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.
- **Priorité stratégique 2** : Les prestations de soins promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, axées sur l'approche des soins de santé primaires et adaptés au contexte épidémiologique et socio-culturel, sont équitablement disponibles sur toute l'étendue du pays.
- **Priorité stratégique 3** : La bonne gouvernance dans la gestion des services de santé renforcée à travers une redevabilité accrue des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire vis-à-vis des stratégies, des activités et des résultats retenus par le PNDS.
- **Priorité stratégique 4** : Le financement adéquat et durable est mobilisé pour assurer l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale des populations vulnérables.
- **Priorité stratégique 5** : Le système d'information sanitaire est renforcé pour assurer une disponibilité permanente de données de qualité dont l'utilisation à l'échelle opérationnelle et stratégique guidera une prise de décision éclairée et opportune.

### 3.6. Actions prioritaires de la santé pour la période 2020-2024

#### 3.6.1. L'offre équitable de soins de qualité

*L'offre équitable de soins de qualité est disponible partout dans le pays et est dispensée par des ressources humaines qualifiées qui disposent en permanence d'un plateau technique adéquat et de médicaments essentiels de qualité pour répondre aux besoins des populations.*

Le renforcement de l'offre de soins de qualité répondant équitablement aux besoins de la population de Djibouti sur toute l'étendue du territoire national requière (i) la mise en place d'un programme national de santé communautaire, (ii) l'amélioration d'une disponibilité équitable des infrastructures et équipements de qualité, (iii) le renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité, équitablement déployées sur toute l'étendue du territoire, (iv) une disponibilité permanente et une utilisation rationnelle des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité.

**Produit 1.1. Le programme national de santé communautaire est créé pour un engagement actif de la communauté dans la mise en œuvre du PNDS.**

La santé communautaire constitue une dimension essentielle de la stratégie des soins de santé primaires dans lequel ce PNDS est profondément ancré. En engageant les communautés dans l'identification et la résolution de leurs problèmes et en les employant comme ressources dans la gestion de l'offre des services et des soins de santé pour réduire

les disparités dans l'accès, elle constitue un gage d'équité. L'implication des communautés va leur permettre de jouer un rôle déterminant dans la mise en œuvre et dans le suivi du PNDS en assurant une redevabilité ascendante vis-à-vis des résultats.

Dans le contexte de Djibouti, les membres de la communauté auront un rôle essentiel dans la gestion de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : dans la promotion du changement des comportements, dans la création de la demande pour une utilisation optimale et dans la prise en charge des cas. S'appuyant sur les expériences acquises dans le pays et au-delà, un programme revigoré de santé communautaire à Djibouti constitue une extension naturelle du système de santé dans la communauté telle que préconisée dans l'approche des SSP.

La santé communautaire sera renforcée à travers 6 actions prioritaires suivantes :

1. Elaborer une stratégie nationale de santé communautaire qui engage la communauté comme acteur clé dans la gestion, la définition et le suivi de l'offre des services et le suivi du PNDS à tous les niveaux. Elle permettra la mise en place d'une plateforme unique dont l'objectif sera de fédérer les acteurs communautaires sous la responsabilité des ASC rémunérés et basés dans la communauté.
2. Développer un cadre opérationnel qui définit les rôles complémentaires des acteurs communautaires et place chaque communauté sous un ASC rémunéré et basé dans la communauté pour coordonner et superviser les activités communautaires multisectorielles de tous dans la vision d'une plateforme communautaire unique.
3. 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.
4. Mettre en place une stratégie de mobilisation de ressources financières pour assurer la mise à échelle et la pérennisation du programme de santé communautaire.
5. Développer un système d'information à base communautaire numérisé compatible avec le DHIS2 pour permettre le monitoring des activités communautaires et constituer un outil d'auto-évaluation de leur performance au regard des cibles du PNDS.
6. Organiser des campagnes de sensibilisation et de mobilisation sociale pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, permettant aux Djiboutiens d'adopter des comportements sains et devenir acteurs de leur propre santé.

**Produit 1.2. Les infrastructures, les équipements et les laboratoires sanitaires de qualité sont équitablement disponibles sur toute l'étendue du pays.**

Avec la croissance démographique, l'enclavement de certaines populations et le vieillissement des infrastructures sanitaires, une proportion importante de la population n'a pas accès aux services de santé à sa portée. Le présent PNDS recommande une amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et des équipements sanitaires sur toute l'étendue du pays. Une attention spéciale sera portée à la nécessité de rapprocher ces infrastructures des populations qui en ont le plus besoin, en particulier celles vivant dans les régions et les zones rurales.

Les infrastructures, les équipements et les laboratoires sanitaires de qualité seront disponibilisés à travers 10 actions prioritaires qui sont :

1. Actualiser la carte sanitaire et la nomenclature hospitalière pour définir les aires sanitaires des structures et leurs populations cibles pour une bonne redevabilité et une planification ascendante informée par la connaissance au niveau des aires de santé. Elle permettra d'identifier les besoins en infrastructures sanitaires additionnelles.
2. Réhabiliter les structures sanitaires vieillissantes à Djibouti-ville et dans les régions en leur fournissant un plateau technique adéquat qui respecte les conditions minimales de sécurité du personnel et des patients.
3. Construire de nouvelles infrastructures sanitaires répondant aux normes et standards et conformément aux besoins identifiés lors de l'actualisation de la carte sanitaire.
4. Construire des logements pour les infirmiers en fonction dans les postes de santé et polycliniques pour améliorer les conditions de vie des professionnels de la santé dans l'arrière-pays.
5. Elaborer les normes en matière d'équipement sanitaire selon le niveau des structures de santé en se basant sur la carte sanitaire.
6. Assurer la disponibilité des équipements de diagnostic et de prise charge avec une priorité pour les équipements des structures de soins de santé primaires.
7. Renforcer le cadre réglementaire normatif des laboratoires et leurs capacités en ressources humaines et équipements.
8. Assurer la qualité de la sécurité transfusionnelle pour prévenir, collecter les informations et suivre les effets néfastes de la transfusion sanguine.
9. Mettre en place un système de gestion des déchets biologiques.
10. Mettre en place un service dédié à la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements de santé.

**Produit 1.3. Des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante sont équitablement distribuées sur l'étendue du pays.**

L'offre des services et des soins de qualité dépend essentiellement de la quantité et de la qualité des ressources humaines disponibles aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour répondre à la carence en ressources humaines qualifiées observées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier au niveau central et dans les divisions sanitaires régionales ; une stratégie à deux piliers s'impose pour, d'une part, augmenter la disponibilité des ressources humaines qualifiées sur le long terme et, d'autre part, optimiser l'utilisation des ressources existantes dans le court terme.

L'atteinte des objectifs identifiés en matière de ressources humaines qualifiées seront réalisés à travers 7 actions prioritaires que sont :

1. Elaborer une stratégie de développement des ressources humaines qui inclut le développement des plans de carrière et les mesures d'incitation à la performance, et priorise les zones à faible densité de personnel.
2. Elaborer une stratégie pour optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles, qui inclut la rationalisation de la répartition, la standardisation des mécanismes de référence et de délégation d'autorités et les mesures incitatives de rétention, y compris l'amélioration des conditions de travail.
3. Mettre en place un dispositif de concertation entre le Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur, l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS) et l'Ecole de médecine pour la validation du curriculum de formation, l'intégration des formations en cours d'emploi des programmes dans la formation initiale et l'implication des programmes dans la facilitation de certains modules de formation.
4. Elaborer un plan directeur de développement des capacités pour améliorer efficacement et durablement les compétences du personnel de santé, y compris la redynamisation du projet de centre hospitalier universitaire (CHU) et la valorisation de la médecine de famille.
5. Renforcer l'autorégulation des professionnels de santé en dotant les ordres professionnels d'outils règlementaires et de moyens financiers ; créer un ordre des professions paramédicales ; instituer une évaluation périodique des professionnels liée à leur accréditation et au renouvellement de leurs licences.
6. Renforcer les capacités de gestion de la Direction des Ressources Humaines et de la Formation (DRHF), des établissements sanitaires à Djibouti-ville et dans les régions, notamment par l'élaboration et la mise en place d'outils de gestion des ressources humaines.
7. Mettre en place un système de suivi et évaluation de ressources humaines de la santé.

**Produit 1.4. Des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité sont disponibles de façon permanente et équitable sur toute l'étendue du pays.**

Un approvisionnement régulier en médicaments et produits pharmaceutiques de qualité est indispensable pour assurer l'offre des services de santé et garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Pour pallier aux ruptures de stock, à la qualité sous-optimale de certains produits sur le marché et aux mauvaises pratiques dans l'utilisation des produits pharmaceutiques, un renforcement de la législation et du système pharmaceutique s'impose pour garantir une disponibilité permanente et une utilisation rationnelle des produits de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les médicaments et produits pharmaceutiques de qualité seront disponibilisés de façon permanente à travers 10 actions prioritaires qui sont :

1. Renforcer la régulation et l'efficacité du secteur pharmaceutique par la création d'une agence nationale de régulation du secteur pharmaceutique.
2. Institutionnaliser une revue périodique de la liste des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels ainsi que le code des médicaments et des pharmacies.
3. Renforcer le système d'approvisionnement en mettant en place une procédure d'appel d'offre international et des critères de sélection des fournisseurs.

4. Mettre en place des normes de stockage en médicaments, vaccins et autres produits de santé et organiser régulièrement des missions d'inspection.
5. Renforcer les capacités de stockage, de gestion et de distribution de la CAMME, des pharmacies hospitalières et autres structures sanitaires.
6. Digitaliser les systèmes de gestion des médicaments et produits pharmaceutiques pour faciliter le monitoring des stocks en temps réel.
7. Améliorer les compétences des pharmaciens sur les bonnes pratiques pharmaceutiques (acquisition, gestion et distribution).
8. Rendre opérationnel les comités thérapeutiques des médicaments dans les formations sanitaires.
9. Mettre en place un système de notification des effets indésirables.
10. Elaborer un plan national de distribution des produits de santé.

**Produit 1.5. La proximité des soins est assurée pour tous et partout et en particulier pour les populations d'accès difficile en milieu rural.**

Dans l'approche des SSP, les soins doivent être rapprochés le plus possible de la population pour être offerts à proximité du lieu de résidence ou de travail de la population cible ou à un endroit géographiquement accessible au cas où le déplacement est envisagé, comme dans les cas de référence des complications ou des conditions nécessitant un plateau technique élevé. Résoudre les défis de l'inaccessibilité géographique nécessite une approche multisectorielle qui va au-delà du secteur de la santé et qui implique les secteurs qui peuvent aider au désenclavement des populations à travers les transports publics et l'urbanisation.

L'amélioration de la proximité des soins se fera à travers 3 actions prioritaires qui sont :

1. Etablir un comité interministériel pour la mise en œuvre des SSP avec mandat de trouver des solutions appropriées pour le désenclavement des populations cibles dans les priorités des secteurs impliqués.
2. Renforcer l'approche mobile à la suite d'une réévaluation de sa pertinence, son efficacité et son coût-efficacité à côté d'un programme de santé communautaire pour en déterminer la plus-value.
3. Réévaluer le système d'évacuation sanitaire dans les endroits d'accès difficile et formuler des recommandations pour son renforcement.

### 3.6.2 Les prestations de soins de qualité axées sur les soins de santé primaires

*Les prestations de soins promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, axées sur l'approche des soins de santé primaires, et adaptés au contexte épidémiologique et socio-culturel, sont équitablement disponibles sur toute l'étendue du pays.*

La prestation des soins de qualité est le résultat attendu d'un système de santé performant. La conférence d'Astana organisée en 2018 à l'occasion de la célébration du 40<sup>e</sup> anniversaire de la déclaration d'Alma Ata a réaffirmé que les systèmes de santé fondés sur l'approche des soins de santé primaires donnent de résultats meilleurs et équitables sur la santé des populations. C'est pour cette raison que la disponibilisation des soins préventifs, promotionnels et curatifs de qualité reste une priorité du PNDS 2020-2024 et se fera à travers



le renforcement des SSP. En plus, elle passera par l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement des services de la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent(e), de la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, de la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles, de la préparation et la réponse aux épidémies et urgences de santé publique, de la lutte contre la malnutrition et des services de l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

### **Produit 2.1. Les soins de santé primaires sont renforcés sur toute l'étendue du pays.**

L'approche des soins de santé primaires (SSP) sera le socle de PNDS 2020-2024 qui vise à offrir des services et des soins de santé à tous dans les lieux où ils vivent et travaillent, et en particulier aux pauvres et aux plus vulnérables. Cette approche va faciliter la réduction des disparités d'accès observées dans la population, surtout dans les régions de Dikhil, Obock, et Tadjourah où plus de 10% de la population vit au-delà de 5 km du poste de santé. Les SSP appellent à une grande implication des communautés dans la gestion des services de santé, dans la création de la demande, dans la recherche des perdus de vue et dans l'offre des services de santé surtout dans des communautés où ces services ne sont pas encore disponibles. Les SSP se fondent sur une réponse multisectorielle dans les politiques et dans les actions pour agir sur les déterminants de la santé avec l'implication de tous les secteurs clés.

Le renforcement des SSP se fera à travers 5 actions prioritaires qui sont :

1. Actualiser le paquet minimum d'activités (PMA) des SSP, sur base de l'étude préliminaire de la disponibilité actuelle, pour intégrer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la santé de l'adolescent(e), la santé mentale, les MNT ainsi que le circuit intégré du patient depuis son accueil, la maintenance du matériel et la gestion des déchets.
2. Faire un plaidoyer pour mobiliser une volonté politique forte de renforcer les SSP avec une augmentation des ressources financières y allouées dans le budget de l'état.
3. Renforcer la gouvernance multisectorielle à tous les niveaux pour une forte implication des autres secteurs, tels que le secteur privé, la société civile et la communauté ; dans un partenariat gagnant-gagnant qui adresse les déterminants de la santé.
4. 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.
5. Développer un système d'information à base communautaire lié au DHIS2 et mettre en place un cadre de redevabilité qui détermine la contribution de la communauté au PNDS 2020-2024 comme sur laquelle elle peut tenir ses acteurs redevables.

Les SSP sont transversaux. Ils bénéficieront donc des actions sous les quatre autres priorités stratégiques et les produits de la priorité stratégique sur les prestations des services.

## **Produit 2.2. La qualité des soins de santé est améliorée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur toute l'étendue du pays.**

L'amélioration de la santé de la population n'est possible que si les services de santé sont offerts à une grande échelle et qu'ils répondent aux standards de qualité supérieure. Les soins de haute qualité sont des soins sûrs, efficaces, opportuns, efficaces, équitables et axés sur l'individu dans sa dignité. Ils nécessitent des ressources humaines compétentes qui respectent les normes et les standards des soins et qui disposent d'une disponibilité permanente des médicaments essentiels et d'un plateau technique adéquat pour le diagnostic et la prise en charge des cas.

L'amélioration de la qualité des soins de santé se fera à travers 5 actions prioritaires qui sont :

1. Mettre en place un comité de suivi de la qualité des soins de santé dans les formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
2. Développer et diffuser des référentiels de prise en charge pour les pathologies les plus courantes indiquant les conditions de la référence et de la contre référence.
3. Développer et diffuser des normes et standards de qualité des soins et élargir le spectre de l'inspection de routine.
4. Mettre en place un système d'accréditation et de certification des formations sanitaires.
5. Reconnaître le rôle des structures de référence et mettre en place des ateliers de diffusion des bonnes pratiques comme un mécanisme de formation médicale continue.

## **Produit 2.3. Les services de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent(e) sont renforcés sur toute l'étendue du pays.**

Les efforts d'amélioration de l'accès des mères et des enfants aux services de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent(e) s'inspireront des expériences nationales et internationales pour résoudre les principaux goulets d'étranglement liés à la faible disponibilité des services, en particulier les SONUB, les SONUC, et la PCIME, la faible demande des services, le taux élevé des perdus de vue et la faible qualité des soins.

La révision du PMA sera l'opportunité de renforcer la santé de l'adolescent(e) en intégrant des interventions qui ont montré leur efficacité comme l'éducation complète à la sexualité, la prévention et la prise en charge des grossesses précoces, la prévention du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles, la vaccination au HPV et la santé mentale. L'engagement communautaire constitue un levier important pour améliorer la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent(e) dans une approche de renforcement du système de santé ancrée sur les SSP.

Le renforcement des services de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent(e) se fera à travers 6 actions prioritaires qui sont :

1. Améliorer la disponibilité des SONUB et des SONUC à travers le renforcement des ressources humaines, du plateau technique et des médicaments essentiels dans les

formations sanitaires, en commençant par celles ayant les volumes les plus élevés de patients.

2. 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, des médicaments essentiels et du plateau technique en priorisant les populations résidant au-delà de 5 km.
3. 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.
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.
5. Renforcer la qualité des soins de santé maternelle et néonatale par un mécanisme efficace de surveillance des décès maternels et des nouveau-nés.
6. Renforcer la 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 infections sexuellement transmissibles (IST), le déparasitage et les vaccinations.

**Produit 2.4. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont renforcées sur toute l'étendue du pays.**

L'amélioration de l'accès de la population aux services de prévention et de prise en charge des MNT est d'une grande importance compte tenu de la contribution des MNT au fardeau des décès dans la population de Djibouti. L'engagement politique existe tel qu'exprimé par le décret-loi 48 établissant le programme des MNT sous la DPSP. L'effort au cours de ce PNDS consistera à mettre en place un programme de MNT avec une structure de gouvernance, un système d'information combinant les enquêtes et la collecte des données de routine, des outils programmatiques et un système d'offre de services de prévention et de soins de prise en charge des MNT bien développé sur toute l'étendue du pays. Une attention particulière sera accordée au niveau de la base dans la communauté et dans les formations sanitaires de premier niveau, et cela en conformité avec l'approche des SSP.

Le renforcement de la prévention et la prise en charge des MNT se fera à travers 7 actions prioritaires qui sont :

1. Renforcer la gouvernance et le leadership du programme en le dotant d'un chef de service en charge des MNT dans la DPSP et en créant une structure multisectorielle de coordination des efforts de différents acteurs et secteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge des MNT.
2. Elaborer et intégrer les protocoles de dépistage et de prise en charge des MNT adaptés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

3. Renforcer la capacité des structures des SSP, en particulier celles du premier niveau, avec les ressources humaines compétentes, les médicaments des MNT en permanence et le plateau technique adéquat pour une intégration effective des MNT dans les SSP.
4. Développer une stratégie globale de communication pour la réduction des MNT et de leurs facteurs de risque et renforcer la composante communautaire des MNT dans le programme de santé communautaire en collaboration avec la DPS.
5. Renforcer les dispositions réglementaires et développer le cadre de leur mise en œuvre pour la réduction des facteurs de risque et la protection des personnes atteintes des maladies non transmissibles.
6. Renforcer la mise en œuvre des articles de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.
7. Renforcer le système d'information avec les enquêtes spécifiques aux MNT et mettre sur pied un dispositif qui intègre les données de routine, avec celles des enquêtes et de la surveillance pour suivre l'évolution du fardeau des MNT et de leurs facteurs de risque.

**Produit 2.5. La prévention et le contrôle des maladies transmissibles sont renforcés sur toute l'étendue du pays.**

Les interventions pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles font partie intégrale du PMA des SSP. Une réponse efficace pour le contrôle de ces épidémies passe par le renforcement du système de santé, et en particulier les SSP. L'offre comprendra un paquet intégré des services, des activités de sensibilisation et de mobilisation des communautés pour le changement de comportement, la demande de services et la recherche précoce des soins. L'engagement de tous les secteurs clés et de la société civile dans une réponse multi sectorielle, synergique et complémentaire est essentiel pour assurer l'efficacité et l'exhaustivité de la réponse. Une attention particulière sera portée sur la ville de Djibouti qui concentre la grande majorité des cas de paludisme, de la tuberculose et du VIH.

Le renforcement de la prévention et le contrôle des maladies transmissibles se feront à travers les actions prioritaires suivantes :

**Réduction des maladies évitables par la vaccination**

1. Renforcer la gouvernance de la vaccination avec un cadre multisectoriel de coordination, le renforcement de la capacité de gestion et la micro-planification basée sur l'évidence.
2. Développer une approche communautaire à la vaccination à travers le programme de santé communautaire travaillant avec des agents dotés des registres communautaires pour la recherche active et le suivi des enfants non-vaccinés et perdus de vue.
3. Intensifier la sensibilisation et la mobilisation des mères et de leurs communautés sur la vaccination de routine et ses bienfaits à travers des médias publics, les leaders communautaires (politiques, religieux et traditionnels), les agents communautaires et les organisations de la société civile.

4. Renforcer la vaccination des populations spéciales (migrants, nomades, réfugiés) avec les activités de vaccination de routine, en mettant en place des points de vaccination aux postes frontaliers et sur les routes principales des migrants et des nomades.
5. Renforcer la logistique de la vaccination, y compris dans l'accès aux nouvelles technologies telles que le D4Action pour améliorer la gestion et assurer une disponibilité permanente de tous les vaccins et des autres intrants de la vaccination.
6. Elargir la couverture vaccinale avec l'introduction des nouveaux vaccins en rapport avec les besoins nationaux dans une perspective d'équité.
7. Accélérer et finaliser les processus de la certification de l'élimination de toutes les maladies éligibles.
8. Renforcer les activités de surveillance vaccinale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **Contrôle du paludisme**

1. Renforcer la capacité du Programme National de Lutte contre le Paludisme pour une mise en œuvre effective et efficace des activités de lutte contre le paludisme.
2. Assurer l'accès universel et l'utilisation continue des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), en priorité dans la ville de Djibouti et dans les communes de Ras Dika et de Boulaos.
3. Poursuivre la mise à l'échelle des activités de pulvérisation intra-domiciliaire (PID) en priorité dans les zones de forte transmission telles que la commune de Boulaos à Djibouti ville.
4. Sensibiliser la population de Djibouti ville sur les mesures appropriées de prévention du paludisme, y compris la destruction des gîtes larvaires et l'utilisation des MILDA.
5. Renforcer les activités de surveillance entomologique incluant la cartographie et les études de la résistance des insecticides utilisées pour la PID et sur les MILDA.

### **Contrôle de la tuberculose**

1. Renforcer la capacité des formations sanitaires de premier niveau, en particulier dans la ville de Djibouti, avec les compétences et le plateau technique (machine de radiographie, genexpert), pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose sensible et la tuberculose multirésistante.
2. Renforcer la prévention et le contrôle de la tuberculose sensible et la tuberculose multirésistante dans le programme de santé communautaire pour intégrer le suivi du traitement à domicile par les agents de santé communautaire afin de réduire les perdus de vue et améliorer le succès du traitement.
3. Intensifier la sensibilisation de la population sur les mesures appropriées de prévention de la tuberculose,
4. Renforcer la coordination multisectorielle pour une prise en charge intégrée de la tuberculose, y compris rendre l'appui nutritionnel systématique dans tous les cas de prise en charge de la tuberculose.

5. Améliorer l'information sanitaire de la tuberculose pour intégrer les indicateurs du succès thérapeutique de toutes les formes de tuberculose prises en charge dans les structures de traitement.
6. Renforcer le diagnostic et la prise en charge des groupes à risque par l'organisation des activités spéciales de dépistage des contacts, des réfugiés, des migrants et des détenus.

### **Prévention et contrôle du VIH/SIDA**

1. Renforcer le dépistage actif du VIH avec des stratégies novatrices telles que le dépistage familial utilisant les PVVIH testées positives comme index pour tester leur membre de famille, la recherche active des enfants nés des mères séropositives, et les campagnes de dépistage ciblant les personnes à haut risque.
2. Renforcer la capacité des formations sanitaires, surtout au niveau primaire, avec des compétences et le plateau technique pour améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH, en particulier l'adhérence pour la suppression de la charge virale et la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose parmi les PVVIH.
3. Intensifier l'engagement communautaire dans la lutte contre le VIH et la sensibilisation et la mobilisation de la population sur les mesures appropriées de prévention du VIH, la lutte contre la stigmatisation et le dépistage précoce.
4. Assurer la mise en œuvre effective de la stratégie « Rechercher-Tester-Traiter et Retenir ».
5. 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, y compris en établissant un pont entre la CPN et les visites postnatales pour faciliter l'identification de l'enfant exposé au VIH pendant les séances de vaccination.
6. Améliorer et enrichir l'information stratégique et épidémiologique disponibles sur le VIH par la conduite d'enquêtes bio comportementales visant à identifier les facteurs de risque parmi les différentes populations cibles et à déterminer l'incidence et la prévalence du VIH parmi la population générale et les populations clés.

### **Contrôle des maladies tropicales négligées (leishmaniose, chikungunya, dengue)**

1. Renforcer la surveillance épidémiologique des maladies tropicales négligées.
2. Assurer une disponibilité permanente des médicaments, des réactifs et des tests nécessaires à la prise en charge des maladies tropicales négligées.
3. Renforcer la sensibilisation des individus et des communautés sur les moyens de prévention des maladies tropicales négligées.
4. Renforcer la capacité des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide en améliorant les compétences et en les dotant d'un plateau technique adéquat pour le dépistage et la prise en charge des cas des maladies tropicales négligées.

## **Produit 2.6. La préparation et la réponse aux urgences de santé publique sont renforcées sur toute l'étendue du pays.**

Une bonne préparation aux urgences de santé publique permet de minimiser les risques actuels et émergents et de renforcer la capacité de riposte pour mieux gérer les urgences quand elles surviennent. Djibouti aspire à devenir une nation sécurisée sur le plan sanitaire dotée d'une capacité de prévention, de détection et de riposte adéquates sur toute l'étendue du pays pour prévenir les urgences de santé publique, en particulier les épidémies et les conséquences sanitaires du changement climatique et de l'urbanisation non planifiée.

Dans ce contexte, une préparation et une réponse efficaces aux urgences de santé publique permettront de renforcer la résilience des communautés, du système de santé et du pays, qui contribuera ainsi à renforcer la sécurité sanitaire régionale et internationale.

C'est de cette manière que la bonne gestion des risques et des urgences de santé publique permettra au pays de sauvegarder les acquis et de maintenir les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle et les Objectifs de développement durable.

Le renforcement de la préparation et la réponse aux urgences se fera à travers 7 actions prioritaires qui sont :

1. **Elaborer un plan national de prévention et de gestion des urgences de santé publique qui inclut l'analyse et la mitigation des risques existants et émergents, le renforcement de la surveillance, et l'amélioration de la capacité de riposte aux urgences.**
2. **Conduire une étude de vulnérabilité du secteur de la santé face aux changements climatiques qui permet d'identifier les stratégies de mitigation et d'adaptation en vue de réduire les impacts sanitaires du changement climatique.**
3. **Elaborer un guide national de préparation et de riposte aux urgences de santé publique y compris les conséquences du changement climatique qui récence les étapes à suivre et les ressources nécessaires pour une bonne préparation et une réponse efficace aux urgences de santé publique.**
4. Doter le pays d'un centre national des opérations des urgences avec un espace physique et des ressources humaines, matérielles et financières complètement dédiées à la coordination de la gestion des urgences de santé publique.
5. **Cartographier les zones à haut risque d'épidémies de rougeole, des maladies diarrhéiques, de paludisme et de maladies tropicales négligées et les prioriser pour le renforcement de la vaccination de routine, de l'eau, l'hygiène, et l'assainissement et de la lutte antivectorielle sur la base des risques identifiés, y compris parmi les populations nomades et réfugiées.**
6. **Renforcer les capacités nationales en matière de surveillance et de riposte aux épidémies par le développement des compétences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et l'introduction des technologies nouvelles pour améliorer la qualité et la célérité de transmission de l'information.**
7. Renforcer la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 en adressant les faiblesses identifiées dans les 8 capacités, y compris l'élaboration d'une feuille de route, la nomination des points focaux dans différents secteurs,



l'amélioration de la surveillance des zoonoses, la coordination de la sécurité sanitaire des aliments et la diffusion des rapports épidémiologiques aux régions.

### **Produit 2.7. La lutte contre la malnutrition est renforcée sur toute l'étendue du pays.**

La réduction de la malnutrition sous toutes ses formes est indispensable pour l'atteinte de la Vision 2035 de la République de Djibouti en raison de son impact sur le développement de l'enfant et le développement du capital humain. L'accélération de la réduction de la malnutrition va nécessiter un leadership fort du gouvernement, au-delà du ministère de tutelle, qui s'articule autour d'une réponse multisectorielle qui regroupent les secteurs et intervenant clés (dont la santé, l'agriculture, les affaires sociales et la solidarité, l'éducation, la communication, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la société civile et les communautés) qui devront travailler de concert pour renforcer la synergie et la complémentarité des interventions et en optimiser ainsi l'impact.

Le renforcement de la lutte contre la malnutrition se fera à travers 6 actions prioritaires qui sont :

1. 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 partenaires techniques et financiers.
2. Renforcer la capacité de l'OCNA pour lui permettre de jouer efficacement son rôle d'organe technique pour l'opérationnalisation et le suivi rapproché de la mise œuvre de la politique nationale de la nutrition avec la participation active des principaux acteurs.
3. Elaborer 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.
4. Intensifier la sensibilisation des mères et de leurs communautés sur les pratiques familiales essentielles y compris l'allaitement maternel exclusif sans mélange d'eau jusqu'à 6 mois et l'alimentation complémentaire minimum adéquate du jeune enfant avec des aliments locaux.
5. 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.
6. 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.

## **Produit 2.8. Les services de l'eau, l'hygiène, et l'assainissement sont renforcés sur toute l'étendue du pays.**

L'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement est une composante importante pour l'amélioration de la santé des populations et un résultat important pour l'atteinte de la vision 2035 et les ODD. Ces interventions ont une efficacité prouvée pour réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies hydriques et celles liées au manque d'hygiène.

A Djibouti, le programme national d'approvisionnement en eau potable et assainissement relève du Ministère de l'Agriculture, de l'Eau, de la Pêche, de l'Élevage et des Ressources Halieutiques (MAEPERH). La contribution potentielle et obligatoire de ce secteur aux résultats du PNDS 2020-2024 justifie la mise en place d'un cadre de collaboration multisectorielle qui permet aux deux ministères de travailler étroitement ensemble pour aligner et harmoniser leurs efforts afin d'en assurer la complémentarité et le succès.

Le renforcement des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement se fera à travers 5 actions prioritaires qui sont :

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 Dhikil, d'Obock et de Tadjourah.
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 Dhikil, d'Obock et de Tadjourah.
3. Faire un plaidoyer 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.
4. Faire un plaidoyer 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.
5. 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.

### **3.6.3 La bonne gouvernance avec redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS**

*La bonne gouvernance dans la gestion des services de santé renforcée à travers une redevabilité accrue des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire vis-à-vis des stratégies, des activités et des résultats retenus par le PNDS.*

Une bonne gouvernance dans le secteur de la santé est indispensable pour assurer un leadership fort par le biais de compétences avérées en matière de gestion en mesure de mettre en œuvre des programmes de santé de qualité à grande échelle, d'engager les communautés comme acteur clé et de rallier les partenaires étatiques et internationaux derrière la vision du gouvernement. Le renforcement de la gouvernance et de la redevabilité à Djibouti passe par un renforcement de la capacité des districts sanitaires qui doivent être dotés d'équipes cadres à temps plein, d'une planification annuelle opérationnelle partant de

la base, d'une coordination multisectorielle dirigée par les autorités politico-administratives, d'une redevabilité des acteurs multisectoriels renforcée et d'une coordination renforcée avec les secteurs parapublic et privé.

**Produit 3.1. La décentralisation de la santé est renforcée avec des équipes cadres à temps plein pour améliorer la gestion des districts sanitaires.**

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle de gestion des programmes de santé publique et un maillon important pour une mise en œuvre effective du PNDS 2020-2024. Une gestion efficace des districts sanitaires est indispensable pour assurer la bonne performance du système de santé et l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle.

La gestion des districts sanitaires sera renforcée à travers 3 actions prioritaires :

1. Lors de la révision de la carte sanitaire, la responsabilité de médecin chef du district sanitaire sera séparée de celle du directeur du Centre Médical Hospitalier (CMH) et elle s'appuiera sur des équipes cadres du district sanitaire dédiées à temps plein à la gestion des programmes de santé publique.
2. Développer un plan de déploiement, de développement des capacités et d'accompagnement soutenu des nouvelles équipes cadres des districts sanitaires.
3. Réévaluer les besoins des districts sanitaires et disponibiliser les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour le bon fonctionnement des nouvelles équipes cadres de district sanitaire.

**Produit 3.2. La planification annuelle opérationnelle ascendante est instituée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.**

Pour permettre aux acteurs de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de s'approprier les priorités et les résultats du PNDS, un système de planification annuelle opérationnelle (PAO) ascendante de la base vers le niveau central sera institué. Le PAO deviendra l'instrument par lequel les districts et les sous-districts sanitaires vont identifier leurs priorités pour l'année en accord avec les priorités édictées par le PNDS 2020-2024 et déterminer leur contribution aux résultats qui y sont identifiés. Ce sera aussi le moyen par lequel le Ministère de la santé va donner aux structures centrales et décentralisées des orientations sur les priorités du gouvernement pour l'année et en assurer le contrôle de qualité pendant la revue des plans avant leur approbation et leur financement.

La planification annuelle opérationnelle ascendante sera réalisée à travers 4 actions prioritaires qui sont :

1. Préparer un texte réglementaire sur la planification annuelle opérationnelle comme instrument pour traduire les priorités et stratégies du PNDS 2020-2024 en action à la base et déterminer la contribution de chaque unité opérationnelle aux résultats du PNDS.
2. Développer un guide national de planification annuelle opérationnelle basée sur les ressources disponibles, qui inclut le niveau de district et de sous-district sanitaire avec des outils d'analyse, de priorisation des stratégies et des actions et de budgétisation.
3. Produire les orientations du Ministère de la santé sur les actions et résultats prioritaires du PNDS 2024 à prendre en compte dans le processus de PAO et, en

concertation avec les Ministères des Finances et du Budget, le niveau de financement disponible aux unités opérationnelles.

4. Réviser le système de rapportage annuel pour se focaliser sur le niveau d'exécution du PAO, les défis rencontrés et l'identification des solutions correctrices envisagées pour y remédier.

**Produit 3.3. La coordination multisectorielle de la santé est renforcée sous le leadership des autorités politico-administratives avec une redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS 2020-2024.**

La santé est l'affaire de tous et la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des ODD requiert une réponse multisectorielle qui inclut d'autres secteurs clés tels que l'agriculture, l'eau, la pêche et l'élevage et les ressources halieutiques, l'éducation, l'intérieur, la femme et la famille, les affaires sociales et solidarités, la communication, postes et télécommunications pour n'en mentionner que quelques-uns. A cet égard, le leadership des autorités politico-administratives pour une bonne coordination multisectorielle est primordiale.

La coordination multisectorielle de la santé est renforcée à travers 5 actions prioritaires qui sont :

1. Identifier et instituer des mécanismes de coordination multisectorielle dans les régions sous le leadership des préfets et sous-préfets comme points d'ancrage de la coordination multisectorielle du PNDS 2020-2024.
2. Mobiliser le Ministère délégué à la décentralisation en vue de renforcer la coordination multisectorielle pour une bonne appropriation et une mise en œuvre effective du PNDS 2020-2024 sous le leadership des autorités politico-administratives à tous les niveaux.
3. 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 PNDS 2020-2024 dans un partenariat gagnant-gagnant.
4. Elaborer un cadre de redevabilité transversal qui définit les responsabilités des acteurs dans la multisectorialité et les résultats individuels et collectifs à atteindre comme contribution de l'équipe multisectorielle aux résultats du PNDS 2020-2024.
5. Renforcer les structures de gouvernance communautaire avec la participation des leaders communautaires et des représentants de la société civile comme espace d'expression de besoins et d'engagement de la communauté dans la prise des décisions.

**Produit 3.4. Le système de redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS 2020-2024 est établi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire impliquant les partenaires multisectoriels.**

Le système de redevabilité verticale dans le secteur de la santé sera un instrument qui permettra de tenir les acteurs responsables de leurs actes et de les conduire à faire de meilleurs choix, à travailler plus et à obtenir de meilleurs résultats.

Dans l'esprit des soins de santé primaires, ce système va renforcer l'appropriation des résultats du PNDS 2020-2024 par les acteurs clés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

et la participation communautaire dans le monitoring des actes posés par les professionnels de santé et leurs implications sur la santé de la population.

Le système de redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS sera établi à travers 4 actions prioritaires qui sont :

1. Faire un plaidoyer pour l'institutionnalisation de la redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS 2020-2024 et produire un texte réglementaire comme base de financement des districts et des sous-districts sanitaires.
2. Développer un cadre de redevabilité des acteurs clés vis-à-vis des résultats du PNDS 2020-2024 qui définit les actions et résultats attendus aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
3. Etablir un système d'incitations pour reconnaître les bonnes performances, y compris la mise à échelle du système de financement basé sur la performance.
4. Mettre en place un système de suivi régulier avec publication des résultats sur un tableau de bord de la performance des districts sanitaires pour identifier rapidement les bonnes et les mauvaises performances et guider les actions correctrices à mettre en œuvre.

### **Produit 3.5. L'intégration et la coordination avec le secteur privé est renforcée.**

Le secteur privé est un partenaire clé dans le financement, l'offre et la qualité des prestations de soins. Il est un secteur complémentaire des secteurs public et parapublic sur lequel l'état doit exercer un contrôle bienveillant mais rigoureux, au travers de plusieurs outils d'incitation et de sanction, par exemple le conventionnement, la délivrance stratégique de licences d'exercice et les aides à l'installation.

L'intégration et la coordination avec le secteur privé seront réalisées à travers 5 actions prioritaires qui sont :

1. Développer un cadre réglementaire commun aux différents secteurs (normes standards, protocoles de prise en charge) dont l'inspection assure le suivi de l'application effective.
2. Mettre en place un mécanisme d'attribution stratégique des licences d'exercice pour répondre aux besoins non couverts par le public et instituer des mécanismes d'aides à l'installation.
3. Développer le conventionnement pour assurer une harmonisation des pratiques et des tarifs.
4. Intégrer le secteur privé dans l'exercice de planification conduit par les entités du Ministère de la Santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
5. Mettre en place une plateforme de dialogue et un mécanisme de partage d'information entre le secteur privé et les pouvoirs publics.

### 3.6.4 Un financement adéquat pour assurer la Couverture Sanitaire Universelle

*Le financement adéquat et durable est mobilisé pour faire face aux besoins de la Couverture Sanitaire Universelle et assurer la protection sociale qui évitent aux familles vulnérables de tomber dans la pauvreté à cause du coût de la maladie.*

Le financement du PNDS dans la perspective de la Couverture Universelle devra bénéficier des mécanismes novateurs de mobilisation des ressources suffisantes pour couvrir les besoins identifiés, améliorer l'efficacité dans la gestion pour optimiser l'impact sur investissements et protéger les familles contre le risque d'appauvrissement en raison des coûts des soins de santé. La mobilisation d'un financement adéquat et durable se fera par la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé, le renforcement de la gestion des finances publiques, le renforcement de la coordination avec la CNSS et l'extension de la couverture financière à l'ensemble de la population de Djibouti.

#### **Produit 4.1. Une stratégie de financement de la santé est établie pour améliorer la mobilisation des ressources financières internes et externes en vue de la Couverture Sanitaire Universelle.**

L'amélioration du financement de la santé au Djibouti requiert une bonne compréhension des leviers sur lesquels s'appuyer pour accroître les flux financiers en direction du secteur de la santé. Une bonne stratégie de financement devrait permettre d'augmenter les allocations budgétaires du gouvernement, améliorer l'efficacité dans les allocations et l'exécution des dépenses et harmoniser les contributions des partenaires.

La stratégie de financement de la santé va inclure les 6 actions prioritaires qui sont :

1. Faire la cartographie des flux financiers internes et externes pour identifier les points d'optimisation pour une mobilisation des ressources additionnelles, un bon alignement sur les priorités du PNDS 2020-2024 et une bonne harmonisation des investissements.
2. Augmenter le budget national de la santé à travers la mise en place d'un comité de réflexion multisectorielle autour de l'espace fiscal, le développement d'outils de plaidoyer auprès du ministère du budget et des décideurs politiques et la mise en œuvre des mécanismes de financement novateurs, y compris l'introduction des taxes dédiées à la santé telles que les taxes sur le tabac et sur l'alcool.
3. Augmenter la part contributive de l'Etat dans le financement des intrants stratégiques (vaccins, antituberculeux, ARV) et des programmes prioritaires (PNLT, PLSS, PNLP, PEV).
4. Mutualiser les différentes sources internes et extérieures au travers de la création d'une direction du financement unique et l'utilisation des mécanismes du GAP et de l'IHP+ pour assurer un bon alignement des financements extérieurs sur les priorités nationales.
5. Renforcer la mise en œuvre du partenariat public privé pour la mobilisation des ressources financières du secteur privé.
6. Améliorer le financement des programmes nationaux non soutenus par les bailleurs par le développement de programmes et stratégies spécifiques (par exemple, la

direction des MNT), l'analyse du fardeau épidémiologique et des besoins financiers, et la création d'un service de mobilisation financière pour combler les gaps.

#### **Produit 4.2. La gestion des finances publiques est renforcée pour une bonne efficience dans les allocations aux priorités du PNDS 2020-2024 et dans l'exécution des dépenses.**

Pour améliorer le coût-efficacité des dépenses sanitaires, les capacités de gestion des finances publiques seront renforcées au travers du cycle complet de mise en œuvre du PNDS, de la planification et de la budgétisation depuis l'exécution jusqu'à l'évaluation. Cela passera notamment par une mise à niveau des outils de gestion, une rationalisation des dépenses publiques soutenue par une meilleure gouvernance et un mécanisme d'audit interne et externe.

La gestion des finances publiques sera renforcée à travers 5 actions prioritaires qui sont :

1. Institutionnaliser la planification opérationnelle budgétisée (Plan d'action avec cadre logique et indicateurs financiers) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour aligner les priorités et les résultats de tous avec le PNDS 2020-2024.
2. Renforcer l'exécution budgétaire à travers le développement des outils de gestion (équipement de toutes les cellules de gestion en logiciel ERP, développement des tableaux de bord financiers, des manuels de procédures de gestion et grilles d'évaluation), la mise en place d'ateliers de formation des gestionnaires et l'autonomisation financière des structures de santé.
3. Généraliser et mettre en œuvre l'approche de la gestion financière axée sur les résultats ainsi que le financement basé sur la performance.
4. Renforcer le suivi et évaluation par la mise en place d'audit interne et externe régulier et d'une commission d'évaluation conjointe du Ministère de la santé et du Ministère du budget.
5. Elaborer et utiliser le CDMT sectoriel, en conformité avec le CBMT global.

#### **Produit 4.3. La coordination avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est renforcée pour améliorer les conditions de travail, l'accès aux soins de santé et la protection sociale.**

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) a pris une place centrale dans le système de santé Djiboutien en raison du rôle important qu'elle joue dans le financement de la santé et la protection financière des familles contre les risques de maladie. Le Ministère de la santé devra renforcer la complémentarité entre ces institutions. Cette coordination permettra une réflexion plus large et inclusive sur le financement de la santé à Djibouti, notamment pour ce qui est de la part du financement par l'offre et par la demande, le coût du ticket modérateur et la tarification harmonisée des actes.

La coordination avec la CNSS sera renforcée à travers 2 actions prioritaires qui sont :

1. Mettre en place un mécanisme de coordination entre le Ministère de la Santé, le Ministère des Affaires Sociales et le Ministère du Travail chargé de la réforme de l'Administration.
2. Généraliser la médecine du travail en instituant des visites médicales systématiques et instaurer une culture de gestion des risques dans le milieu professionnel.



#### **Produit 4.4. La couverture financière est étendue à l'ensemble de la population djiboutienne à travers l'Assurance Maladie Universelle.**

L'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle à Djibouti passe obligatoirement par la levée des barrières financières des familles à travers des mécanismes de financement permettant d'élargir la protection sociale bénéficiant au plus grand nombre de personnes dans le besoin, en particulier les pauvres et les plus vulnérables. Dans le cas de Djibouti, il s'agira d'étendre l'Assurance Maladie Universelle (AMU) au secteur informel, d'étendre le Programme d'Assistance Sociale de la Santé (PASS) à l'ensemble des populations éligibles, et d'améliorer la qualité des soins de santé primaires qui profitent à la grande majorité de la population Djiboutienne.

L'extension de la couverture sanitaire se fera à travers certaines actions prioritaires qui sont:

1. Redéfinir les différents paniers de soins ;
2. Redéfinir le parcours des soins coordonnés ;
3. Développer une stratégie multisectorielle de réduction du secteur informel ;
4. Faire du plaidoyer auprès des syndicats du secteur informel structuré pour une contribution volontaire ;
5. Immatriculer et enrôler l'ensemble des individus vivant dans les régions de l'intérieur ;
6. Etendre la couverture du PASS à l'ensemble de la population pauvre et vulnérable éligible ;
7. 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 telles que les migrants et les réfugiés ;
8. Mettre en place un mécanisme de tarification et de paiement adapté et assurant la pérennité de l'AMU .

#### **3.6.5 Un système d'information sanitaire permettant la prise de décisions éclairées**

*Le système d'information sanitaire est renforcé pour assurer une disponibilité permanente et une utilisation régulière des données de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour faciliter la prise des décisions éclairées et opportunes.*

Un système national d'information sanitaire (SNIS) performant est essentiel à la mise en œuvre effective du PNDS pour permettre aux acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de suivre de près la performance au regard des résultats attendus du PNDS et faciliter la prise des meilleures décisions en temps réel pour assurer un progrès constant vers l'atteinte des cibles du PNDS. Le renforcement du SNIS se fera par une réorganisation du SNIS et son repositionnement stratégique au sein du Ministère de la Santé, l'amélioration de la disponibilité des données de routine et celles des enquêtes, l'amélioration de la qualité des données brutes, l'institutionnalisation de l'utilisation des données à la base pour guider la

prise de décisions locales et la transformation digitale du SNIS pour plus d'efficacité et d'agilité.

### **Produit 5.1. L'organisation du système d'information sanitaire est renforcée au sein du Ministère de la santé.**

Le SNIS est un pilier important du système sanitaire. Ce rôle doit être reflété par sa place dans l'organigramme du Ministère de la santé et dans les ressources humaines, matérielles et financières qui lui sont allouées. Pour avoir un SNIS performant qui permette d'instaurer une culture de la prise des décisions basée sur l'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le Ministère de la santé doit capitaliser sur les expériences récentes des programmes verticaux et faire les investissements nécessaires pour en assurer la bonne performance.

L'organisation du SNIS sera renforcée à travers 5 actions prioritaires qui sont :

1. Repositionner le SNIS comme un pilier important du système de santé dans l'organigramme et le budget du Ministère de la santé pour lui assurer une allocation conséquente en ressources humaines, matérielles et financières.
2. Doter la Direction d'Information Sanitaire d'un plan stratégique pour les cinq prochaines années.
3. Favoriser une approche transversale dans le renforcement du SNIS pour mutualiser les ressources, y compris celles des programmes verticaux, pour étendre le succès observé à l'ensemble du système.
4. Mettre en place un comité de coordination du suivi et évaluation qui centralise les données, limite les mécanismes parallèles, gère le partage interne de l'information sanitaire sur une plateforme sécurisée, et valide les données avant le partage externe.
5. Créer un cadre de concertation sur l'information sanitaire avec tous les acteurs clés, y compris avec les structures parapubliques et privées, les ONG et les partenaires au développement.

### **Produit 5.2. La disponibilité des données sur les indicateurs clés du PNDS 2020-2024 est améliorée à travers les données de routine et les enquêtes.**

Les difficultés suscitées par le manque des données qui a caractérisé le PNDS précédant imposent au Ministère de la santé de prioriser la disponibilité des données au début, pendant et à la fin du présent PNDS pour établir une base solide à son évaluation.

Une bonne dissémination des données générées et validées par le comité de coordination du suivi et évaluation sera essentielle pour renforcer la confiance de la population, la redevabilité des acteurs du système et la coordination avec les partenaires techniques et financiers.

La disponibilité des données sera améliorée à travers 4 actions prioritaires qui sont :

1. Réaliser deux enquêtes nationales (EDS-8 ou MICS6), la première en 2020 pour établir une base de référence du PNDS 2020-2024 et, la seconde, en 2024 pour l'évaluation finale de sa contribution du PNDS 2020-2024 à l'amélioration de l'état de santé de la population.

2. Implémenter le DHIS2 sur toute l'étendue du territoire national, notamment par l'acquisition et l'installation de tous les équipements informatiques nécessaires, la formation des utilisateurs, l'interopérabilité avec les autres interfaces informatiques et la maintenance des équipements des NTIC.
3. Mettre en place le processus de validation des données (chronologie de la validation harmonisée) au travers du comité de suivi et évaluation.
4. Renforcer la dissémination de l'information sanitaire synthétisée à travers la mise à jour régulière du site internet du Ministère de la santé et la production et vulgarisation de l'annuaire statistique ciblant les résultats du PNDS.

**Produit 5.3. La qualité et l'utilisation des données de routine produites à tous les niveaux du SNIS sont améliorées.**

Les données du SNIS ne seront utiles aux acteurs et décideurs que si elles sont de bonne qualité. La production dans les délais de données de qualité est une caractéristique essentielle d'un système d'information performant. La production des données de qualité est la responsabilité de tous et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle passe par la valorisation de l'importance de l'information dans les efforts d'améliorer la santé de la population. Aussi, pour avoir une vue globale de la situation sanitaire, il est indispensable de mutualiser les données des secteurs clés, tant public, parapublic que privé.

La qualité et l'utilisation des données seront améliorées à travers 4 actions prioritaires qui sont :

1. Instaurer le monitoring décentralisé au niveau des communautés, des secteurs, des sous-districts, des districts sanitaires et du Ministère de la Santé pour renforcer l'appropriation des résultats du PNDS à tous les niveaux et engager la base dans la vérification de la qualité des données et l'auto-évaluation de leur performance.
2. Renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux sur la collecte, la vérification de la qualité, l'analyse, et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décisions.
3. Actualiser et distribuer à toutes les formations sanitaires publiques et privées les outils de collecte et d'analyse de l'information sanitaire tels que manuels de procédure de collecte, le registre de données et la grille d'évaluation de la qualité de la donnée ; ces outils seront adaptés à chaque niveau et prendront en compte les besoins des différents secteurs.
4. Renforcer les mécanismes de monitoring de la qualité et de validation des données à tous les niveaux sous le leadership et la supervision du comité de suivi et évaluation.

**Produit 5.4. La transformation digitale du SNIS est accomplie en collaboration avec toutes les parties prenantes.**

La transformation digitale est une priorité majeure du secteur de la santé, portée par une forte volonté politique affichée au plus haut sommet de l'état. Elle permettra l'utilisation des technologies nouvelles pour résoudre les défis liés à la qualité, la complétude et la promptitude de l'information sanitaire. Djibouti a déjà introduit un certain nombre de solutions digitales bien que de manière non systématique, souvent initiées par les

programmes verticaux. Une stratégie coordonnée doit être mise sur pied pour un déploiement à l'échelle nationale dans une mutualisation des efforts entre les différentes parties prenantes pour résoudre les goulots identifiés dans le SNIS et assurer l'interopérabilité des différentes plateformes.

La transformation digitale du SNIS sera réalisée à travers 4 actions prioritaires qui sont :

1. Mettre en place un comité de pilotage de la transformation digitale chargé d'identifier les besoins en information des différents acteurs et suggérer des solutions pour une bonne interopérabilité des plateformes.
2. Assurer un déploiement des solutions digitales sur toute l'étendue nationale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
3. Développer la capacité des utilisateurs du SNIS à tous les niveaux pour une utilisation optimale des technologies nouvelles déployées.
4. Faire un suivi rapproché de l'utilisation et de la performance des technologies nouvelles dans le SNIS sous leadership et la supervision du comité de suivi et évaluation.

## Chapitre 4. Les Ressources du PNDS 2020-2024

L'atteinte des résultats du PNDS 2020-2024 dépendra largement de la capacité du gouvernement et de ses principaux partenaires à mobiliser les ressources nécessaires pour assurer une bonne gestion des programmes et des établissements sanitaires, une offre des services et des soins de santé de qualité qui ne laisse personne pour compte et une prestation de qualité tenant compte de la satisfaction des bénéficiaires. Les besoins en ressources ont été estimés en consultation avec les spécialistes en la matière du Ministère de la Santé pour permettre au pays d'atteindre les couvertures effectives du PNDS 2020-2024 et avancer ainsi vers le but ultime d'assurer une santé optimale à tous, en particulier aux populations les plus vulnérables, en ligne avec la Vision 2035.

Les ressources sont présentées par catégorie, par niveau et par an pour faciliter la planification opérationnelle annuelle du Ministère de la santé et assurer un bon alignement avec le budget de l'état de chacune de cinq années de mise en œuvre du PNDS 2020-2024.

### 4.1 Les infrastructures, équipements et laboratoires

La mobilisation des ressources dans cette catégorie visera à acquérir des nouvelles infrastructures pour améliorer la proximité des populations vis-à-vis des services et soins de santé. La priorité sera accordée aux populations pauvres et éloignées des structures de santé existantes. Il s'agira de réhabiliter les infrastructures existantes et de les équiper pour s'assurer qu'elles répondent aux normes et standards définis dans la carte sanitaire et au paquet minimum d'activités déterminé pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le tableau ci-après résume les besoins pour les cinq ans du PNDS 2020-2024.

Tableau 4. 1 Besoins en infrastructures

Catégories	2020	2021	2022	2023	2024	Total du PNDS
<i>Postes de santé</i>						
A construire	2	3	3	2	0	10
A réhabiliter	4	4	4	4	3	19
A équiper	0	4	4	4	4	16
<i>Centres de santé</i>						
A construire	0	1	1	1	0	3
A réhabiliter	1	1	1	1	1	5
A équiper	0	2	2	2	2	8
<i>Structures parapubliques</i>						
A construire	0	0	0	0	0	0
A réhabiliter	0	1	0	1	0	2
A équiper	0	0	0	0	0	0
<i>Centres polycliniques</i>						
A construire	0	1	0	0	0	1
A réhabiliter	0	1	1	1	0	3
A équiper	0	0	0	0	0	0
<i>Centres médico-hospitaliers des régions</i>						
A construire	0	1	0	0	0	1
A réhabiliter	1	1	1	1	1	5

Catégories	2020	2021	2022	2023	2024	Total du PNDS
A équiper	0	1	0	0	0	1
<i>Centres spécialisés</i>						
A construire	0	0	0	0	0	0
A réhabiliter	0	0	1	0	0	1
A équiper	0	0	1	0	0	1
<i>Hôpitaux spécialisés</i>						
A construire	0	0	0	0	0	0
A réhabiliter	0	1	1	1	0	3
A équiper	0	0	0	0	0	0
<i>Hôpitaux publiques</i>						
A construire	0	1	0	0	0	1
A réhabiliter	0	0	0	1	0	1
A équiper	0	0	0	0	0	0

Tableau 4. 2 Besoins en matériels roulants

Catégories	2020	2021	2022	2023	2024	Total du PNDS
Véhicules de mission						
• Toyota Hard top	10	9	14	14	14	61
Véhicules utilitaires						
• Toyota Dyna	2	1	1	2	2	8
• Toyota Hilux	1	1	1	1	1	5
• Ambulance	6	6	8	7	8	35
Motos	12	12	13	13	14	64

De façon générale, 16 nouvelles infrastructures seront construites, 39 seront réhabilitées et 27 seront renforcées en équipement au cours de l'exercice du PNDS 2020-2024. Le renforcement du parc automobile au niveau primaire va faciliter la mise en œuvre des activités en stratégies avancées et en stratégies mobiles. En s'inspirant des expériences antérieures, une ligne budgétaire sera créée dans le budget du Ministère de la Santé pour la réhabilitation et l'entretien des infrastructures et des équipements.

## 4.2 Les ressources humaines

La stratégie nationale de développement et d'optimisation de l'utilisation des ressources humaines qui seront déployées au cours de ce PNDS 2020-2024 permettra de renforcer les compétences locales et de placer les personnes qu'il faut à la place qu'il faut. Les estimations ci-dessous ont pris en compte le personnel existant dans le système de santé du Djibouti et le nouveau personnel repris pour les nouvelles structures de santé selon les pratiques ci-après :

- Poste de santé : 1 infirmier diplômé d'état, 1 aide infirmier, 1 matrone, 1 agent de santé communautaire.
- Centre de santé : 2 médecins minimum, 4 infirmiers diplômés d'état, 4 sages-femmes (ou 2 pour les centres sans maternité), 2 techniciens de laboratoire, 1 préparateur en pharmacie, 1 gestionnaire, 1 caissier, 1 secrétaire, 1 agent de PEV et 1 agent DOTS.

- Les CMH : 3 médecins généralistes, 1 médecin dentiste, 8 sages-femmes diplômées d'état, 4 matrones, 4 techniciens de laboratoire, 1 technicien supérieur en ophtalmologie, 1 technicien supérieur en psychiatrie.

*Tableau 4. 3 Besoins en ressources humaines en santé*

Types de personnel	Emploi	Total prévu dans le système (Nouveaux recrutements)					
		2020	2021	2022	2023	2024	Total nouveaux
Fournisseur des services de santé	Aide-soignant et autre aide	274(0)	274(0)	274(0)	274(0)	274(0)	0
	ASC (Agent de Santé Communautaire)	107 (0)	107 (0)	107 (0)	107 (0)	107 (0)	0
	Auxiliaire Infirmier	3 (0)	3(0)	3(0)	3(0)	3(0)	0
	Auxiliaire Laborantin	2(0)	2(0)	2(0)	2(0)	2(0)	0
	Infirmier Diplômé d'Etat	148(0)	148(38)	186(0)	186(0)	186(0)	38
	Laborantin diplômé d'état	190(0)	190(35)	225(0)	225(0)	225(0)	35
	Matrone	63(0)	63(0)	63(0)	63(0)	63(0)	0
	Médecin Généraliste/Spécialiste	207(0)	207(26)	233(0)	233(0)	233(0)	26
	Sage-femme diplômée d'état	76(0)	76(15)	91(0)	91(0)	91(0)	15
	Technicien de santé	419(0)	419(0)	419(0)	419(0)	419(0)	0
	TSS (Technicien Supérieur de Santé)	1179(0)	1179(15)	1194(0)	1194(0)	1194(0)	15
	Sous Total	2668(0)	2668(129)	2797(0)	2797(0)	2797(0)	129
Gestion de la santé et du personnel de soutien	Administrateur civil	224(0)	224(0)	224(0)	224(0)	224(0)	0
	Agent administratif	100(0)	100(0)	100(0)	100(0)	100(0)	0
	Agent d'hygiène	111(0)	111(0)	111(0)	111(0)	111(0)	0
	APS	26(0)	26(0)	26(0)	26(0)	26(0)	0
	Assistant comptable	8(0)	8(0)	8(0)	8(0)	8(0)	0
	Assistante sociale	1(0)	1(0)	1(0)	1(0)	1(0)	0
	Autres	250(0)	250(0)	250(0)	250(0)	250(0)	0
	Caissier	15(0)	15(0)	15(0)	15(0)	15(0)	0
	Chauffeur	66(0)	66(0)	66(0)	66(0)	66(0)	0
	Comptable	3(0)	3(0)	3(0)	3(0)	3(0)	0
	Gardien	48(0)	48(0)	48(0)	48(0)	48(0)	0
	Gestionnaire	6(0)	6(0)	6(0)	6(0)	6(0)	0
	Ouvrier	5(0)	5(0)	5(0)	5(0)	5(0)	0
	Secrétaire	195(0)	195(0)	195(0)	195(0)	195(0)	0
	Technicien de surface	152(0) (0)	152(0) (0)	152(0) (0)	152(0) (0)	152(0) (0)	0
	Sous Total	1210(0)	1210(0)	1210(0)	1210(0)	1210(0)	0
Total		3878(0)	3878(129)	4007(0)	4007(0)	4007(0)	129

Dans la perspective de renforcement des soins de santé primaire, la priorité sera accordée dans l'ordre ascendant de la pyramide sanitaire en commençant par le niveau 1 dans le souci d'égaliser l'accès aux services et aux soins de qualité pour les populations éloignées et d'accès difficile, en particulier dans le milieu rural des régions de Dikhil, Obock et Tadjourah.

### 4.3 Les médicaments essentiels et autres produits pharmaceutiques

La disponibilité permanente et l'utilisation rationnelle des intrants de qualité sont essentielles à l'atteinte des objectifs du PNDS 2020-2024. L'estimation des besoins en médicaments essentiels et en produits pharmaceutiques et autres intrants, tels que les produits de réhabilitation nutritionnelle, a pris en compte les couvertures des interventions à haut impact au début du présent PNDS en l'an 2020 et les couvertures projetées pour l'an 2024. La liste des intrants planifiés est basée sur la liste nationale des médicaments essentiels et est disponible dans l'annexe 2.

La politique de financement des médicaments essentiels sera améliorée ensemble avec le système d'approvisionnement, les compétences des acteurs et la gestion de la logistique pour assurer que ces produits sont disponibles en tout temps et en tout lieu et éviter les ruptures de stock.



## Chapitre 5 : Le Financement du PNDS 2020-2024

### 5.1 Méthodologie d'estimation du financement du PNDS 2020-2024

L'estimation des besoins réels de financement du PNDS 2020-2024 a été réalisée avec l'outil OneHealth à travers la mise à jour de la projection 2014-2019. Cet outil permet d'estimer les coûts des interventions en fonction du niveau de leur mise à échelle en vue d'atteindre les objectifs fixés. Le guide d'utilisation de l'outil OneHealth est disponible à l'adresse suivante <https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>.

La mise à jour a consisté en la révision des paramètres ci-après : Les couvertures de base et les cibles annuelles visées par chaque programme, les besoins du système de santé pour la période 2020-2024, les coûts unitaires et les données macroéconomiques de l'espace financier.

**Couvertures de base et cibles annuelles visées par chaque programme :** La mise à jour des données des couvertures de base et des cibles pour 2024 a été faite par les représentants des services de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé de la reproduction, du PEV, de la nutrition, des programmes paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, eau, assainissement, hygiène et du service des maladies non transmissibles :

- Pour les données de base, ont été utilisés les rapports d'activités des programmes, les annuaires statistiques et les enquêtes et études les plus récentes.
- Pour la détermination des cibles pour 2024, ont été utilisés la performance des programmes, les documents sectoriels et les engagements internationaux.

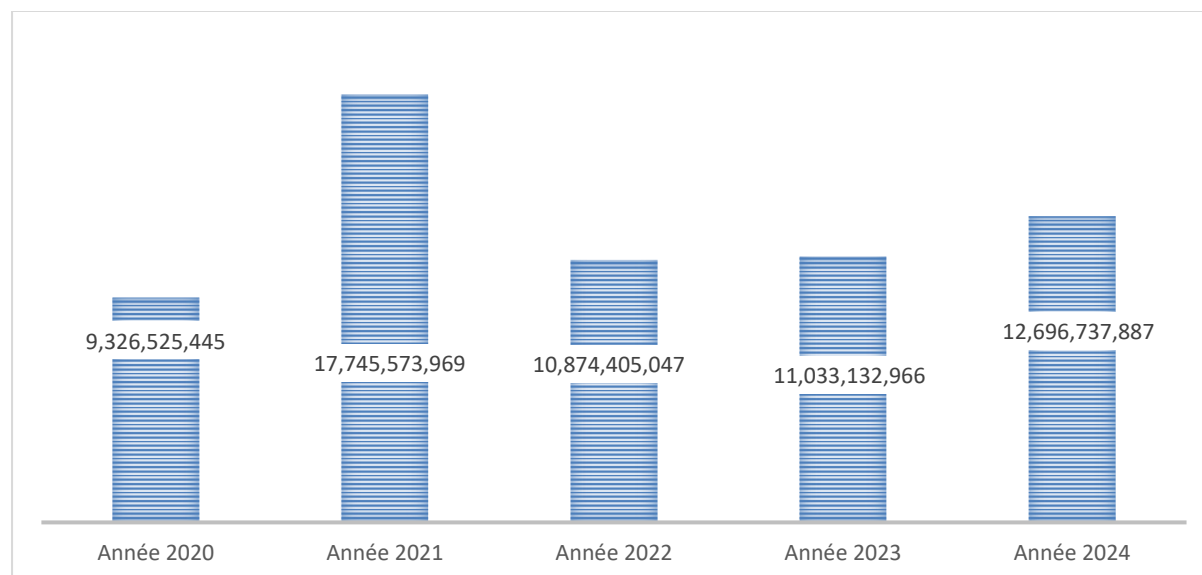
**Besoins du système de santé pour la période 2020-2024 :** Les spécialistes du Ministère de la santé sur les questions des ressources humaines, des infrastructures, de l'équipement et de la logistique ont fait le bilan de l'existant et exprimé les besoins pour les années à venir en consultation avec les principaux informateurs.

**Coûts unitaires :** Durant l'atelier du 12 au 13 janvier 2020, les spécialistes des médicaments, des intrants et de la gestion des approvisionnements ont formé un groupe de travail pour actualiser les coûts unitaires contenu dans l'outil OneHealth. A la suite de leur travail, les coûts unitaires des médicaments et des intrants ont été mis à jour. Les autres coûts unitaires ont été révisés en se basant sur les budgets existants, le plan de déploiement du DHIS2 et le détail du budget du Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme.

**Données de l'espace financier :** Pour la collecte des données relatives à l'espace financier, une séance de travail le 12 janvier 2020 avec le Ministère du Budget et une équipe des consultants du FMI. Durant cette séance de travail, le ministère de la santé et le Ministère du budget ont discuté de l'environnement économique et du cadrage macroéconomique et convenu de renforcer la communication entre les deux ministères lors de l'élaboration du budget pour assurer un bon alignement du budget national avec les besoins du PNDS 2020-2024.

## 5.2 Budget du PNDS 2020-2024

Le coût total du PNDS 2020-2024 est estimé à 61 676 375 315 FDJ (348 454 098 USD) soit un coût moyen annuel 12 335 275 063 FDJ (69 690 820 USD) avec un pic au niveau de 2021 à cause de l'investissement relatif au nouvel hôpital public. Le coût moyen par tête d'habitant par an est estimé à 13 100 FDJ (74 USD).



Graphique 5. 1: Evolution du budget du PNDS 2020-2024

## 5.3 Analyse du Budget du PNDS 2020-2024

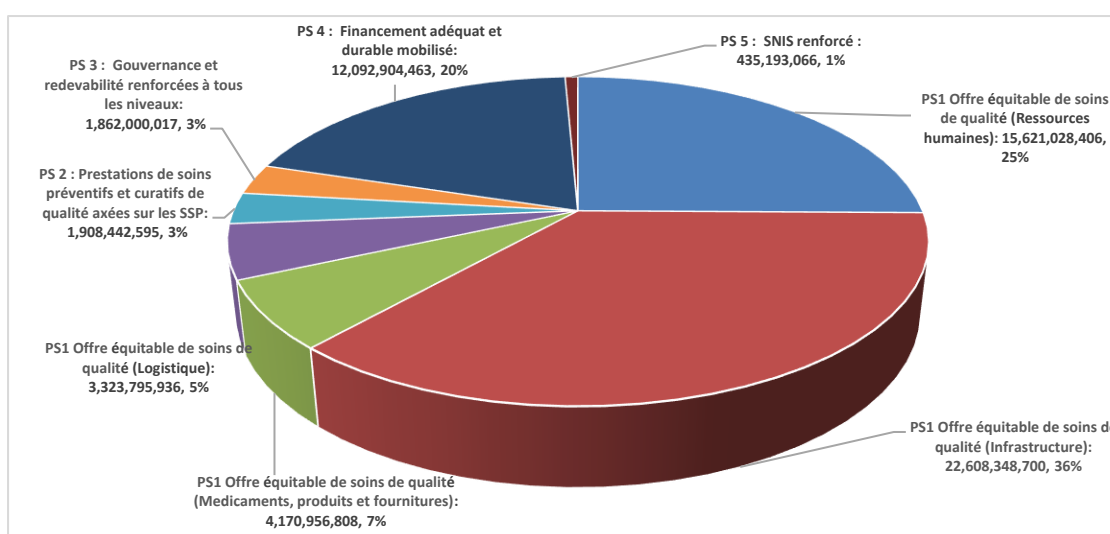
Le budget du PNDS 2020-2024 est présenté ici par priorité stratégique, pour illustrer le poids financier de chaque priorité stratégique et faciliter l'alignement du budget national avec ces priorités.

Tableau 5. 1: Budget du PNDS 2020-2024 selon les piliers stratégiques

Priorité stratégique du PNDS	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
PS 1 : L'offre équitable de soins de qualité	7 116 348 508	14 955 483 364	7 552 540 465	7 636 422 742	8 117 040 095	45 377 835 174	73,57%
PS 2 : Les prestations de soins de qualité axées sur les SSP	304 173 226	488 453 092	670 973 492	131 341 692	313 501 092	1 908 442 595	3,09%
PS 3 : La bonne gouvernance avec recevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS	471 200 004	503 200 002	308 200 004	271 200 002	308 200 004	1 862 000 017	3,02%
PS 4 : Le financement adéquat et durable	1 329 240 256	1 727 704 992	2 259 127 636	2 923 436 012	3 853 395 566	12 092 904 463	19,61%

<b>PS 5 : Le SNIS performant avec des données disponibles en temps réel</b>	105 563 450	70 732 518	83 563 450	70 732 518	104 601 130	435 193 066	0,71%
<b>Total</b>	<b>9 326 525 445</b>	<b>17 745 573 969</b>	<b>10 874 405 047</b>	<b>11 033 132 966</b>	<b>12 696 737 887</b>	<b>61 676 375 315</b>	<b>100%</b>

La première priorité stratégique relative à l'offre équitable de soins de qualité représente 73,57% du budget du PNDS 2020-2024. Cette priorité renferme les ressources humaines, les infrastructures et équipements, les intrants et les médicaments essentiels. Le gros du financement, environ 36% du budget, est alloué à la construction et à la réhabilitation des infrastructures sanitaires. La quatrième priorité stratégique sur le financement adéquat et durable représente 20% du budget du PNDS 2020-2024 et devra augmenter chaque année de 30%. Les trois autres priorités stratégiques représentent moins de 7% du budget du PNDS 2020-2024.



Graphique 5. 2: Répartition du budget du PNDS 2020-2024 selon rubriques budgétaire

Tableau 5. 2 : Budget du PNDS 2020-2024 selon les programmes

Programme	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<b>Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction</b>						
Coût des programmes	5 776 000	4 976 000	185 776 000	4 976 000	5 776 000	207 280 000
Médicaments, produits et fournitures	78 177 606	79 119 041	82 815 635	86 533 970	90 274 483	416 920 736
Total Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	83 953 606	84 095 041	268 591 635	91 509 970	96 050 483	624 200 736
<b>Santé infantile</b>						
Coût des programmes	4 100 000	4 100 000	4 900 000	4 100 000	4 100 000	21 300 000
Médicaments, produits et fournitures	118 948 039	122 159 158	125 518 957	129 222 593	133 292 757	629 141 504
Total Santé infantile	123 048 039	126 259 158	130 418 957	133 322 593	137 392 757	650 441 504
<b>Immunisation</b>						
Coût des programmes	5 776 000	185 776 000	5 776 000	5 776 000	5 776 000	208 880 000
Médicaments, produits et fournitures	52 432 580	53 268 497	54 125 562	54 939 659	55 732 542	270 498 840
Total Immunisation	58 208 580	239 044 497	59 901 562	60 715 659	61 508 542	479 378 840
<b>Paludisme</b>						

Coût des programmes	6 576 000	186 576 000	6 576 000	6 576 000	6 576 000	212 880 000
Médicaments, produits et fournitures	79 631 263	86 928 415	94 337 394	101 841 975	109 442 548	472 181 595
Total Paludisme	86 207 263	273 504 416	100 913 394	108 417 975	116 018 548	685 061 595
<b>TB</b>						
Coût des programmes	5 033 184	5 033 184	185 033 184	5 033 184	5 033 184	205 165 920
Médicaments, produits et fournitures	67 849 326	68 976 923	70 115 741	71 272 861	72 453 281	350 668 131
Total TB	72 882 510	74 010 107	255 148 925	76 306 045	77 486 465	555 834 051
<b>VIH/SIDA</b>						
Coût des programmes	11 417 000	14 957 000	195 877 400	17 045 600	19 205 000	258 502 000
Médicaments, produits et fournitures	86 675 108	93 518 486	100 420 308	107 505 539	114 388 675	502 508 116
Total VIH/SIDA	98 092 108	108 475 486	296 297 708	124 551 139	133 593 675	761 010 116
<b>Nutrition</b>						
Coût des programmes	5 776 000	4 976 000	4 976 000	5 776 000	184 976 000	206 480 000
Médicaments, produits et fournitures	45 348 397	43 993 283	43 172 455	42 786 242	42 905 293	218 205 669
Total Nutrition	51 124 397	48 969 283	48 148 455	48 562 242	227 881 293	424 685 670
<b>Eau, Assainissement et Hygiène</b>						
Coût des programmes	4 176 000	4 176 000	4 176 000	4 176 000	4 176 000	20 880 000
Total Eau, Assainissement et Hygiène	4 176 000	4 176 000	4 176 000	4 176 000	4 176 000	20 880 000
<b>Les maladies non transmissibles</b>						
Coût des programmes	183 376 000	3 376 000	3 376 000	3 376 000	3 376 000	196 880 000
Médicaments, produits et fournitures	186 804 601	213 415 275	240 893 224	269 265 266	298 543 795	1 208 922 162
Total Les maladies non transmissibles	370 180 601	216 791 275	244 269 224	272 641 266	301 919 795	1 405 802 162
<b>Total des coûts du programme</b>	<b>947 873 104</b>	<b>1 175 325 263</b>	<b>1 407 865 860</b>	<b>920 202 890</b>	<b>1 156 027 558</b>	<b>5 607 294 674</b>

Le budget est aussi présenté par programme pour illustrer le poids financier de chaque programme dans le PNDS 2020-2024 et faciliter une harmonisation avec les financements externes octroyés par les bailleurs et les partenaires au développement. Le budget des programmes présentés ici n'inclut que les coûts opérationnels et ceux des médicaments, produits et fournitures. Il exclut les coûts des ressources humaines et des infrastructures.

#### 5.4 Espace budgétaire pour le financement du PNDS 2020-2024

Le budget du PNDS 2020-2024 sera mobilisé auprès de l'Etat, des partenaires au développement, de l'Assurance Maladie Universelle ainsi que du secteur privé. Des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources seront entreprises, appuyées par la tenue d'une table ronde des bailleurs potentiels pour le financement dudit plan. Le financement disponible pour le PNDS 2020-2024 sur la base des contributions actuelles est de 44,195 milliards de FDJ. Le déficit de financement est alors de 17,5 milliards FDJ.

Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
<p>1. <b>Le Gouvernement :</b> Le gouvernement conserve le budget 2020 pour les autres 4 prochaines années.</p> <p>2. <b>Les Partenaires au développement :</b> Les Partenaires maintiennent leur niveau actuel de financement jusqu'en 2024</p> <p>3. <b>Dépenses directes des ménages :</b> Les paiements directs des ménages sont maintenus à leur niveau actuel jusqu'en 2024.</p>	<p>1 <b>Le Gouvernement :</b> Le gouvernement conserve la moyenne de budget (2019 et 2020) pour les 4 prochaines années</p> <p>2 <b>Les Partenaires au développement :</b> Les Partenaires maintiennent leur niveau actuel de financement jusqu'en 2024</p> <p>3 <b>Dépenses directes des ménages :</b> Les paiements directs des ménages sont maintenus à leur niveau actuel jusqu'en 2024.</p>	<p>1. <b>Le Gouvernement :</b> Le gouvernement devra consentir une augmentation annuelle de 17% du budget de la santé dont une augmentation considérable à l'AMU. Conformément à la politique du gouvernement d'élargir la AMU, la part du financement provenant de l'assurance maladie devra augmenter de 30% chaque année.</p> <p>2. <b>Les Partenaires au développement :</b> Les Partenaires devraient au moins maintenir leur niveau actuel de financement jusqu'en 2024 et au mieux augmenter leur contribution surtout dans les dépenses non récurrentes comme la construction et la réhabilitation des infrastructures pour permettre au gouvernement d'investir plus dans l'AMU.</p> <p>3. <b>Dépenses directes des ménages :</b> Conformément à la politique du gouvernement de lever les barrières financières d'accès aux soins, les paiements directs des ménages devraient diminuer de 50% entre 2020 et 2024.</p>

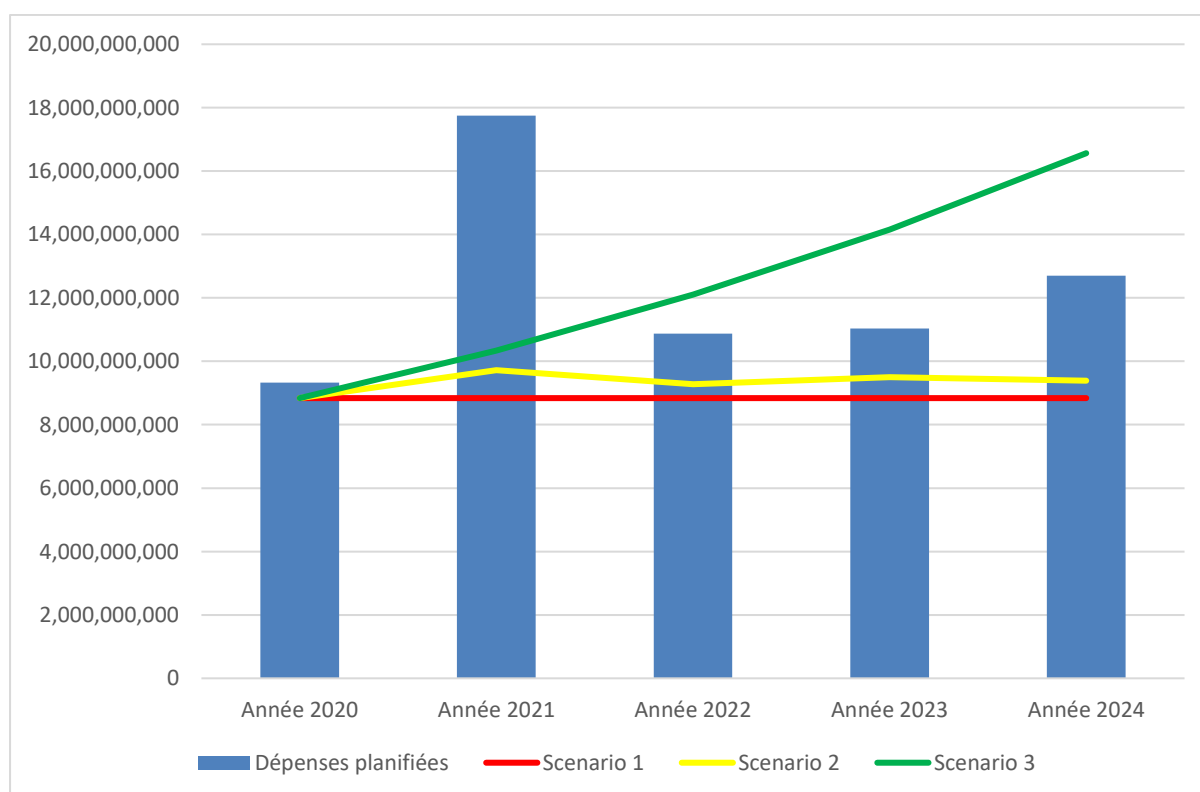
Tableau 5. 2 Dépenses planifiées versus espace fiscal (Dépenses publiques générales en santé)

	2020	2021	2022	2023	2024
Dépenses planifiées	9 326 525 441	17 745 573 967	10 874 405 043	11 033 132 964	12 696 737 883
Espace Financier, Scénarios					
Scenario 1	8 839 000 001	8 839 000 001	8 839 000 001	8 839 000 001	8 839 000 001
Scenario 2	8 839 000 001	9 719 499 999	9 279 249 999	9 499 375 000	9 389 312 500
Scenario 3	8 839 000 001	10 341 630 001	12 099 707 101	14 156 657 308	16 563 289 051

Des trois scénarios proposés, le troisième présente l'hypothèse la plus réaliste pour la soutenabilité du financement du PNDS 2020-2024 en s'appuyant sur les trois principales sources potentielles de financement. :

- 4 Le Gouvernement** : Le gouvernement devra consentir une augmentation annuelle de 17% du budget de la santé dont une augmentation considérable à l'AMU. Conformément à la politique du gouvernement d'élargir la AMU, la part du financement provenant de l'assurance maladie devra augmenter de 30% chaque année.
- 5 Les Partenaires au développement** : Les Partenaires devront au moins maintenir leur niveau actuel de financement jusqu'en 2024 et au mieux augmenter leur contribution surtout dans les dépenses non récurrentes comme la construction et la réhabilitation des infrastructures pour permettre au gouvernement d'investir plus dans l'AMU.
- 6 Dépenses directes des ménages** : Conformément à la politique du gouvernement de lever les barrières financières d'accès aux soins, les paiements directs des ménages devraient diminuer de 50% entre 2020 et 2024.

Comme l'indique le graphique ci-dessous les hypothèses formulées pour la mobilisation des ressources permettront de couvrir tous les besoins en matière de financement pour le PNDS 2020-2024.



Graphique 5. 3: Analyse de l'espace financier

## Chapitre 6. Cadre de référence et de mise en œuvre du PNDS 2020-2024

### 6.1 Le cadre de référence

A travers les stratégies adoptées dans le pays, le PNDS 2020-2024 s'inscrit dans la Vision 2035 de la République de Djibouti. Il constitue le cadre de mise en œuvre de la SCAPE 2015-2019 (Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi) pour le secteur de la santé, elle-même arrimée à la Vision 2035. Ce PNDS 2020-2024 se veut aussi le cadre d'accélération de l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.

Cet arrimage avec les politiques nationales et les ODD se matérialise comme suit :

- **Avec la vision 2035, à travers son Pilier 4** sur la Consolidation du capital humain et qui vise « Une politique sanitaire globale axée sur la prévision, la prévention et l'éducation sensibilisation », et inclue deux composantes intimement liées, qui sont : (1) La production des prestations sanitaires et la prise en charge de celles-ci pour contribuer efficacement à réduire la morbidité et la mortalité liées aux grandes endémo pandémies, particulièrement sur les groupes cibles les plus vulnérables, la mère et l'enfant et ; (2) La recherche des meilleures voies d'instaurer un système de protection sociale pour tous (notamment l'assurance maladie universelle).
- **Avec les Objectifs de développement durable, à travers l'objectif 2 et l'objectif 3 :**
  - L'Objectif 2 des ODD vise à « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable. »
  - L'Objectif 3 des ODD vise à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. »

### 6.2 Le cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS 2020-2024 sera coordonnée par plusieurs structures au niveau central et périphérique.

#### Au niveau central

**Le Cadre de Coordination Stratégique de la Santé (CCSS) :** Il est intersectoriel et multisectoriel. Il sera mis en place par un texte réglementaire qui réunit le Ministère de la Santé avec les autres secteurs, les partenaires techniques et financiers (PTF), le secteur privé et la société civile. Cette structure remplacera le GPS (Groupe des Partenaires de la Santé) et va offrir un cadre de concertation des principaux partenaires de la santé afin de faciliter un bon alignement et une harmonisation des actions des uns et des autres pour une mise en œuvre effective du PNDS 2020-2024.

**Le Secrétariat Technique (ST) :** Le ST aura pour tâche essentielle d'opérationnaliser la mise en œuvre et le suivi-évaluation du PNDS 2020-2024 et de documenter les réunions du CCSS. Il sera mis en place par arrêté ministériel et sera composé d'une équipe restreinte de cadres du Ministère de la Santé. Il assurera la coordination, l'alignement et le leadership de la mise en œuvre du PNDS 2020-2024.

La participation des PTF à cette instance de coordination est capitale pour permettre la mise en commun des agendas et des ressources et faire coïncider les différents cycles de planification respectifs sous le leadership du Gouvernement, dans l'esprit de la Déclaration de Paris et de

l'atteinte des ODD. Ceci va faciliter une bonne collaboration dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation du PNDS 2020-2024.

La participation de la société civile, du secteur privé et des ordres professionnels de la santé à cette instance est également importante pour accompagner la déclinaison de la politique nationale de santé en direction de la satisfaction des besoins essentiels des bénéficiaires et l'alignement des stratégies sectorielles nationales avec la Vision 2035 du Gouvernement.

### **Au niveau périphérique**

**Le cadre de coordination multisectorielle régionale (CCMR) :** Placée sous la responsabilité du préfet, cette structure va servir de cadre de coordination de la mise en œuvre du PNDS 2020-2024 au niveau des régions avec la participation active des autres secteurs, des PTF, du secteur privé et de la société civile. Elle va permettre aux autorités politico-administratives au niveau des régions de prendre le leadership dans la mise en œuvre du PNDS 2020-2024, d'en assurer un suivi rapproché et de renforcer la redevabilité des principaux partenaires vis-à-vis des résultats dans une perspective multisectorielle qui tiennent compte des défis liés aux déterminants de la santé.

**Le secrétariat technique régional (STR) :** Cette fonction sera assurée par les équipes cadres des districts sanitaires. Ces équipes vont diriger techniquement l'opérationnalisation du PNDS 2020-2024, en particulier la planification opérationnelle annuelle et le suivi rapproché de sa mise en œuvre. Elles vont servir de secrétariat aux CCMR pour documenter les réunions et suivre la mise en œuvre des recommandations. La participation des partenaires techniques et financiers, du secteur privé et de la société civile est essentielle pour fédérer les ressources et aligner les actions des principaux partenaires avec les priorités du PNDS 2020-2024 pour plus de synergie et de complémentarité dans les efforts.

## **6.3 Les outils de la mise en œuvre**

**Les Plans Opérationnels Annuels :** La mise en œuvre du PNDS 2020-2024 se fera à travers des Plans Opérationnels Annuels (POA) développés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans une approche de planification ascendante qui part des postes de santé et des centres de santé communautaires vers les districts sanitaires et des districts sanitaires vers le ministère de la santé. Dès l'adoption du PNDS 2020-2024, le Ministère de la santé va développer les directives nationales de Planification Opérationnelle Annuelle comme document de référence qui donne des orientations aux districts sanitaires sur les priorités du PNDS 2020-2024 à considérer pour l'année du POA. Les directives renseignent aussi sur le niveau de financement disponible pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire avec une attention particulière accordée au niveau primaire dans le cadre du renforcement des soins de santé primaire. Elles seront émises chaque année au cours d'un atelier national de lancement de la planification organisé avec tous les districts sanitaires pour en assurer une bonne compréhension et appropriation. A leur tour, les districts sanitaires vont organiser des ateliers régionaux de dissémination avec les postes de santé et les centres médico-hospitaliers des régions pour transmettre et expliciter les recommandations du Ministère de la Santé sur le POA.

Le processus s'étendra sur une période de six mois, de mai à novembre, pour que tous les POA soient revus et approuvés au plus tard au mois de novembre de chaque année. Dans ce processus, les équipes cadres de districts sanitaires assureront la qualité des POA des postes de santé et des centres médico-hospitaliers de leur région avant de les agréger dans un POA du district sanitaire. De sa part, sous le leadership de la direction des études, de la planification et de la coopération internationale (DEPCI), le ministère de la santé s'assurera la qualité des POA des districts sanitaires



et des directions avant de les consolider dans un POA national du ministère de la santé. L'assurance et le contrôle qualité exercés par le ministère et les districts sanitaires seront les mécanismes qui permettront d'aligner les efforts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et par les principaux acteurs avec les priorités et les résultats du PNDS 2020-2024.

Les POA seront la déclinaison du PNDS 2020-2024. Ils identifieront les activités à mener sur la période pour chaque priorité stratégique. Les activités identifiées seront programmées et budgétisées et les responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre seront précisées. Chaque année, les POA seront évalués puis actualisés pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendre en compte les besoins de l'année suivante exprimés dans les directives de POA du ministère de la santé. Ainsi, les POA seront triennaux et glissants. Ces plans serviront de base pour le développement des PPDAP du ministère de la santé.

**Les réunions de coordination.** Le suivi de la mise en œuvre du PNDS sera effectué mensuellement à travers les réunions de coordination du ST et des STR et trimestriellement à travers les réunions du CCSS et des CCMR. La documentation de ce suivi sera également alimentée par les rapports du SNIS, les rapports des revues, des études et enquêtes programmées au niveau du PNDS et/ou par les autres secteurs de l'Etat, les rapports de missions de supervision à tous les niveaux du système de santé et les enquêtes de satisfaction auprès des usagers.

## Chapitre 7. Cadre de suivi et d'évaluation du PNDS 2020-2024

Le cadre de suivi et d'évaluation a pour objectif d'assurer de façon optimale la collecte, le stockage, l'analyse et la diffusion des informations sur l'exécution du PNDS 2020-2024 afin de mesurer l'atteinte des résultats, évaluer les progrès et les performances, identifier les obstacles et proposer les mesures correctrices requises. Il sera conduit sous le leadership du Ministère de la Santé avec la participation effective de toutes les entités impliquées dans la mise en œuvre du PNDS 2020-2024 à travers ses différents niveaux de déconcentration (central, intermédiaire, périphérique), les ministères sectoriels, les partenaires techniques et financiers, les collectivités locales, les organisations de la société civile et le secteur privé. Il sera basé entre autres sur l'utilisation des données à la base, c'est-à-dire au premier niveau de la pyramide sanitaire, pour permettre une prise des décisions opportunes et éclairées. Il utilisera la plateforme DHIS2 avec l'aide de nouvelles technologies de l'information et de la communication.

### 7.1 Les mécanismes de suivi

**Le monitoring en temps réel à la base :** Pour faciliter une bonne appropriation des résultats du PNDS 2020-2024 par tous, chaque niveau de la pyramide sanitaire va décliner sa contribution aux priorités et aux résultats attendus dans le cadre du PNDS 2020-2024. Ces résultats feront l'objet d'un suivi conjoint régulier par les principaux acteurs intervenant au niveau de la communauté, des postes de santé, des centres de santé communautaires et des districts sanitaires. Des réunions de suivi seront organisées mensuellement au niveau des villages/communautés, des postes de santé et des centres de santé, et trimestriellement au niveau des CMH et des équipes cadres des districts sanitaires. Leur objectif principal sera d'examiner les performances par rapport aux résultats fixés, de discuter les contraintes et les goulots d'étranglement et de proposer des solutions locales pour surmonter les obstacles. Les rapports de réunion seront transmis à la hiérarchie et serviront de base pour un appui ciblé de cette dernière en faveur des structures et des communautés, en priorisant les aires les plus défavorisées.

**La mission conjointe de supervision :** La mission conjointe de supervision a pour objectif de suivre le processus d'exécution du PNDS sur le terrain. Elle associe les techniciens du ministère de la santé et des autres secteurs, et les partenaires techniques et financiers. Elle devra mettre l'accent sur l'intensité et la qualité d'exécution des activités et l'atteinte des résultats fixés dans les POA. Diverses méthodes de supervisions seront utilisées. La supervision formative sera basée sur l'orientation et l'encadrement des prestataires, l'identification des problèmes, l'élaboration de solutions à mettre en œuvre et le renforcement des capacités des acteurs sur le terrain. La supervision intégrée sera l'occasion de vérifier le niveau de mise en œuvre des activités, perfectionner les pratiques des prestataires et améliorer leurs attitudes et motivations. La supervision conjointe permettra de renforcer la coordination et l'harmonisation des efforts et de faire un plaidoyer pour un environnement favorable à la bonne marche des activités sur le terrain.

**La revue semestrielle et annuelle conjointe :** La mise en œuvre du PNDS 2020-2024 fera, chaque semestre, l'objet d'une revue et d'un réajustement. La revue semestrielle conjointe rassemblera tous les responsables nationaux et régionaux du système de santé public, parapublic et privé ainsi que les partenaires techniques et financiers. Elle fera le bilan de l'état d'avancement des activités et de l'atteinte des résultats du cadre de performance du PNDS 2020-2024. Elle appréciera les efforts de mobilisation des ressources ainsi que le niveau et l'efficacité de leur utilisation. La revue annuelle conjointe, comme la revue semestrielle rassemblera annuellement les responsables

nationaux et régionaux du système de santé public, parapublic et privé ainsi que les partenaires techniques et financiers. Elle sera le cadre de l'analyse approfondie du cadre de performance du PNDS 2020-2024 pour formuler des recommandations précises à même de lever les goulots d'étranglements et ainsi accélérer la progression vers les résultats ciblés. La revue annuelle conjointe sera présidée par le Ministre de la Santé. Ces recommandations seront transformées en orientations pour la planification opérationnelle annuelle et en activités avec un échéancier fixant leur réalisation dans le temps. Le suivi de leur exécution sera fait à la prochaine revue annuelle conjointe.

## 7.2 Les outils de suivi

**La collecte et saisie des données :** Les données seront collectées à partir des registres rigoureusement tenus à tous les niveaux du secteur public de l'offre de soins, au niveau périphérique (village/communauté, poste de santé, centre de santé communautaire), le niveau intermédiaire (CMH et centres spécialisés) et les structures de troisième niveau (hôpitaux de référence et l'hôpital régional). Toutes les dispositions requises seront prises pour assurer la collecte des données dans le secteur parapublic (centre de santé de la police et de l'armée) et le secteur privé (cliniques, cabinets médicaux et pharmacies). Cette collecte des données sera effectuée à travers des outils élaborés et validés par le Ministère de la Santé en concertation avec les partenaires techniques et financiers.

Tableau 7. 1 : Outils de collecte des données selon le niveau et la fréquence

Structures	Outils de collecte	Régularité
Niveau 1 (Village/communauté, poste de santé, centre de santé communautaire, Polyclinique)	Rapport d'Activité Mensuel / Portail DIHS2	Mensuelle
Niveau 2 (CMH et Polyclinique)	Rapport d'Activité Mensuel / Portail DIHS2	Mensuelle
Niveau 3 (hôpitaux de référence et l'hôpital régional, Hôpital Privé)	Rapport d'Activité Mensuel / Portail DIHS2	Mensuelle
Administration publique de santé	Fiche de collecte des données	Annuelle
Secteur parapublic (centre de santé)	Rapport d'Activité Mensuel	Mensuelle
Secteur privé (cliniques, cabinets).	Rapport d'Activité Mensuel	Mensuelle

**La transmission, la compilation, le contrôle qualité, le traitement et l'analyse des données :** A chaque niveau du système de santé, les données collectées seront vérifiées pour leur conformité aux standards de qualité, analysées localement et utilisées au cours des réunions de monitoring, mensuellement au niveau des villages/communautés, des postes de santé et des centres de santé, et trimestriellement au niveau des CMH, des équipes cadres des districts sanitaires, des polycliniques, des hôpitaux, des programmes et des directions de la santé. Les données seront ensuite transmises à la DIS sous forme papier ou en format électronique pour être compilées, traitées et analysées. Une fois que le portail DIHS2 sera fonctionnel, les données seront transmises à travers le portail de la plateforme DIHS2. L'avantage considérable de la plateforme DHIS2 est qu'elle permet de saisir, compiler, analyser, contrôler la qualité des données, calculer automatiquement les indicateurs, les cartographier et générer des rapports. Les rapports d'activités mensuels (RAM) devront être transmis au plus tard à la fin de la première semaine du mois suivant.

Toutefois après l'installation du DIHS2, les données de niveau 1, 2 et 3 devront être saisies au plus tard à la fin de la journée en cours. Les rapports annuels devront être transmis au plus tard à la fin du mois de janvier de l'année suivante. En plus de l'assurance de la qualité des données qui se fera à la base pour vérifier la conformité des données à la réalité, les missions de vérification et des réunions de validation seront organisées par la DIS à chaque niveau.

**Le cadre de performance :** Les indicateurs permettant de mesurer les progrès de la mise en œuvre du PNDS 2020-2024 ont été sélectionnés, validés de manière consensuelle avec tous les acteurs et mis dans le cadre de performance (*Annexe 1*). Ils permettront de suivre le niveau de mise en œuvre des actions prioritaires et d'apprécier la performance à travers des indicateurs de résultats. Les indicateurs d'impact et d'effets seront renseignés à travers les enquêtes EDS/MICS, STEPwise, et VIH, qui seront menées en 2020 et les évaluations menées à la fin du PNDS en 2024. Les indicateurs de la nutrition seront renseignés chaque année à travers l'enquête SMART. Certains indicateurs d'effet seront renseignés chaque année à travers les données de routine du système national d'information sanitaire. Les indicateurs des produits seront renseignés chaque année à travers les rapports d'activités.

**La dissémination des données :** L'information générée par la DIS, une fois validée par le Ministère de la Santé sera partagée avec tous les acteurs du secteur de la santé (les Directions et Programmes du Ministère de la Santé, les régions sanitaires, les partenaires techniques et financiers et les collectivités locales) au plus tard au deuxième trimestre de l'année et cela avant le lancement de l'exercice de planification opérationnelle annuelle. Les supports suivants seront utilisés pour la diffusion de l'information : (1) Les annuaires des statistiques sanitaires annuels, (2) le site web de la plateforme DIHS2, (3) les médias, (4) la rétro information assurée d'une manière systématique par la DIS vers les structures ayant collecté les données.

**L'évaluation à mi-parcours du PNDS :** L'évaluation à mi-parcours du PNDS sera réalisée en 2022 et se fera suivant une double approche qualitative et quantitative. Le volet qualitatif se fera sous forme d'entretien avec tous les acteurs intervenants dans le système de santé (personnel du Ministère de la Santé, populations, partenaires techniques et financiers). Elle portera essentiellement sur la coordination et la qualité des services de santé. Le volet quantitatif portera sur la mesure des indicateurs d'effets et certains indicateurs d'impact inscrit dans le cadre de performance du PNDS pour apprécier le progrès dans la mise en œuvre du PNDS, la mobilisation et l'exécution du financement, l'amélioration de l'état de santé de la population à travers l'évolution des couvertures des interventions, tirer les leçons de l'exécution du plan et identifier les ajustements nécessaires.

**L'évaluation finale du PNDS :** L'évaluation finale du PNDS 2024 sera réalisée en 2024 et se fera aussi suivant une double approche qualitative et quantitative. Le volet qualitatif sera mené de manière identique durant l'évaluation à mi-parcours. Le volet quantitatif se fera à l'aide des enquêtes nationales (EDS ou MICS) menées au début du PNDS en 2020 et à sa fin en 2024. Il portera sur la mesure des indicateurs d'effets et de tous les indicateurs d'impact inscrit dans le cadre de performance, pour apprécier la contribution du PNDS 2020-2024 à l'amélioration de l'état de santé de la population.

## Conclusion

Le présent PNDS 2020-2024 est un document consensuel qui traduit la volonté et la détermination du gouvernement de Djibouti et de son peuple d'atteindre un état de santé optimal pour accélérer son développement dans l'optique de la vision 2035. Ce document s'inspire des expériences du précédent PNDS 2013-2017 et des récents engagements internationaux et nationaux pris par le pays pour opérer des choix stratégiques qui remettent le renforcement du système de santé et particulièrement les soins de santé primaires, au centre de son action.

Des changements importants ont été introduits pour bâtir un système plus fort et plus performant. Parmi eux, nous pouvons citer l'institutionnalisation de la santé communautaire comme une stratégie d'équité et de résilience pour les populations les plus vulnérables, le renforcement de la qualité des soins avec les standards de qualité et la mise en place d'un système d'accréditation pour optimiser l'impact des interventions sur la santé et le bien-être des populations, l'introduction de la planification opérationnelle ascendante partant des postes de santé et des centres de santé communautaires vers les districts sanitaires et le ministère de la santé pour servir de mécanisme d'alignement et d'harmonisation des actions aux niveaux des structures décentralisées avec les priorités du PNDS 2020-2024, un élargissement de l'assurance maladie universelle vers le secteur informel et les populations vulnérables pour lever les barrières financières à l'accès aux services de santé, et finalement la révolution digitale dans la santé pour améliorer rapidement la qualité des soins et la gestion des intrants et de l'information sanitaire.

Le budget global du PNDS sur la période de cinq ans de 2020 – 2024 est estimé à 61 676 375 315 FDJ (348 454 097,8 USD). Sa mise en œuvre effective permettra de subvenir aux besoins en santé de la population vivant à Djibouti, et particulièrement la population pauvre et démunie, d'améliorer leur état de santé et leur productivité, et de mettre ainsi le pays sur la voie d'un développement inclusif et accéléré.

Le présent PNDS 2020-2024 constitue donc le seul document de référence pour toute action menée dans le secteur de la santé sur toute l'étendue du territoire national au cours de la période couvrant les cinq prochaines années (2020 – 2024).

La réussite de sa mise en œuvre exige que le gouvernement et ses principaux partenaires s'alignent tous ensemble derrière les priorités du PNDS et fédèrent leurs ressources techniques et financières à tous les niveaux pour plus d'efficacité et d'efficience. Ainsi, l'exercice de planification opérationnelle annuelle permettra aux principaux partenaires de renoncer au travail en solo et d'intégrer leurs priorités à celles édictées par le gouvernement dans les plans opérationnels.

Le PNDS 2020-2024 reste d'abord et avant tout le plan du peuple de la République de Djibouti pour lui assurer une « santé pour tous et partout ».

## Annexe 1 : Cadre de performance du PNDS 2020-2024

La liste des indicateurs ci-dessous prend en compte la mesure des performances de tous les effets et impacts du PNDS 2020-2024. Cette liste intègre les indicateurs de l'objectif 3 des Objectifs de développement durable (ODD). Les cibles de 2024 ont été calculées selon les tendances pour atteindre les cibles des ODD en 2030.

Référence	Indicateurs	Base	Cible	Moyens de vérification et Sources des données
<b>Impact : L'état de santé de la population est amélioré</b>				
<b>Mortalité</b>				
Impact 1	Taux de mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète (%)	14	10	Enquête STEPwise
Impact 2	Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	248	164	Enquête EDS/MICS UN MMEIG
Impact 3	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes	59	40	Enquête EDS/MICS UN IGME
Impact 4	Taux de mortalité néonatale pour 1.000 naissances vivantes	32	22	Enquête EDS/MICS UN IGME
<b>Morbidité</b>				
Impact 5	Taux d'incidence du paludisme pour 1.000 habitants	23	14	Annuaire statistique santé
Impact 6	Taux d'incidence du VIH (%)	0,57	0,28	Enquête VIH
Impact 7	Taux de transmission mère-enfant du VIH (%)	19	<5	Enquête VIH
Impact 8	Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	260	180	Annuaire statistique santé
Impact 9	Taux d'incidence du diabète chez les adultes de 18 ans et plus (%)	6	4	Enquête STEPwise
Impact 10	Taux d'incidence de l'hypertension chez les adultes de 18 ans et plus (%)	22	15	Enquête STEPwise
<b>Malnutrition</b>				
Impact 11	Taux d'obésité chez les adultes de 18 ans et plus (%)	12	8	Enquête STEPwise
Impact 12	Taux d'obésité chez les adolescents de 10-19 ans (%)	4	2.8	Enquête STEPwise
Impact 13	Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (%)	21	14	Enquête SMART

Impact 14	Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation (%)	10,3	5	Enquête SMART
Impact 15	Taux d'anémie chez les femmes enceintes (%)	32	22	Enquête EDS/MICS
Impact 16	Taux d'anémie chez les de moins de cinq ans (%)	42	21	Enquête EDS/MICS
Impact 17	Taux d'incidence des faibles poids de naissance chez les nouveau-nés (%)	15	10	Enquête EDS/MICS
<b>Effets liés à la promotion de la santé dans la population djiboutienne</b>				
Effet 1	Taux de prévalence de la contraception (%)	19	65	Enquête EDS/MICS Annuaire statistique santé
Effet 2	Proportion des nourrissons qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (%)	12	40	Enquête EDS/MICS
Effet 3	Proportion de la population qui consomme l'alcool régulièrement (%)	1	0.8	Enquête EDS/MICS
Effet 4	La consommation moyenne de sel chez les adultes de 20 ans et plus (g/jour)	6	4	Enquête EDS/MICS
Effet 5	Proportion de la population qui consomme qui consomme le khat (%)	26	21	Enquête EDS/MICS
Effet 6	Proportion de la population nationale utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre (%)	68	90	Enquête EDS/MICS
Effet 7	Proportion de la population rurale utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre (%),	58	70	Enquête EDS/MICS
Effet 8	Proportion de la population en milieu urbain disposant d'une toilette améliorée (%), AGVSAN 2014)	68		Enquête EDS/MICS
Effet 9	Proportion de la population en milieu rural disposant d'une toilette améliorée (%), AGVSAN 2014)	25		Enquête EDS/MICS
Effet 10	Proportion de la population pratiquant la défécation à l'air libre (%), AGVSAN 2014)	50		Enquête EDS/MICS
Effet 11	Proportion de la population qui se lave les mains aux moments critiques avec du savon (%)	55	90	Enquête EDS/MICS
Effet 12	Proportion des adultes de 15 ans et plus qui fument le tabac (%)	13	10	Enquête EDS/MICS
Effet 13	Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui ne satisfont pas les critères suivants : 150 minutes d'activité physique modérée par semaine ; 75 minutes d'activité physique intense par semaine ; une combinaison équivalente d'activité physique	35	25	Enquête EDS/MICS



	modérée et intense totalisant au moins 600 minutes d'équivalent métabolique par semaine			
Effet 14	Prévalence de la contraception (%)	19	40	Enquête EDS/MICS
Effet 15	Proportion des nourrissons qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (% , SMART 2019)	77	90	Enquête EDS/MICS
Effet 16	Proportion des enfants de 0-5 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel (%)	52	80	Enquête EDS/MICS Enquête SMART
Effet 17	Proportion des enfants de 6-8 mois ayant reçu des aliments semi-solides la veille de l'enquête (% , SMART 2019)	60	80	Enquête EDS/MICS Enquête SMART
Effet 18	Proportion des enfants de 6-23 mois ayant reçu une alimentaire complémentaire minimum acceptable (%)	60	80	Enquête EDS/MICS Enquête SMART
Effet 19	Proportion des enfants en âge scolaire déparasités (%)	36	90	Enquête EDS/MICS
<b>Effets liés à la prévention des maladies transmissibles et non-transmissibles</b>				
Effet 20	Proportion des femmes en âge de procréer dépistées pour le cancer du col de l'utérus	ND	30	Enquête STEPwise
Effet 21	Proportion de la population à risque ayant accès à / possédant une MII chez elle (%)	47	90	Enquête EDS/MICS Enquête Palu
Effet 22	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dans les régions endémiques ayant dormi sous MII la nuit dernière (%)	20	90	Enquête EDS/MICS Enquête Palu
Effet 23	Proportion de la population à risque protégée par des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent dans les habitations éligibles (%)	71	90	Enquête EDS/MICS Enquête Palu
Effet 24	Taux de connaissance de la prévention du VIH chez les 15-24 ans (%)	11,3	42	Enquête EDS/MICS Enquête VIH
Effet 25	Proportion des populations de 15-24 ans ayant un comportement a moindre risque (% , CAP 2010)	18	30	Enquête EDS/MICS Enquête VIH
Effet 26	Proportion des travailleuses du sexe ayant un comportement a moindre risque (% , IBBS 2014)	71	90	Enquête EDS/MICS Enquête VIH
Effet 27	Taux d'utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe (%)	66,4	75	Enquête EDS/MICS
Effet 28	Proportion des femmes enceintes supplémentées en fer et acide folique (%)	74	90	Enquête EDS/MICS
Effet 29	Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos (%)	59	90	Enquête EDS/MICS



Effet 30	Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés (%)	83	90	Enquête EDS/MICS
Effet 31	Proportion des enfants de 6-59 mois qui reçoivent la vitamine A (%)	53	90	Enquête EDS/MICS
<b>Effets liés à la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né</b>				
Effet 32	Proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations pendant leur grossesse (%)	23	50	Enquête EDS/MICS Annuaire statistique santé
Effet 33	Proportion des femmes enceintes recevant des ARV pour la PTME (%)	49	90	Annuaire statistique santé
Effet 34	Proportion des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié (%)	87	95	Enquête EDS/MICS Annuaire statistique santé
Effet 35	Proportion de nouveau-nés qui ont été séchés après la naissance (%)	ND	90	Enquête EDS/MICS
Effet 36	Proportion de nouveau-nés avec premier bain au moins 6 h après la naissance (%)	ND	90	Enquête EDS/MICS
Effet 38	Proportion des mères ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance	54	70	Enquête EDS/MICS
Effet 39	Proportion des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance	54	70	Enquête EDS/MICS
<b>Effets liés à la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles</b>				
Effet 40	Proportion des malades ambulatoires traités pour des maladies cardiovasculaires (%)	4	35	Enquête STEPwise
Effet 41	Proportion des malades ambulatoires traités pour une hyperglycémie ou le diabète (%)	10	40	Enquête STEPwise
Effet 42	Proportion des malades ambulatoires traités pour maladies respiratoires chroniques (%)	79,1	90	Enquête STEPwise
Effet 43	Proportion des malades ambulatoires traités pour des problèmes de santé mentale (%)	ND	90	Enquête STEPwise
Effet 44	Proportion des malades hospitalisés avec un cancer (%)	20	16	Enquête STEPwise
Effet 45	Proportion des cas de paludisme confirmés traités à la CTA (%)	90	100	Enquête EDS/MICS
Effet 46	Proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (%)	32	70	Annuaire statistique santé
Effet 47	Proportion des personnes souffrant de TB qui ont complété le traitement (%)	85	90	Annuaire statistique santé

Effet 48	Proportion 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	Enquête EDS/MICS
Effet 49	Proportion des enfants souffrant de l'infection respiratoire aigüe au cours des deux dernières semaines qui ont recherché les soins chez un prestataire compétent (%)	94	95	Enquête EDS/MICS
Effet 50	Proportion des enfants souffrant de l'infection respiratoire aigüe au cours des deux dernières semaines qui ont reçu un traitement à base d'antibiotiques (%)	79	90	Enquête EDS/MICS
Effet 51	Proportion des enfants souffrant de la malnutrition aiguë recevant une prise en charge appropriée (ambulatoire ou hospitalière) (%)	32	90	Annuaire statistique santé

### Produits liés à l'offre de soins de qualité

#### Le renforcement du programme national de santé communautaire

Produit 1	Disponibilité d'une stratégie nationale de sante communautaire	Non	Oui	Rapport annuel DPS
Produit 2	Ratio ACS (formé et équipé) pour 1000 habitants	ND	100	Rapport annuel DPS
Produit 3	Proportion de la population desservie par un ASC	ND	95	Rapport annuel DPS
Produit 4	Proportion des communautés desservies par un ASC	ND	95	Rapport annuel DPS
Produit 5	Proportion du budget de la sante communautaire du PNDS 2020-2024 mobilisé	ND	100	Rapport annuel DPS
Produit 6	Disponibilité du SNIS communautaire fonctionnel	Non	Oui	Rapport annuel DPS

#### Le renforcement des infrastructures, des équipements et des laboratoires sanitaires

Produit 7	Disponibilité d'une carte sanitaire actualisée et appliquée par un texte officiel	Non	Oui	Rapport annuel DRS
Produit 8	Rayon moyen d'action théorique des structures de santé fonctionnelle (km)	9,36	5	Annuaire statistique santé
Produit 9	Proportion des structures de santé disposant des équipements selon les normes (%)	39	80	Enquête SARA
Produit 10	Proportion des structures sanitaires répondant aux normes (infrastructures, équipements, et RH) (%)	45	90	Enquête SARA
Produit 11	Capacité de diagnostic du paludisme par microscopie en laboratoire (%) (indicateur traceur)	38	90	Enquête SARA

Produit 12	Indice de capacité opérationnelle pour le diagnostic des maladies courantes (%)	26	80	Enquête SARA
<b>Le renforcement des ressources humaines</b>				
Produit 13	Disponibilité d'une stratégie de développement et d'optimisation de l'utilisation des RH pour la santé	Non	Oui	Rapport annuel DRHF
Produit 14	Ratio personnel médical pour 10 000 habitants (National/régional)	1,35	2,03	Annuaire statistique santé
Produit 15	Ration personnel infirmier pour 10 000 habitants (National/régional)	3,53	5,30	Annuaire statistique santé
Produit 16	Nombre de diplômés d'établissements préparant aux professions de santé au cours de la dernière année universitaire, pour 1 000 habitants	ND	90	Rapport d'établissements préparant aux professions de santé
Produit 17	Disponibilité du personnel formé aux soins essentiels d'accouchement (%) (indicateur traceur)	44	90	Rapport annuel DSME/ Enquête SARA
<b>La disponibilisation des médicaments et des produits pharmaceutiques de qualité</b>				
Produit 18	Disponibilité moyenne des médicaments essentiels	32	90	Enquête SARA
Produit 19	Disponibilité d'une agence nationale de régulation du secteur pharmaceutique fonctionnelle	Non	Oui	Rapport annuel DMPL
Produit 20	Disponibilité de la liste actualisée des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels	Oui	Oui	Rapport annuel DMPL
Produit 21	Disponibilité du document des normes, code des médicaments et des pharmacies	Non	Oui	Rapport annuel DMPL
Produit 22	Disponibilité d'une réglementation sur la prescription des antibiotiques et des psychotropes	Non	Oui	Rapport annuel DMPL
Produit 23	Disponibilité d'un plan national de distribution des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels	Non	Oui	Rapport annuel DMPL
Produit 24	Disponibilité d'un système d'information sur les médicaments (SIM) opérationnel	Non	Oui	Rapport annuel DMPL
<b>L'amélioration de la proximité des soins pour les populations d'accès difficile</b>				
Produit 25	Pourcentage de personnes vivant à 5 km d'un établissement de santé	9,36	5	Annuaire statistique santé
Produit 26	Disponibilité d'un comité interministériel de coordination de la proximité des SSP fonctionnel	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI

Produit 27	Disponibilité d'un rapport d'évaluation de la pertinence, l'efficacité et le cout-efficacité de l'approche mobile	Non	Oui	Rapport annuel DSME
<b>Produits liés à la prestation de soins promotionnels, préventifs et curatifs de qualité</b>				
<b>Le renforcement des soins de santé primaires</b>				
Produit 28	Disponibilité d'un paquet minimum d'activités (PMA) des SSP mis à jour et appliqué par un texte officiel	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 29	Dépenses en santé courantes des SSP en pourcentage du total des dépenses en santé courantes	20	10	Annuaire statistique santé
Produit 30	Disponibilité des structures de gouvernance multi-sectorielle des SSP fonctionnelles sous le leadership des autorités politico-administratives	Non	Oui	Annuaire statistique santé
<b>L'amélioration de la qualité des soins de santé</b>				
Produit 31	Taux de mortalité (toutes causes confondues) avant décharge de patients ayant subi une ou plusieurs interventions en salle d'opération durant leur admission	194	97	Annuaire statistique santé
Produit 32	Nombre de décès maternels pour 100 000 accouchements pratiqués en centre/établissement de santé	383	262	Annuaire statistique santé
Produit 33	Pourcentage des adultes et des enfants séropositifs au VIH qui sont toujours en vie et toujours sous traitement antirétroviral 12, 24 et 60 mois après le début du traitement chez les patients ayant commencé un traitement antirétroviral	27	51	Annuaire statistique santé
Produit 34	Pourcentage de cas de tuberculose traités avec succès (guérison plus achèvement du traitement) sur le nombre total de nouveaux cas de tuberculose notifiés aux autorités sanitaires nationales pendant une période donnée	86	100	Annuaire statistique santé
Produit 35	Pourcentage des patients atteints de tuberculose dont le cas a été notifié pour lesquels on suspectait une tuberculose multirésistante et qui suivaient un traitement de deuxième intention contre la tuberculose	42	80	Annuaire statistique santé
Produit 36	Nombre d'établissements de santé offrant des services spécifiques (planification familiale, accouchements, soins obstétricaux d'urgence de	35	70	Enquête SARA

	base ou complets, etc.) et satisfaisant à des normes de services minimum mesurées à partir de traceurs pour des services spécifiques, etc.)			
Produit 37	Disponibilité des comités de suivi de la qualité des soins de santé fonctionnels dans les formations sanitaires	Non	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 38	Disponibilité des normes et standards de la qualité des soins appliqués par un texte officiel	Non	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 39	Disponibilité d'un système d'accréditation externe des formations sanitaires	Non	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 40	Disponibilité d'un rapport annuel sur la qualité des soins dans les formations sanitaires publie officiellement	Non	Oui	Annuaire statistique santé
<b>Le renforcement de la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent(e)</b>				
Produit 41	Nombre des SONUB fonctionnelles pour 500.000 habitants	ND	40	Enquête SARA
Produit 42	Nombre des SONUC fonctionnelles pour 500.000 habitants	ND	35	Enquête SARA
Produit 43	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge du paludisme (%)	49	80	Enquête SARA
Produit 44	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge de la pneumonie (%)	60	90	Enquête SARA
Produit 45	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge de la diarrhée (%)	39	90	Enquête SARA
Produit 46	Disponibilité d'un mécanisme efficace de surveillance des décès maternels et des nouveau-nés	NON	OUI	Rapport annuel DSME
Produit 47	Disponibilité d'un texte réglementaire sur l'établissement du programme national de la santé scolaire	OUI	OUI	Rapport annuel DSME
Produit 48	Proportion des écoles ayant établi un programme de santé scolaire fonctionnel	Non	Oui	Rapport annuel DSME
<b>Le renforcement de la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles</b>				
Produit 49	Disponibilité d'une structure multisectorielle de coordination des efforts de différents acteurs et secteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge des MNT	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 50	Disponibilité des protocoles de dépistage et de prise en charge des MNT adaptés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Non	Oui	Rapport annuel DPSP

Produit 51	Proportion des établissements sanitaires de premier et de deuxième niveau ayant intégré the MNT dans leur PMA	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 52	Disponibilité d'un rapport annuel sur l'évolution des MNT dérivé des données de routine et de celles des enquêtes et de la surveillance	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
<b>Le renforcement de la prévention et le contrôle des maladies transmissibles</b>				
<i>Réduction des maladies évitables par la vaccination</i>				
Produit 53	Proportion des établissements sanitaires ayant une chaîne de froid fonctionnelle	85	95	Rapport annuel DPSP
Produit 54	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 annuel DPSP
Produit 55	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 annuel DPSP Rapport annuel DPS
Produit 56	Disponibilité d'une stratégie pour la vaccination des populations spéciales (migrants, nomades, réfugiés) à travers la vaccination de routine	Oui	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 57	Nombre des nouveaux vaccins introduits au pays pendant la période du PNDS 2020-2024	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 58	Nombre des maladies éligibles ayant été certifiées comme éliminées sur l'étendue du pays	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 59	Nombre des districts sanitaires avec un système de surveillance fonctionnel	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
<i>Contrôle du paludisme</i>				
Produit 60	Disponibilité d'une stratégie de sensibilisation et mobilisation des populations à risque dans Djibouti ville sur la prévention du paludisme	Oui	Oui	Rapport annuel DPS
Produit 61	Disponibilité d'un plan de couverture universelle des MII et de la PID des populations à risque dans Djibouti ville	Oui	Oui	Rapport annuel DPSP
<i>Contrôle de la tuberculose</i>				
Produit 62	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge de la tuberculose simple (%)	60	90	Enquête SARA
Produit 63	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge de la tuberculose multi-résistante (%)	65	85	Enquête SARA

Produit 64	Disponibilité d'une stratégie communautaire du contrôle de la tuberculose simple et multi-résistante intégrée dans le programme de la santé communautaire	Oui	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 65	Disponibilité d'une stratégie pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose parmi les groupes à risque tels que les réfugiés, les migrants et les détenus	Oui	Oui	Rapport annuel DPSP
<b>Contrôle du VIH/SIDA</b>				
Produit 66	Indice de capacité opérationnelle des services de dépistage et prise en charge du VIH (%)	70	90	Enquête SARA
Produit 67	Disponibilité d'une stratégie de dépistage familial du VIH utilisant les PVVIH testées positives comme index pour la recherche active des autres cas dans la famille	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 68	Disponibilité d'une nouvelle stratégie pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
Produit 69	Nombre d'enquêtes bio comportementales pour déterminer l'incidence et la prévalence du VIH menées au cours du PNDS 2020-2024	Non	Oui	Rapport annuel DPSP
<b>Contrôle des maladies tropicales négligées (leishmaniose, chikungunya, dengue)</b>				
Produit 70	Nombre des maladies tropicales négligées éliminées pendant la période du PNDS	4	12	Annuaire statistique santé
Produit 71	Proportion des établissements sanitaires sans rupture de stock des médicaments, des réactifs et des tests pour la prise en charge des maladies tropicales négligées	95	100	Rapport annuel DPSP
Produit 72	Proportion des établissements sanitaires ayant un système de surveillance des maladies tropicales négligées fonctionnel	55	90	Rapport annuel DPSP
Produit 73	Indice de capacité opérationnelle des services de dépistage et prise en charge des maladies tropicales négligées (%)	75	90	Enquête SARA
<b>Le renforcement de la préparation et la réponse aux urgences de santé publique</b>				
Produit 74	Disponibilité d'un plan de préparation et de riposte face aux épidémies	Non	Oui	Rapport annuel INSPD
Produit 75	Disponibilité d'un guide national de préparation et de riposte aux urgences de sante publique	Non	Oui	Rapport annuel INSPD

Produit 76	Disponibilité d'un centre national des opérations des urgences avec un espace physique et des ressources nécessaires	Non	Oui	Rapport annuel INSPD
Produit 77	Pourcentage des scores des principales capacités du Règlement Sanitaire International (RSI) mises en œuvre et opérationnelles (%)	5	50	Rapport annuel INSPD/RSI
Produit 78	Nombre d'épidémies détectées sur l'étendue du territoire nationale	5	2	Rapport annuel INSPD
Produit 79	Proportion des épidémies détectées qui sont maîtrisées au sein de la même région.	2	0	Rapport annuel INSPD
<b>Renforcement de la lutte contre la malnutrition</b>				
Produit 80	Disponibilité du Conseil National de la Nutrition comme cadre institutionnel de coordination multisectorielle de la lutte contre la malnutrition	Non	Oui	Rapport annuel PNN
Produit 81	Disponibilité d'un plan multisectoriel de la nutrition qui renforce la prévention de la malnutrition et les liens avec les réponses sectorielles	Non	Oui	Rapport annuel PNN
Produit 82	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	Rapport annuel PNN
Produit 83	Indice de capacité opérationnelle des services de prise en charge du paludisme (%)	49	80	Enquête SARA
<b>Les services d'eau, hygiène, et assainissement</b>				
Produit 84	Nombre de points d'eau fonctionnels dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dhikil, d'Obock et de Tajourah.	ND	100	Annuaire statistique santé
Produit 85	Nombre d'ouvrages d'assainissement fonctionnels dans les régions d'Ali Sabieh, d'Arta, de Dhikil, d'Obock et de Tajourah.	ND	100	Annuaire statistique santé
Produit 86	Nombre de formations sanitaires ayant des infrastructures d'eau et d'assainissement fonctionnelles.	90	100	Annuaire statistique santé
Produit 87	Nombre d'écoles primaires, secondaires et lycées ayant des infrastructures d'eau et d'assainissement fonctionnelles	95	100	Annuaire statistique santé
Produit 88	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 DPS



Produits liés au renforcement de la gouvernance et la redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS				
Renforcement de la décentralisation de la santé avec des équipes cadres de district sanitaire à temps plein				
Produit 89	Disponibilité d'un plan de déploiement, de développement des capacités et d'accompagnement des nouvelles équipes cadres des districts sanitaires	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 90	Proportion des districts sanitaires avec des équipes cadres de district à temps plein	0	100	Annuaire statistique santé
Institution de la planification annuelle opérationnelle ascendante				
Produit 91	Disponibilité d'un texte réglementaire qui établit la planification annuelle opérationnelle comme instrument pour la mise en œuvre effective du PNDS 2020-2024	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 92	Disponibilité d'un guide national de planification annuelle opérationnelle basée sur les ressources disponibles	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 93	Disponibilité des orientations annuelles du Ministre de la santé sur la planification annuelle opérationnelle	Oui	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 94	Proportion des districts sanitaires avec des plans opérationnels annuels répondant aux normes et alignés avec le PNDS 2020-2024	0	100	Rapport annuel DEPCI
Renforcement de la coordination multisectorielle sous le leadership des autorités politico-administratives				
Produit 95	Etablissement du Cadre de Coordination Stratégique de la Santé (CCSS) avec la participation des principaux acteurs.	Oui	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 96	Disponibilité d'un cadre de redevabilité des structures de coordination multisectorielle a tous les niveaux qui définit leurs contributions au PNDS 2020-2024	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 97	Disponibilité d'un système de planification multisectorielle conjointe fonctionnel appliqué par un texte officiel	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Etablissement d'un système de redevabilité vis-à-vis des résultats du PNDS 2020-2024 à tous les niveaux				
Produit 98	Disponibilité d'un cadre de redevabilité des acteurs de la santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire vis-à-vis des résultats du PNDS 2020-2024	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI

Produit 99	Disponibilité d'un système d'incitations tel que le financement basé sur la performance pour reconnaître les bonnes performances.	Oui	Oui	Rapport annuel DEPCI
<b>Renforcement de l'intégration et de la coordination avec le secteur privé</b>				
Produit 100	Proportion des POA des entités du ministère de la sante a tous les niveaux de la pyramide sanitaire qui intègre le secteur prive	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 101	Disponibilité d'un mécanisme de délivrance stratégique de licences d'exercice pour répondre aux besoins non couverts par le secteur public	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 102	Disponibilité d'une plateforme de dialogue et de partage d'information fonctionnelle entre le secteur privé et les pouvoirs	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
<b>Produits liés à la mobilisation du financement adéquat et durable</b>				
<b>Etablissement d'une stratégie de financement de la santé</b>				
Produit 103	Dépenses en santé du gouvernement, en pourcentage du budget de l'état (%)	6,73	10	Compte Nationaux de la Santé
Produit 104	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
Produit 105	Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du produit intérieur brut (« en % du PIB »)	5.6	5.1	Compte Nationaux de la Santé
Produit 106	Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses totales de santé (%)	23	25	Compte Nationaux de la Santé
<b>Renforcement de la gestion des finances publiques</b>				
Produit 107	Disponibilité d'une commission d'évaluation conjointe du Ministère de la santé et du Ministère du budget fonctionnelle avec des audits réguliers	Non	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 108	Disponibilité d'une approche de la gestion financière et de financement axée sur les résultats fonctionnelle	Oui	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 109	Disponibilité du CMDT du secteur de la santé et utilisé comme outil d'allocation budgétaire	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 110	Proportion des structures sanitaires ayant reçu au moins un audit financier chaque année	0	100	Rapport DRHF
Produit 111	Proportion des structures sanitaires ayant des agents formés sur la gestion financière	0	100	Rapport DRHF
<b>Renforcement de la coordination avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale</b>				

Produit 111	Disponibilité d'un mécanisme de coordination fonctionnel entre le Ministère de la Santé, le Ministère des affaires sociales et la CNSS	Non	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 112	Disponibilité d'un programme de la médecine de travail fonctionnel avec des examens médicaux réguliers à l'embauche et en cours d'emploi	Non	Oui	Annuaire statistique santé
Produit 113	Disponibilité du document définissant le paquet de soins, le parcours de soins des affiliés, les tarifs et les méthodes de paiement.	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
Produit 114	Disponibilité d'un cadre réglementaire de concertation avec la CNSS	Non	Oui	Rapport annuel DEPCI
<b>Extension de la couverture financière à l'ensemble de la population</b>				
Produit 115	Proportion de la population éligible couverte par le PASS	Non	Oui	Rapport annuel de la CNSS
Produit 116	Proportion de la population éligible couverte par l'AMU	80	100	Rapport annuel de la CNSS
Produit 117	Part du total des dépenses courantes en santé supportée directement par les ménages (en % du total des dépenses en santé courantes)	20	10	Compte Nationaux de la Santé
Produit 118	Dépenses en santé directes dépassant 40 % du revenu du ménage net des besoins de subsistance	47	70	Rapport Mondiale CSU
Produit 119	Nombre de ménages passant en dessous du seuil de pauvreté en raison des dépenses en santé directes	ND	100	Rapport Mondiale CSU
<b>Produits liés au renforcement du système d'information sanitaire</b>				
<b>Amélioration de l'organisation du système d'information sanitaire</b>				
Produit 120	Existence d'un cadre multisectoriel de coordination du secteur de la santé fonctionnel	Non	Oui	Rapport annuel DIS
Produit 121	Disponibilité d'un plan stratégique national pour l'amélioration de l'information sanitaire	Non	Oui	Rapport annuel DIS
<b>Amélioration de la disponibilité des données sur les indicateurs clés du PNDS 2020-2024</b>				
Produit 122	Disponibilité des rapports des deux enquêtes nationales (EDS/MICS) conduites en 2020 et en 2024	Non	Oui	Rapports des deux enquêtes nationales (EDS/MICS)
Produit 123	Disponibilité de la plateforme DIHS2 fonctionnelle	Non	Oui	Rapport annuel DIS
Produit 124	Pourcentage des établissements/districts qui effectuent les notifications dans les délais requis (Promptitude)	51,7	100	Rapport annuel DIS

Produit 125	Pourcentage des naissances qui sont enregistrées (sous un mois à compter du jour de la naissance)	90	100	Annuaire statistique santé
Produit 126	Pourcentage des décès qui sont enregistrés (avec mention de l'âge et du sexe)	61	87	Annuaire statistique santé
<b>Amélioration de la qualité et l'utilisation des données de routine à tous les niveaux</b>				
Produit 127	Complétude des rapports des établissements de santé	97,5	100	Rapport annuel DIS
Produit 128	Disponibilité d'un système de monitoring en temps réel institutionnalisé et appliqué sur la base d'un texte officiel	Non	Oui	Rapport annuel DIS
Produit 129	Pourcentage des supervisions de la qualité des données réalisées dans les établissements de santé	50	100	Rapport annuel DIS
Produit 130	Pourcentage des établissements/districts avec des agents formés sur la gestion des données de qualité	0	100	Rapport annuel DIS
<b>Accomplissement de la transformation digitale du SNIS</b>				
Produit 131	Disponibilité d'un comité de pilotage de la transformation digitale sous le leadership de la DIS	Non	Oui	Rapport annuel DIS
Produit 132	Nombre des solutions digitales introduites pour améliorer la disponibilité et la qualité de l'information sanitaire	0	100	Rapport annuel DIS
Produit 133	Proportion des établissements de santé éligible ayant une e-health fonctionnelle	0	100	Rapport annuel DRHF