

EVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI

Rapport de mission:
1-5 juillet 2018



Organisation
mondiale de la Santé

EVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI

Rapport de mission:
1-5 juillet 2018

WHO/WHE/CPI/REP/2018.29

© Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Djibouti. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (WHO/WHE/CPI/REP/2018.29). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Layout by Genève Design

Sommaire

Remerciements	v
Abréviations	vi
Résumé des principales capacités RSI (2005) de la République de Djibouti	1
Scores et actions prioritaires pour la République de Djibouti	4

PREVENIR 6

Législation, politique et financement nationaux	6
Coordination, communication et promotion du RSI	9
Résistance aux antimicrobiens	11
Zoonoses	13
Sécurité sanitaire des aliments	16
Sécurité et sûreté biologiques	18
Vaccination	20

DETECTER 22

Système national de laboratoires	22
Surveillance en temps réel	24
Notification	27
Développement du personnel	29

RIPOSTER 31

Préparation	31
Interventions d'urgence	33
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	35
Moyens médicaux et déploiement de personnel	37
Communication sur les risques	39

AUTRES 42

Points d'entrée	42
Événements d'origine chimique	45
Situations d'urgence radiologique	47

ANNEXES 49

REMERCIEMENTS

Le Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'évaluation externe conjointe (EEC) tient à remercier tous ceux dont le soutien et l'engagement en faveur des principes du Règlement sanitaire international (2005) ont permis de conduire avec succès cette mission :

- Le gouvernement et les experts nationaux de la République de Djibouti pour leur appui et leur travail dans la préparation de cette mission ;
- Les gouvernements de la France, du Maroc et de la Norvège pour la mise à disposition d'experts techniques dans le processus d'examen par les pairs ;
- L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), et le Center for Disease Control and Prevention des Etats-Unis (CDC) pour la participation de leurs experts et leur contribution technique ;
- Le Bureau OMS pour la Méditerranée orientale ;
- L'Initiative du programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (GHSA) pour sa collaboration et son soutien.

Abréviations

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
CAMME	Centrale d'achat des médicaments et matériels essentiels
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CERD	Centre d'étude et de recherche de Djibouti
COFRAC	Comité français d'accréditation
COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa
DESV	Direction de l'élevage et des services vétérinaires
DHIS2	District Health Information System 2
DMPL	Direction du médicament, de la pharmacie et des laboratoires
DPS	Direction promotion de la santé
EEC	Evaluation externe conjointe
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FETP	Formation en épidémiologie de terrain
GAVI	L'Alliance du vaccin
GHSA	Programme d'action mondial pour la sécurité sanitaire
IAS	Infections associées aux soins
INSPD	Institut national de santé publique de Djibouti
ISSS	Institut supérieur des sciences de la santé
LANAA	Laboratoire national d'analyses alimentaires
MAPI	Manifestations post-vaccinales indésirables
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONEAD	Office national de l'eau et de l'assainissement
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
PEV	Programme élargi de vaccination
PFN	Point focal national
POS	Procédures opératoires standardisées
RAM	Résistance aux antimicrobiens
RH	Ressources humaines
RSI	Règlement sanitaire international
RTD	Radio-Télévision Djibouti
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SNIS	système national d'information sanitaire
SSB	Sécurité et sûreté biologiques
TIAC	Toxiinfection alimentaire collective
USP	Urgence de santé publique
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WAHIS	Système mondial d'information sanitaire (OIE)

Résumé des principales capacités RSI (2005) de la République de Djibouti

Le Règlement sanitaire international (RSI, 2005), entré en vigueur le 15 juin 2007 dans sa version révisée, est un instrument international visant à minimiser l'impact d'événements de santé publique de portée potentiellement internationale. Il définit ainsi les obligations des Etats Parties à développer des capacités de détection et de riposte pour des événements de nature biologique, chimique ou radiologique et à rapporter annuellement à l'Assemblée mondiale de la santé leurs progrès dans sa mise en œuvre. Au sein de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le secrétariat du RSI a développé un processus de suivi et d'évaluation des capacités essentielles, minimales, requises pour la mise en œuvre du RSI (2005), s'appuyant sur différents outils dont les missions d'Evaluation externe conjointe (EEC). Les résultats obtenus sont exploités pour développer un plan d'action national multisectoriel visant à renforcer la mise en œuvre du RSI (2005).

La République de Djibouti a sollicité l'appui de l'OMS pour réaliser une EEC. Une mission préalable, en mai 2018, a permis de préciser la méthodologie utilisée et d'organiser le travail préparatoire. Le pays a ainsi conduit un exercice d'auto-évaluation avec l'assistance de représentants OMS du bureau pays, du bureau régional et du siège. Plus de 40 participants se sont réunis pendant 2 jours pour prendre connaissance de l'outil EEC couvrant 19 domaines techniques, initier le rapport d'auto-évaluation et planifier la participation multisectorielle à cette EEC. Le rapport d'auto-évaluation a été transmis à l'OMS juste avant le début de la mission.

Déroulement de la mission

L'équipe internationale pour cette EEC a réuni une douzaine d'experts de différents pays et organisations internationales, aux compétences multidisciplinaires couvrant l'ensemble des domaines techniques. Cette équipe a travaillé avec une trentaine d'experts nationaux et partenaires des différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005). La mission s'est déroulée du 1er au 5 juillet 2018, selon la méthodologie standard de l'outil EEC, alternant pour chaque domaine technique, présentation de la partie nationale, discussion des points forts et des points à améliorer, priorités et scores retenus. Des visites de terrain ont permis d'approfondir les évaluations. Lors du choix des mesures prioritaires à mettre en œuvre, l'accent a été mis sur des actions réalisables à échéance de 12 - 18 mois.

Revue des principaux points techniques

Djibouti dispose d'un ensemble de textes législatifs et réglementaires qui lui permettent d'appliquer les dispositions du RSI (2005). Plusieurs textes centraux encadrent la surveillance et la réponse, mais une revue à l'échelle des différents secteurs impliqués serait utile pour s'assurer de leur complémentarité et de l'absence de redondance ou de contradiction. Ce travail pourrait être confié à l'unité chargée des affaires juridiques au niveau du ministère de la Santé, qu'il conviendrait de renforcer.

Le point focal national RSI est clairement désigné, mais son rôle mériterait d'être renforcé au plan réglementaire et opérationnel à travers l'élaboration d'une feuille de route. En particulier, la nomination de points focaux formés dans les différents secteurs pourrait consolider sa dimension multisectorielle. Le rôle du Comité intersectoriel cité dans le décret présidentiel du 27 mars 2008 étant central, il conviendrait d'actualiser ses modalités de fonctionnement et de les renforcer à l'aide de directives et de procédures de travail.

Concernant la santé animale, les ressources en personnels et en matériel étant limitées, la surveillance des zoonoses est essentiellement passive. La mise en place d'un comité intersectoriel est indispensable pour assurer l'échange d'information et des interventions conjointes entre les différents acteurs impliqués dans la surveillance et la lutte contre les zoonoses. Cette nécessité de coordination est encore plus criante pour les activités relatives à la sécurité sanitaire des aliments. Quant à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, force est de constater l'absence de tout cadre légal ou réglementaire et de capacités techniques.

Le système national des laboratoires en santé humaine et animale dispose de compétences et de moyens permettant de réaliser les principaux tests de détection des maladies prioritaires au niveau central. Il serait cependant nécessaire de renforcer le rôle de pilotage et de coordination de la Direction du médicament, de la pharmacie et des laboratoires pour consolider et optimiser le réseau. Il serait également important de mettre en place une démarche qualité. En matière de sécurité et sûreté biologiques, le domaine pâtit d'un manque de bases législatives et réglementaires, de formation et de moyens pour leur application dans les laboratoires et les structures de soins.

Le système de surveillance est basé sur la notification obligatoire de 20 maladies infectieuses et syndromes. La diffusion des rapports épidémiologiques au niveau des régions et des différents secteurs doit être améliorée. Par ailleurs, il est nécessaire d'établir un système de surveillance des événements en santé humaine et animale. Enfin, des procédures opératoires précisant les mécanismes de coordination entre secteurs et la validation des notifications à l'OMS et à l'OIE amélioreraient les capacités de notification du pays qui restent limitées.

Le Programme national élargi de vaccination (PEV) est efficace et permet une bonne couverture vaccinale qu'il est cependant nécessaire d'améliorer en zone rurale et chez les populations nomades et de réfugiés.

La répartition géographique des ressources humaines disponibles et l'éventail des spécialités couvertes sont à améliorer. Il est également nécessaire d'établir une stratégie de développement des ressources humaines pour le personnel de santé, incluant un plan de formation de base et de formation continue. Un accord de collaboration avec un pays dispensant la formation en épidémiologie de terrain (FETP) serait ici bénéfique.

Djibouti dispose d'un cadre légal pour la gestion des crises et de plans spécifiques pour certaines maladies. Il conviendrait de développer un plan de réponse générique aux événements visés par le RSI (2005), construit autour d'un inventaire des risques auxquels est soumis Djibouti et des ressources disponibles. Un tel plan permettrait la mise en place de procédures opératoires et de formations associées.

La mise en place d'un centre d'opérations d'urgence est recommandée, ainsi que le développement de plan(s) de contingence pour la prise en charge des victimes au niveau de l'hôpital principal et des établissements périphériques. Ces dispositions permettront de structurer la réponse dans le cas d'événements dépassant les capacités du seul secteur de la santé. A ce titre, des exercices de simulation seraient utiles pour préciser les rôles et responsabilités des différents intervenants lors des situations de crise sanitaire (santé animale, sécurité, douanes ou protection civile, par exemple). Ils permettraient notamment de s'engager dans l'élaboration d'accords, de plans d'intervention et de mécanismes de coordination. Ces dispositions faciliteraient également la mobilisation et le déploiement de personnels et/ou de moyens exceptionnels en cas d'urgence.

Beaucoup d'acquis ont été confirmés concernant la communication sur les risques. Cette dernière pourrait encore être renforcée à travers une meilleure coordination multisectorielle en s'appuyant sur un plan de communication conjoint et des mécanismes bien définis pour la communication lors des urgences de santé publique. La gestion des rumeurs doit également être assurée.

Concernant les points d'entrée, il est important d'élaborer un plan d'intervention pour les urgences de santé publique, à intégrer dans les plans d'urgence de l'aérodrome et du port. Une formation spécifique à l'environnement aéroportuaire et portuaire doit être envisagée pour le personnel des services de quarantaine. Il faut également améliorer les mécanismes de communication et de coordination avec les autres parties prenantes, opérant aux frontières.

En matière de risques chimiques, il existe des dispositifs législatifs et des structures de coordination intersectorielle, mais celles-ci manquent de dynamisme en dehors des crises. Les risques radiologiques, essentiellement liés aux équipements médicaux, doivent être intégrés dans le plan national d'urgence, et des lignes directrices, des procédures et des formations doivent être proposées en conséquence.

Prochaines étapes

A l'issue de cette EEC, les activités rapidement évoquées ici devront être plus largement décrites dans l'exercice de rédaction du plan national qui s'appuiera sur les résultats de ce travail. Dès à présent et de manière très globale, il convient d'insister sur l'importance d'élaborer des plans d'urgence et les procédures associées. Leur absence est très souvent à l'origine du score limité, retenu pour bon nombre de domaines techniques dont le niveau de capacité pourrait facilement passer au score supérieur une fois cette lacune comblée.

La dimension intersectorielle est encore peu prise en compte, aussi convient-il de poursuivre les efforts d'information sur le RSI (2005), afin d'obtenir un meilleur engagement des différents acteurs concernés. Ces derniers doivent non seulement comprendre leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre des règles du RSI (2005), mais aussi réaliser que c'est l'opportunité pour la République de Djibouti de développer des capacités spécifiques à chaque secteur et d'améliorer ainsi, de façon plus générale, son système de santé.

Scores et actions prioritaires pour la République de Djibouti

Capacités	Indicateurs	Score
Législation, politique et financement nationaux	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI.	2
	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et harmonisé la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).	2
Coordination, communication et promotion du RSI	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI.	1
Résistance aux antimicrobiens	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	1
	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	1
	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS).	1
	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.	1
Zoonoses	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	2
	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale.	2
	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.	1
Sécurité sanitaire des aliments	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.	2
Sécurité et sûreté biologiques	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	1
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.	1
Vaccination	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	3
	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.	4
Système national de laboratoires	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	3
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	2
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	2
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	1
Surveillance en temps réel	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	3
	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	2
	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	3
	D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique.	1

Capacités	Indicateurs	Score
Notification	D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE.	2
	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.	2
Développement du personnel	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI.	2
	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP).	1
	D.4.3 Stratégie pour les personnels.	1
Préparation	R.1.1 Un plan national multirisques de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué.	1
	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.	1
Interventions d'urgence	R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence.	1
	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence.	1
	R.2.3 Programme d'interventions d'urgence.	1
	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.	2
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé.	1
Moyens médicaux et déploiement de personnel	R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.	1
	R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.	1
Communication sur les risques	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	1
	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	2
	R.5.3 Communication publique.	2
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	2
	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.	1
Points d'entrée	PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée.	2
	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée.	1
Événements d'origine chimique	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.	1
	CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique.	1
Situations d'urgence radiologique	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	1
	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique	1

Scores: 1=capacité inexistante; 2=capacité limitée; 3=capacité développée; 4=capacité démontrée; 5=capacité pérenne.

PREVENIR

Législation, politique et financement nationaux

Introduction

Le RSI (2005) s'accompagne de droits et d'obligations pour les États Parties. Dans certains d'entre eux, la mise en œuvre du RSI (2005) nécessite parfois une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Un État Partie peut aussi choisir de réviser une partie de la réglementation ou d'autres instruments pour faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace. Les textes législatifs permettent d'institutionnaliser et de renforcer le rôle du RSI (2005) ainsi que les opérations au sein de l'État Partie. Ils sont également propres à faciliter la coordination entre les différentes entités intervenant pour leur application. Voir conseils détaillés relatifs à l'application du RSI (2005) dans la législation nationale sous le lien suivant : (http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html). En outre, les politiques définissant les structures et les responsabilités nationales, ainsi que l'affectation de ressources financières suffisantes, sont essentielles.

Cible

Les États Parties doivent disposer d'un cadre juridique adéquat pour les soutenir, leur permettre de s'acquitter de leurs obligations et faire valoir leurs droits, afin de respecter et d'appliquer le RSI (2005). Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Un État Partie, peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments, afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficiente, efficace et bénéfique.

Les États Parties doivent garantir la mise à disposition de financements suffisants pour mettre en œuvre le RSI (2005), qu'ils proviennent du budget national ou d'un autre mécanisme.

Niveau de capacités de Djibouti

La République de Djibouti a accepté la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé en 1978 et, par là même, est devenue partie à celle-ci. Notons que, conformément à l'article 70 de la Constitution de la République de Djibouti dans sa version révisée par la Loi constitutionnelle de 2010, « les traités ou accords régulièrement ratifiés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie et de sa conformité avec les dispositions pertinentes du droit des traités. ». Dans ce cadre, Djibouti est un État Partie au RSI.

Djibouti dispose d'un arsenal juridique approprié à la mise en œuvre du RSI (2005), notamment avec l'adoption en 2008 d'un décret présidentiel relatif au Règlement en matière de sécurité et d'information sanitaire. Ce décret régissant la surveillance et l'action en santé publique mentionne le RSI (2005) dans son préambule. Il intègre ainsi les dispositions du RSI (2005) dans le système juridique djiboutien. Il a notamment prévu la création d'un Comité multisectoriel dont les attributions, bien que non explicitement mentionnées dans le décret, incluent le suivi de l'application des dispositions du RSI (2005).

Par ailleurs, une loi a été adoptée en 2011 portant création de l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD), rattaché au ministère de la Santé. Depuis cette date, l'INSPD remplit les fonctions de Point focal national (PFN) RSI (2005). Il inclut notamment une section Quarantaine, chargée d'assurer l'application du RSI (2005) au niveau des postes frontaliers et points d'accès au territoire national.

L'article 114 de la loi n°48/AN/99/4ème L portant orientation de la Politique nationale de santé mentionne la déclaration obligatoire des maladies selon les modalités fixées par voie réglementaire, en accord avec le RSI (2005). La mise en œuvre de cette mesure est facilitée par l'existence de deux guides : l'un ayant trait à la surveillance intégrée des maladies ré-émergentes, l'autre aux maladies à déclaration obligatoire.

Enfin, la législation, la réglementation, les instructions administratives et autres mesures pertinentes pour l'application des dispositions du RSI (2005) ont été revues à deux reprises, en 2011 (mission OMS-EMRO) et en 2014, afin d'identifier les principales difficultés, optimiser la mise en œuvre du RSI (2005) et élaborer un plan d'action conforme aux obligations du RSI (2005). Des recommandations ont été formulées, mais il n'est pas certain qu'elles aient été suivies d'effet.

Mesures prioritaires recommandées

- Procéder à une revue plus poussée des textes législatifs et réglementaires et des politiques nationales de santé, compléter et adapter les dispositions relatives à l'application du RSI (2005) dans l'esprit de l'approche « Une seule santé ».
- Etablir des protocoles d'accord avec les pays transfrontaliers pour la gestion des situations d'urgence de santé publique en s'appuyant notamment sur les cadres de coopération déjà existants avec ces pays, tel que le « Common Market for Eastern and Southern Africa » (COMESA).
- Renforcer l'unité chargée des affaires juridiques au niveau du ministère de la Santé en termes de ressources humaines et d'outils de travail.

Indicateurs et scores

P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Adoption d'un texte réglementaire visant à l'application des dispositions du RSI (2005) au niveau national
- Evaluations en 2011 et 2014 de l'arsenal juridique pertinent pour la mise en œuvre du RSI (2005)
- Existence d'un PFNRSI
- Existence d'instruments juridiques relatifs à la surveillance intégrée des maladies ré-émergentes et des maladies à déclaration obligatoire

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de collaboration formalisée avec les pays limitrophes dans le domaine des urgences sanitaires
- Manque de précision concernant les fonctions et responsabilités propres à chaque acteur impliqué dans la mise en œuvre du RSI (2005)
- Absence de mise à jour de l'arsenal juridique

P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005) **- Score 2**

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un comité intersectoriel pour la mise en œuvre du RSI (2005)
- Présence d'un juriste au niveau du ministère de la Santé
- Existence d'un plan national quinquennal de développement sanitaire, couvrant la période 2013-2017, et élaboration en cours du futur plan pour la période 2018-2023

Difficultés/volets à renforcer

- Budget régulier insuffisant pour la mise en œuvre du RSI (2005)
- Capacités logistiques et administratives de l'INSPD insuffisantes, notamment concernant le rôle et les responsabilités du PFN RSI

Coordination, communication et promotion du RSI

Introduction

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application réelle du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, y compris le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI, faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), est une exigence clé de l'application du RSI (2005).

Cible

Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent mettre à jour continuellement et confirmer tous les ans.

Niveau de capacités de Djibouti

Plusieurs ministères contribuent à la mise en œuvre du RSI (2005) : le ministère de la Santé pour tout ce qui concerne la diffusion de l'information sanitaire, la prévention, la surveillance et la réponse aux événements de santé publique ; le ministère du Commerce pour les aspects ayant trait à la sécurité des produits de consommation ; le ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Mer pour la sécurité sanitaire des aliments et la santé animale ; le ministère de l'Environnement pour les aspects liés aux activités radiologiques et à l'utilisation de produits chimiques. Les ministères des Transports, de la Défense et de l'Intérieur participent également à cette mise en œuvre.

L'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD) assure les fonctions de Point focal national (PFN) RSI. Ses coordonnées ont été communiquées à l'OMS, mais n'ont pas été mises à jour et confirmées chaque année, conformément aux exigences du RSI (2005). Le PFN RSI assure la mise en œuvre et l'application du présent règlement, est en communication avec le point de contact régional de l'OMS, et partage les informations nécessaires avec les autres autorités compétentes de l'administration de la république de Djibouti. Toutefois cet échange intersectoriel pourrait être amélioré. Un mécanisme de coordination entre les différents secteurs impliqués a été établi et concrétisé par la mise en place officielle (décret présidentiel) en 2008 du Comité multisectoriel de suivi. Ce dernier assure, dans les faits, le suivi de la mise en œuvre du RSI (2005), bien que cette fonction ne soit pas explicitement précisée dans le décret. Constitué de 18 représentants des différents départements ministériels et du représentant de l'OMS à Djibouti, ce comité ne fonctionne pas de façon régulière et la liste de ses membres n'a pas été actualisée depuis 2008, en dépit des remaniements ministériels successifs. Par ailleurs, il n'existe aucune procédure opératoire standardisée (POS) ou lignes directrices pour la coordination entre le PFNRSI et les autres secteurs concernés.

Il convient de noter que le PFN RSI n'est pas pleinement habilité à échanger systématiquement les informations en temps utile, ni avec le point de contact régional de l'OMS, ni même sur le plan interne avec les autres secteurs.

En matière de communication, certains aspects sont à revoir, notamment avec l'élaboration d'outils qui permettraient à tous les secteurs de s'engager davantage. Les agents des divers ministères évoqués plus haut et les autres parties prenantes impliquées ne sont pas suffisamment informés sur le RSI (2005).

Mesures prioritaires recommandées

- Actualiser le décret portant création du comité multisectoriel de suivi de la mise en œuvre du RSI (2005) et définir les procédures de son fonctionnement.
- Renforcer le rôle et les responsabilités du Point focal national RSI par texte réglementaire et élaborer sa feuille de route.
- Promouvoir le RSI (2005) au niveau national auprès des différentes parties prenantes (plaidoyer, etc.).
- Intégrer une plateforme RSI (2005) au site web du ministère de la Santé pour partager l'information utile avec les autres secteurs.

Indicateurs et scores

P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI - Score 1

Un mécanisme de coordination entre les ministères concernés est en place, mais on note l'absence de procédures opératoires standardisées (POS). Il existe cependant de nombreux éléments qui permettraient de progresser facilement et rapidement de la capacité 1 aux capacités supérieures.

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un PFN RSI
- Mise en place d'un Comité multisectoriel de suivi par décret présidentiel
- Existence d'une collaboration intersectorielle dans différents domaines

Difficultés/volets à renforcer

- Non fonctionnalité du Comité multisectoriel de suivi
- Coordination et communication insuffisantes entre les secteurs concernés par le RSI (2005)
- Limitation de la fonction du PFN RSI de par le défaut de culture de coordination et de communication intersectorielles et le manque d'efficacité de la structure (le comité) mise en place

Résistance aux antimicrobiens

Introduction

Les bactéries et autres agents microbiens évoluent en réaction à leur environnement et conçoivent inévitablement des mécanismes pour se défendre et éviter d'être éliminés par les antimicrobiens. Pendant de nombreuses décennies, le problème est resté gérable car la résistance augmentait lentement et l'industrie pharmaceutique n'a cessé de créer de nouveaux antibiotiques.

Toutefois, ce problème s'est mué en crise au cours de la dernière décennie. La résistance aux antimicrobiens (RAM) croît en effet à un rythme alarmant au point de surpasser la mise au point de nouveaux moyens de lutte contre les infections. Cette situation menace les soins aux patients, la croissance économique, la santé publique, l'agriculture, la sécurité économique et la sécurité nationale.

Cible

Appuyer le travail coordonné par l'OMS, la FAO et l'OIE visant à préparer un ensemble intégré d'activités à l'échelle mondiale pour combattre la résistance aux antimicrobiens, couvrant à la fois la santé humaine et animale, l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (approche « Une seule santé ») avec notamment : a) la mise en œuvre, dans chaque pays, d'un plan national global pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; b) le renforcement de la surveillance et des capacités des laboratoires aux niveaux national et international en suivant les normes internationales convenues, élaborées dans le cadre du plan d'action mondial et en tenant compte des normes existantes ; etc) l'amélioration de la conservation des traitements existants et de la collaboration pour soutenir le développement durable de nouveaux antibiotiques, de traitements alternatifs, de mesures préventives, de tests diagnostiques rapides sur le lieu des soins, y compris de systèmes pour conserver les nouveaux antibiotiques.

Niveau de capacités de Djibouti

Djibouti ne dispose d'aucun plan national pour la détection en laboratoire et la surveillance des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens (RAM), ni pour la surveillance des infections associées aux soins (IAS). Les laboratoires qui disposeraient des capacités techniques pour détecter et notifier les RAM ne sont pas pleinement fonctionnels.

En dehors de l'article 42 de la loi 145 du 11 février 1991 relative aux conditions d'exercice de la pharmacie, il n'existe aucune législation sur la pharmacie vétérinaire permettant de contrôler ou de limiter l'usage des antimicrobiens.

Toutefois, et sans qu'il s'agisse d'un plan général relatif aux antimicrobiens, des programmes spécifiques comme celui sur la tuberculose prennent en compte ce sujet.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un cadre légal et réglementaire pour la délivrance des antimicrobiens.
- Élaborer, adopter et mettre en œuvre un plan national de détection, de surveillance et de gestion des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, comprenant notamment l'adoption de bonnes pratiques de prescription et d'utilisation des antimicrobiens et leur contrôle.
- Développer un programme de lutte contre les infections associées aux soins de santé.

- Élaborer des guides pour la détection de la résistance aux antimicrobiens à l'usage de tous les laboratoires de microbiologie (santé humaine, vétérinaire et environnementale).
- Mettre en place un dispositif de surveillance des antibiorésistances.

Indicateurs et scores

P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Enquêtes nationales concernant la résistance aux antituberculeux
- Existence d'un réseau de laboratoires publics

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de dispositif de notification et de traitement de l'information
- Formation insuffisante des personnels aux techniques de surveillance et de détection de la RAM
- Absence de guides pratiques

P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens- Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un réseau de laboratoires publics

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'enquêtes sur la prévalence des IAS
- Absence de dispositif de notification et de traitement de l'information

P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Etudes sur la tuberculose

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan national
- Absence d'enquêtes sur la prévalence des IAS

P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

Note ministérielle limitant la vente des antibiotiques sans ordonnances

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de recommandations pour l'usage des antimicrobiens
- Absence de législation sur la pharmacie vétérinaire et l'usage des antimicrobiens
- Absence de liste d'antimicrobiens réservés à l'usage hospitalier

Zoonoses

Introduction

Les zoonoses sont des maladies ou des infections transmissibles qui se propagent aux populations animales et humaines. Ces maladies sont causées par des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, véhiculés par des animaux et des insectes, ou par le biais de vecteurs inanimés nécessaires à la transmission du microbe. Environ 75 % des maladies infectieuses émergentes affectant l'homme sont d'origine animale ; environ 60 % de l'ensemble des agents pathogènes chez l'homme sont d'origine zoonotique.

Cible

Adoption de comportements, de politiques et/ou de pratiques mesurables susceptibles de minimiser la transmission des maladies zoonotiques des animaux aux populations humaines.

Niveau de capacités de Djibouti

A Djibouti, la liste des 20 maladies à déclaration obligatoire répertorie 4 maladies ou groupes de maladies zoonotiques : les fièvres hémorragiques (telles que fièvre de la Vallée du Rift, fièvre de Congo-Crimée), les Syndromes respiratoires aigus sévères (influenza aviaire hautement pathogène, MERS-Coronavirus), la brucellose et la rage. S'y ajoute la déclaration d'événements inconnus ou émergents, dont certains peuvent être d'origine zoonotique. Les services de santé et les services vétérinaires connaissent cette obligation de déclaration.

Au sein du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Mer, la Direction de l'Élevage et des Services vétérinaires (DESV) dispose de capacités limitées en personnel, en équipement et en matériel : 15 vétérinaires dans le secteur public, une quinzaine dans le secteur privé essentiellement employés par la quarantaine, et 45 para-vétérinaires affectés à des tâches de santé publique vétérinaire sur le territoire (données OIE). La formation initiale des para-vétérinaires est insuffisante (rapport PVS 2007), de même que la formation continue pour les vétérinaires, notamment en matière de surveillance et de lutte contre les zoonoses.

Le pays ne dispose d'aucun système de surveillance spécifique aux zoonoses. La surveillance épidémiologique est essentiellement passive pour la tuberculose, l'hydatidose et la cysticercose lors de l'inspection post-mortem au niveau des abattoirs. Elle est active pour la fièvre de la Vallée du Rift (lors de situation à risque) et la brucellose qui fait l'objet d'analyses systématiques au niveau de la quarantaine de Damerjog sur le cheptel en transit. Les données de surveillance figurent dans le rapport de la DESV, mais ne sont pas partagées avec les services du ministère de la Santé, si ce n'est lors d'événements significatifs.

En dehors du rapport semestriel et annuel à l'OIE, les zoonoses ne font pas l'objet d'enregistrements spécifiques. Les derniers rapports à l'OIE mentionnent au chapitre des maladies animales la détection de zoonoses (brucellose). Toutefois, dans la partie « zoonoses » de ces rapports, remplie sur la base des informations fournies par le secteur de la santé, aucun événement n'est mentionné ; ceci traduit l'absence de communication entre les deux secteurs puisqu'il existe des cas de brucellose, par exemple. Ce point est confirmé par la visite au siège des services vétérinaires en présence du représentant de l'INSPD.

Côté santé humaine, les zoonoses, notamment la brucellose, sont traitées de la même façon que les autres maladies. Il n'existe aucune procédure systématique d'action conjointe (enquête épidémiologique) lors de l'identification des cas. Toutefois, les services se connaissent et on note parfois des actions conjointes lors de cas spécifiques, pas nécessairement couverts par le RSI (2005) (leishmaniose par exemple).

Il n'existe pas de comité intersectoriel pour lutter contre les zoonoses. La collaboration entre santé humaine et santé animale reste à institutionnaliser.

Mesures prioritaires recommandées

- Créer et organiser le fonctionnement d'un comité intersectoriel.
- Renforcer les personnels vétérinaires et para-vétérinaires (effectifs et formation continue).
- Systématiser les échanges d'information sanitaire.
- Développer et appliquer systématiquement des procédures d'enquêtes vétérinaires lors de la détection de cas humains de zoonoses.
- Elaborer des plans de surveillance vétérinaire comportant notamment le développement des compétences nécessaires dans les laboratoires.

Indicateurs et scores

P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Expérience acquise avec la surveillance de la brucellose
- Capacités de diagnostic dans les laboratoires des services vétérinaires et de la quarantaine animale, au Centre d'étude et de recherche de Djibouti (CERD) et au Laboratoire national d'analyses alimentaires (LANAA)
- Enquêtes occasionnelles

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'échange systématique d'information entre les secteurs
- Absence de cadre juridique, de procédure ou de guide des bonnes pratiques pour coordonner les activités de surveillance des zoonoses entre secteur de la santé animale et humaine
- Absence de plans nationaux de surveillance et de liste prioritaire des zoonoses à surveiller, en dehors de celles inscrites dans la liste des maladies à déclaration obligatoires
- Aucun programme d'éradication de maladies zoonotiques

P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Activités de santé publique conduites par du personnel des services vétérinaires

Difficultés/volets à renforcer

- Effectifs insuffisants en santé animale
- Absence de plan de formation continue pour l'ensemble des personnels de santé
- Absence de formations communes à la santé humaine et à la santé vétérinaire sur les zoonoses

P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles - Score 1

Le pays dispose cependant de nombreux éléments positifs et pourrait accéder à la capacité supérieure en organisant la coordination intersectorielle pour la réponse aux zoonoses, notamment à travers des actions de prévention de la rage.

Atouts/pratiques exemplaires

- Expérience de riposte conjointe contre la grippe aviaire hautement pathogène H5N1
- Enquêtes conduites par la DESV et mise en œuvre de ripostes contre les zoonoses (ex : programme de lutte contre la rage)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de liste des zoonoses prioritaires
- Absence de programme de contrôle ou d'éradication des zoonoses
- Absence de plan de riposte aux zoonoses. Il conviendrait de valoriser l'expérience acquise avec la GAHP H5N1 pour développer des plans de lutte contre d'autres zoonoses

Sécurité sanitaire des aliments

Introduction

Les maladies diarrhéiques sont la neuvième cause de mortalité dans le monde en 2016, en particulier dans les pays moins développés. Beaucoup sont d'origine hydrique et alimentaire. La rapide mondialisation de la production et du commerce alimentaires a multiplié le risque d'incidents internationaux dus aux aliments contaminés. La détection puis l'identification de l'origine d'une flambée de toxi-infections alimentaires et son confinement sont donc importants. La capacité de gestion de ces risques tout au long de la chaîne alimentaire doit être développée pour mettre en place les mesures adéquates de gestion des risques propres à prévenir les cas humains.

Cible

Les États Parties doivent disposer des capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques de maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Ceci exige une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité de l'eau et de l'assainissement.

Niveau de capacités de Djibouti

A Djibouti, le contrôle sanitaire de la chaîne alimentaire relève de la compétence de plusieurs ministères (Santé ; Agriculture, Elevage et Mer ; Commerce) qui interviennent séparément et sans coordination nationale formelle. Ils assurent les fonctions de surveillance, de législation et d'inspection, et disposent pour cela de l'appui d'un laboratoire de l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD) rattaché au ministère de la Santé et du Laboratoire national d'analyses alimentaires (LANAA) rattaché au ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Mer.

Au ministère de la Santé, le système d'inspection s'appuie sur une équipe de 16 inspecteurs qui réalisent environ 1400 inspections inopinées ou dirigées par an. Si les compétences sont distribuées par décrets, la base juridique de l'inspection sanitaire demeure limitée. Les inspecteurs utilisent néanmoins des grilles d'inspection adaptées aux catégories d'établissement.

Le Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Mer dispose d'une équipe de 6 inspecteurs qui assurent également l'inspection des établissements, en plus de l'inspection permanente de l'abattoir de Djibouti et des aires d'abattage dans les régions.

La visite de terrain avec les services vétérinaires confirme l'absence de coordination formalisée entre les deux ministères. Toutefois, il existe des relations occasionnelles. En particulier, des initiatives d'inspection conjointe qui n'ont cependant pas débouché sur une institutionnalisation.

Concernant la sécurité sanitaire des aliments aux points d'entrée, les denrées animales et végétales font l'objet d'une inspection aux frontières lors de l'importation sous couvert d'un certificat sanitaire. Le poste d'inspection vétérinaire du port n'a aucune relation avec les services de santé.

Concernant plus spécifiquement les toxiinfections alimentaire collectives (TIAC), en l'absence d'une définition légale du cas, la déclaration n'est ni obligatoire ni formalisée, ce qui ne permet pas de disposer de statistiques sur leur nature, leur fréquence, leur origine et leur impact sur la santé et l'économie pour le pays. Toutefois, l'absence de statistiques ne signifie pas absence d'information. Le LANAA a en effet signalé des analyses à l'occasion d'incidents alimentaires. Celles-ci n'entrant pas dans des systèmes organisés, elles ne sont pas standardisées et restent difficilement exploitables.

Sur le plan international, la liaison INFOSAN relève du point focal « urgence » de l'INSPD, le Codex alimentarius du ministère du Commerce, et les Accords sanitaires phytosanitaires du ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Mer.

Concernant l'inspection de l'eau, les problèmes d'assainissement et d'approvisionnement en eau, l'Office national de l'eau et de l'assainissement de Djibouti (ONEAD) réalise des analyses physicochimiques au niveau des forages et des analyses bactériologiques après javellisation de l'eau et distribution. A Djibouti ville, 90 % de la population ont accès à l'eau potable. En revanche, seulement 20% des eaux usées sont traitées.

Mesures prioritaires recommandées

- Réorganiser le système de sécurité sanitaire des aliments en précisant les rôles et responsabilités de chaque intervenant et en établissant des procédures de coordination entre eux.
- Renforcer la base légale de l'inspection et de l'intervention en matière d'inspection sanitaire des denrées et prévoir une définition des toxiinfections alimentaires collectives et les obligations de déclaration.
- Désigner un laboratoire de référence en microbiologie alimentaire (Laboratoire national d'analyses alimentaires).

Indicateurs et scores

P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence du LANAA
- Pratique de l'inspection

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de coordination interministérielle
- Absence de lien opérationnel entre les différents intervenants
- Capacités de laboratoire insuffisantes
- Manque de base légale et d'organisation des systèmes de détection et de surveillance

Sécurité et sûreté biologiques

Introduction

La manipulation d'agents pathogènes en laboratoire est vitale pour veiller à ce que la communauté mondiale dispose d'un ensemble robuste d'outils (médicaments, produits diagnostics et vaccins) pour contrer la menace en perpétuelle évolution que représentent les maladies infectieuses.

La recherche sur les agents infectieux est cruciale pour développer et mettre à disposition les outils médicaux et de santé publique indispensables à la détection, au diagnostic, à l'identification et à la riposte aux flambées de maladies infectieuses d'origine naturelle, accidentelle ou intentionnelle. Dans le même temps, afin de protéger les chercheurs et la population, la multiplication des infrastructures et des ressources dédiées au stockage et à la manipulation des agents infectieux ne doit pas rendre plus aisé leur accès à des personnes non habilitées à le faire ou éventuellement mal intentionnées.

Cible

Mise en place d'un système national de sécurité et sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement, qui soit en mesure d'identifier, de stocker, de sécuriser et de surveiller les agents pathogènes particulièrement dangereux dans un nombre réduit de structures conformément aux pratiques exemplaires ; offre de formations et campagnes de sensibilisation par la pédagogie à la gestion des risques biologiques afin de promouvoir une culture partagée de la responsabilité, de réduire les risques de double usage, de limiter la prolifération biologique et les menaces liées à un usage délibéré, et d'assurer le transfert des agents biologiques en toute sécurité ; mise en place d'une législation sur la sécurité et la sûreté biologiques propre à chaque pays, de l'homologation des laboratoires, et de mesures de lutte contre les agents pathogènes

Niveau de capacités de Djibouti

La sécurité et la sûreté biologiques sont des concepts voisins mais pas identiques. La sûreté biologique s'entend de la protection individuelle et environnementale contre l'exposition à des agents biologiques potentiellement dangereux. La sécurité biologique vise à prévenir la perte, le vol, le détournement ou l'usage néfaste délibéré d'agents microbiens, de toxines ou d'informations liées à la recherche. La sûreté biologique veille donc à ce que des procédures et des pratiques soient en place pour prévenir l'exposition et les infections sur le lieu de travail, alors que la sécurité biologique veille à ce que l'accès aux matériaux biologiques et aux informations sensibles soit sécurisé.

En 2008, le pays a mandaté une équipe de consultants pour préparer un projet de réglementation en gestion des déchets biomédicaux. Cependant, il ne dispose pas de législation précise en matière de Sécurité et sûreté biologiques (SSB), ni de budget propre à ce volet. De façon générale, les laboratoires ne sont pas dotés d'équipement de SSB.

Concernant la formation à la SSB, seul le LANAA a mis en place un système de formation systématique des stagiaires et nouveaux laborantins et 2 personnes de l'INSPD ont également été formées à l'étranger. Les autres laboratoires n'ont bénéficié d'aucune formation.

Par ailleurs, il n'existe aucune cartographie des sites manipulant ou hébergeant des agents pathogènes. Notons que l'hôpital Faure héberge un laboratoire de niveau P3.

Enfin, la gestion des déchets entraîne des risques importants pour le personnel des laboratoires, des hôpitaux et les patients.

Mesures prioritaires recommandées

- Etablir un groupe de travail pour rédiger une réglementation sur la sécurité et la sûreté biologiques.
- Renforcer la formation continue des agents de laboratoire et la formation initiale pour toutes les professions de santé.
- Elaborer et valider des procédures opératoires standardisées pour la gestion des déchets biomédicaux, l'exploitation, le stockage, l'élimination et le confinement sécurisé et sans danger des agents pathogènes.
- Intégrer les requis de biosécurité et biosûreté au système d'homologation des laboratoires.

Indicateurs et scores

P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Préparation en 2008 d'un projet de réglementation pour la gestion des déchets biomédicaux

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'inventaire des pathogènes stockés dans les différents laboratoires centraux
- Absence de système d'homologation des laboratoires incluant des requis de SSB
- Absence de POS au niveau national

P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une formation à la SSB au LANAA

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de responsable SSB dans chaque laboratoire
- Absence de programme national de formation à la SSB pour tous les laboratoires des différents secteurs
- SSB insuffisante dans les laboratoires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les secteurs

Vaccination

Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé les plus performantes dans le monde et l'un des moyens les plus économiques pour sauver des vies et prévenir les maladies. D'après les estimations, la vaccination permet de prévenir plus de deux millions de décès par an dans le monde.

Cible

Un système national performant de délivrance de vaccins – envergure nationale, distribution efficace, accès des populations marginalisées, chaîne du froid adaptée et contrôle systématique de la qualité – en mesure de répondre aux nouvelles menaces de maladie.

Niveau de capacités de Djibouti

Le pays a démarré son Programme élargi de vaccination (PEV) en 1984. A ce jour, il dispose d'un plan pluri-annuel complet (PPAC) 2016-2020, aligné au plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS, et couvrant 10 maladies évitables par la vaccination (diphtérie, tétanos, coqueluche, méningite à *Haemophilus influenzae* de type B, BCG, hépatite B, poliomyélite, pneumocoque, rotavirus et rougeole). Le plan inclut trois stratégies de vaccination — fixe (70%), avancée (10%), mobile (20%) — et l'organisation de campagnes de rattrapage des perdus de vue.

A partir de 2015, le pays a enregistré une diminution de la couverture vaccinale surtout au niveau rural (50% de couverture seulement), en raison notamment du mauvais fonctionnement des équipements (chaîne du froid), de la mobilité des populations nomades et des réfugiés, et de la faible qualité des données. La faible couverture en zone rurale témoigne du manque d'efficacité de la stratégie mobile.

Toutefois, des efforts ont été mis en œuvre pour renforcer la chaîne du froid et améliorer la gestion des données pour atteindre en 2020 l'objectif d'une couverture vaccinale de 90% au niveau national. Suite à ces efforts, toutes les structures disposent aujourd'hui d'équipements frigorifiques.

Les vaccins inscrits au calendrier vaccinal sont administrés gratuitement. L'approvisionnement est assuré à tous les niveaux (central, régional et périphérique). Les vaccins sont stockés entre 6 et 12 mois, aucune rupture de stocks n'a été notée. Il convient de souligner l'appui de GAVI pour la modernisation du système de distribution des vaccins, avec entre autres, l'achat d'un véhicule frigorifique.

Concernant les données de vaccination, elles sont recueillies au niveau national. Le système de suivi des personnes non vaccinées fonctionne bien dans les centres urbains, mais reste à renforcer en zone rurale. On note l'absence de mise à jour de la cartographie des populations sous-vaccinées et des micro-plans de vaccination.

L'élimination réussie du tétanos néonatal témoigne de l'efficacité du PEV. Néanmoins, la surveillance épidémiologique des maladies à prévention vaccinale ne permet pas de suivre l'impact du programme, d'une part parce qu'elle ne concerne pas la plupart des maladies qu'il couvre (diphtérie, tétanos, coqueluche, tuberculose, pneumocoque, rotavirus), d'autre part parce que les laboratoires ne disposent pas des capacités permettant de confirmer l'étiologie des maladies éruptives ou des méningites notifiées en tant que syndromes. Par conséquent, la collaboration entre le système de surveillance et le PEV reste limitée.

La coordination des activités de vaccination pourrait être améliorée. Le comité consultatif national sur la vaccination ne se réunit pas régulièrement et ne supervise pas efficacement la coopération entre secteurs (santé, agriculture et affaires intérieures) et entre programmes (PEV, surveillance épidémiologique, système national de laboratoires).

Enfin, tout récemment, en 2018, le pays a renforcé la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) avec la nomination d'un point focal, chargé de coordonner cette surveillance. A ce jour, aucun cas de MAPI n'a été enregistré.

Mesures prioritaires recommandées

- Renforcer la stratégie mobile du Programme élargi de vaccination (PEV) afin d'améliorer la couverture vaccinale des populations en zone rurale, des populations nomades et des réfugiés.
- Tester la délivrance de vaccins à travers une campagne de vaccination ou un exercice fonctionnel à l'échelle du pays.
- Renforcer la coordination/collaboration entre le système de surveillance épidémiologique des maladies à prévention vaccinale et le Programme élargi de vaccination (PEV).
- Redynamiser le comité consultatif national sur la vaccination.
- Elaborer des procédures opératoires standardisées pour une gestion efficace des vaccins.

Indicateurs et scores

P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Utilisation du vaccin à valence rougeole dans le cadre du PEV depuis 1984
- Existence d'un simple système administratif de suivi de la couverture vaccinale
- Enquêtes périodiques sur la couverture vaccinale (résultats non fournis)
- Existence d'un plan national agréé avec les partenaires internationaux en place

Difficultés/volets à renforcer

- Couverture vaccinale inégale entre zones rurales et urbaines
- Non actualisation de la cartographie des populations sous-vaccinées et des micro-plans
- Dynamique insuffisante du comité consultatif national sur la vaccination

P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national - Score 4

Atouts/pratiques exemplaires

- Bonne organisation du PEV avec des effectifs suffisants en ressources humaines
- Evaluations régulières du PEV en collaboration avec des agences techniques et des bailleurs de fonds
- Identification et correction systématiques des problèmes relatifs à la délivrance des vaccins et à la maintenance de la chaîne du froid

Difficultés/volets à renforcer/défis

- Manque de vérification indépendante de la délivrance des vaccins
- Manque de POS pour une gestion efficace des vaccins
- Couverture vaccinale inégale entre zones urbaines et rurales

DETECTER

Système national de laboratoires

Introduction

Les laboratoires de santé publique offrent des services essentiels englobant la détection des maladies et des épidémies, les interventions d'urgence, la surveillance des maladies et la surveillance de l'environnement.

Au niveau local ou national, les laboratoires de santé publique peuvent faire office de point focal d'un système national de laboratoires pour assurer la sécurité humaine, vétérinaire et sanitaire des aliments, à travers leurs principales fonctions incluant la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies ; la gestion des données intégrées ; les analyses spécialisées et de référence ; la supervision des laboratoires ; les interventions d'urgence ; la recherche en santé publique ; la formation et l'éducation ; les partenariats et la communication.

Cible

Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.

Niveau de capacités de Djibouti

Le système national des laboratoires en santé humaine et animale dispose de compétences et de moyens permettant de réaliser les principaux tests de détection des maladies prioritaires au niveau central. Ainsi, le laboratoire de l'hôpital Peltier, le Laboratoire national d'analyse alimentaire (LANAA) et le Centre d'étude et de recherche de Djibouti (CERD) disposent de ressources humaines qualifiées et d'équipements permettant d'assurer des analyses de qualité. Notons que le laboratoire de l'hôpital Peltier n'a pas accès aux contrôles de qualité externe.

En revanche, les capacités d'analyse des laboratoires de l'Institut national de santé publique (INSPD) et des autres niveaux de la pyramide sanitaire sont limitées.

La coordination des activités de l'ensemble des laboratoires nationaux est assurée par la Direction du médicament, de la pharmacie et des laboratoires (DMPL) qui décide également des équipements à acquérir, valide les nouvelles techniques et assure une supervision technique.

On note l'absence de politique nationale ou de stratégie globale des laboratoires, un manque de réglementation, de formation continue et des locaux non conformes.

Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser et valider la politique et le plan stratégique nationaux pour le renforcement du réseau de laboratoires.
- Renforcer la Direction du médicament, de la pharmacie et des laboratoires dans son rôle de pilotage des politiques publiques et de coordination des laboratoires publics.
- Mettre en place l'assurance qualité dans les laboratoires en rédigeant un référentiel local ou en adoptant directement une norme internationale.
- Renforcer la communication des laboratoires sur leurs activités.

- Organiser le système des laboratoires en définissant les analyses réalisables par chacun des niveaux. Définir les algorithmes de diagnostic. En déduire la liste des besoins en équipements, réactifs, consommables et personnel par niveau et définir un plan de transport des échantillons (humain, animal et environnemental).

Indicateurs et scores

D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Pratique des tests suivants : test diagnostic rapide du paludisme, sérologie du VIH, microscopie de la tuberculose, culture de Salmonella typhi, ELISA rougeole et rubéole, test diagnostic rapide pour le choléra, la brucellose, les mycobactéries et la dengue

Difficultés/volets à renforcer

- Compétences de laboratoire insuffisantes aux niveaux régional et périphérique de la pyramide sanitaire

D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de systèmes de transfert et de transport des échantillons biologiques pour le VIH et la tuberculose

Difficultés/volets à renforcer

- Existence d'un système national harmonisé et sécurisé de collecte, de stockage, d'acheminement et de conservations des échantillons biologiques
- Existence de POS pour le prélèvement, l'emballage et le transport des échantillons biologiques

D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Présence de personnel qualifié et d'équipements au laboratoire de l'hôpital Peltier

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de contrôle de qualité externe
- Mauvaises conditions d'installation et faible niveau d'activité des laboratoires de l'INSPD
- Mauvaises conditions d'installation des laboratoires régionaux
- Manque de formations techniques

D.1.4 Système de qualité des laboratoires - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Accréditation ISO 17025 du LANAA en cours avec l'appui du Comité français d'accréditation (COFRAC)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de référentiel de qualité pour les laboratoires
- Manque de formation au niveau national à la gestion de la qualité au laboratoire
- Manque d'engagement des laboratoires dans une démarche d'assurance qualité conduisant à l'accréditation
- Absence de système de contrôle qualité obligatoire dans tous les laboratoires pour une sélection de pathogènes prioritaires
- Absence de contrôle du respect des normes de qualité

Surveillance en temps réel

Introduction

La surveillance en temps réel vise à faire progresser la sûreté, la sécurité et la résilience du pays en conduisant une démarche de surveillance biologique intégrée qui favorise l'alerte précoce et une bonne connaissance de la situation des événements biologiques.

Cible

Renforcement des systèmes de surveillance basés sur les indicateurs et sur les événements pour qu'ils soient en mesure de détecter des événements affectant la santé publique, la santé animale et la sécurité sanitaire ; amélioration de la communication et de la collaboration entre les secteurs et les autorités aux niveaux sous-national, national et international dans le domaine de la surveillance des événements présentant un risque pour de la santé publique ; amélioration des capacités aux niveaux national et régional pour l'analyse et le croisement des données (épidémiologiques, cliniques, de laboratoire, d'analyses environnementales, de sécurité et de qualité des produits, et bio-informatiques) provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Enfin, poursuite du développement des principales capacités pour répondre aux exigences en matière de surveillance conformément aux normes établies par le RSI et l'OIE.

Niveau de capacités de Djibouti

Djibouti a mis en place un système de surveillance passive, basé sur la notification obligatoire par les centres de santé et les cabinets privés de 20 maladies infectieuses et syndromes (article 4 de la loi 99/AN).

Au niveau national, l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD) dispose d'une unité de surveillance épidémiologique, responsable de la gestion et de l'analyse des données de surveillance et de la diffusion de rapports périodiques.

Le système national d'information sanitaire (SNIS) reçoit également les données recueillies au niveau national pour préparer des rapports annuels. Les deux institutions collaborent, mais le manque de coordination entraîne une duplication du travail et une incohérence des données.

Les centres de santé, les cabinets médicaux privés et les hôpitaux tiennent des registres de consultation. Dans chaque structure, des personnels désignés récupèrent les informations concernant chaque cas relevant de la liste des maladies à notification obligatoire selon les critères de définition des cas, et les compilent dans un rapport hebdomadaire. Les équipes mobiles de l'INSPD collectent ces rapports hebdomadaires. Pour certains cas, une fiche d'investigation consigne données cliniques et les résultats de laboratoire.

Le Guide technique de surveillance épidémiologique (dernière version révisée en mars 2014) précise les rôles et responsabilités des trois niveaux du système de santé publique (périphérique, intermédiaire et national). Il insiste notamment sur l'analyse régulière des données à chaque niveau de la pyramide sanitaire pour identifier des groupes à risque et sur la nécessité du retour d'information aux structures participant à la surveillance. Cependant, l'analyse et la diffusion des données épidémiologiques restent limitées au niveau national. Ainsi, l'unité de surveillance épidémiologique de l'INSPD prépare des rapports hebdomadaires, semestriels et annuels qui ne sont pas diffusés auprès des centres de santé, des cabinets privés et autres secteurs.

La coopération et l'échange d'information entre les secteurs de santé humaine et de santé animale sont limités.

Concernant la surveillance basée sur les événements, l'INSPD s'attache à introduire le système de notification électronique DHIS2 (District Health Information System) en y intégrant la surveillance basée sur les événements.

En 2013, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2013-2017 recommandait un renforcement du cadre normatif et institutionnel du SNIS, une amélioration de la transmission des données et de la communication entre les échelons de la pyramide sanitaire, et la mise en œuvre d'un dispositif efficace de riposte pour la surveillance épidémiologique. Ces actions prioritaires restent d'actualité et pourront être complétées par les mesures listées ci-dessous.

Mesures prioritaires recommandées

- Etablir un système de surveillance des événements en santé humaine et animale.
- Mettre en application le système de notification électronique DHIS2 en y incluant la surveillance des événements.
- Assurer la diffusion des rapports hebdomadaires, mensuels et annuels au niveau des régions et des différents secteurs, ainsi que leur publication en ligne.

Indicateurs et scores

D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Surveillance basée sur les indicateurs à l'échelle nationale
- Investigation des cas
- Supervision du système de surveillance
- Système d'alerte précoce pour les maladies prioritaires
- Rapports hebdomadaires, semestriels et annuels

Difficultés/volets à renforcer

- Manque de surveillance des événements
- Insuffisance en moyens logistiques et matériels
- Sous-notification des cas
- Faible fiabilité des données
- Lacunes dans la définition des rôles des différentes parties prenantes
- Manque de formation des points focaux pour l'analyse des données
- Couverture insuffisante en matière de recueil des données au niveau des postes de santé

D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Système existant facilement adaptable à la notification électronique
- Projet en cours de mise en œuvre d'un système de notification électronique basée sur le logiciel DHIS-2

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de surveillance des évènements dans le système existants
- Formation insuffisante du personnel

D.2.3 Analyse des données de surveillance - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de bases de données
- Partage des données avec l'OMS
- Formulaires standardisés de recueil des données, d'investigation, d'enregistrement et de notification des maladies à potentiel épidémique
- Calcul des seuils épidémiques
- Compilation hebdomadaire des données

Difficultés/volets à renforcer

- Formation insuffisante du personnel des différents niveaux à l'analyse des données
- Exploitation insuffisante du logiciel pour le recueil et l'analyse des données
- Absence de retour d'information vers les centres de santé, cabinets privés et autres secteurs
- Non publication des rapports en ligne limitant leur exploitation par les personnels de santé, l'administration locale, les médias, etc. pour la mise en œuvre d'actions de santé publique

D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Notification hebdomadaire des informations sur des syndromes sélectionnés dans le cadre de la surveillance basée sur les indicateurs (syndrome respiratoire, paralysie flasque aiguë, diarrhées aqueuse aiguës, méningites)
- Investigation des cas lors du franchissement du seuil épidémique

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de politique/législation permettant une surveillance syndromique
- Notifications hebdomadaires insuffisantes pour atteindre la sensibilité et la réactivité nécessaires à un système d'alerte efficace
- Formation insuffisante des points focaux pour l'identification des alertes et leur investigation

Notification

Introduction

Du fait de l'évolution permanente des agents pathogènes et de leur adaptation à de nouveaux hôtes et environnements, les menaces sanitaires à l'interface humain-animal-écosystème se sont multipliées au cours des dernières décennies, imposant un fardeau supplémentaire aux systèmes de santé humaine et animale. Les notifications multidisciplinaires et collaboratives liées à la santé humaine, animale et des écosystèmes, réduisent le risque de maladies à l'interface entre ces trois composantes.

Cible

Notification précise et en temps utile des maladies, conformément aux exigences de l'OMS, et coordination systématique avec la FAO et l'OIE.

Niveau de capacités de Djibouti

Au sein du ministère de la Santé, l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD) assure les fonctions du PFNRSI chargé de notifier à l'OMS les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Concernant la santé animale et la sécurité sanitaire alimentaire, un délégué OIE est nommé au sein du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Mer. Ces points focaux ont accès à une formation spécifique élaborée respectivement par l'OMS et l'OIE.

A ce jour, on regrette cependant des défauts de coordination dans la mesure où il n'existe aucun système ou procédure d'échange entre le PFN RSI, le délégué OIE et les autres secteurs (Environnement, Intérieur, Défense).

Au sein de l'INSPD, le système de surveillance épidémiologique et le Service d'alerte et d'analyse de risque sont chargés d'identifier les événements sanitaires à notifier. Le pays n'a pas notifié de maladies humaines ou zoonotiques à l'OMS au travers de la plateforme EIS (Event Information System) ou à l'OIE via la plateforme WAHIS.

Concernant le délai de notification, il dépasse les 24 heures en raison des problèmes de diagnostic de laboratoire et de la nécessité pour le PFNRSI d'obtenir l'approbation du Secrétaire général du ministère de la Santé avant notification à l'OMS. Par conséquent, ce système présente des limites en cas d'USPPI.

Au niveau intermédiaire, des épidémiologistes font office de points focaux pour la notification des événements en temps réel. Cliniciens et laboratoires doivent également signaler au PFNRSI les événements sanitaires qui peuvent constituer une USP.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un système de coordination entre le PFN RSI et le délégué OIE.
- Elaborer un protocole pour la notification en temps utile des maladies, conformément à l'annexe 2 du RSI (2005).
- Former au protocole de notification les personnes en charge de la gestion des alertes aux différents niveaux.
- Planifier des exercices de simulation afin d'améliorer le processus de notification et la collaboration entre les secteurs concernés.

Indicateurs et scores

D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un PFN RSI et d'un délégué OIE
- Existence d'un comité intersectoriel
- Réunions de crise lors de la survenue d'un évènement ou d'une USP

Difficultés/volets à renforcer

- Manque de coordination entre les ministères concernés, notamment Santé ; Agriculture, Elevage et Mer
- Coordination insuffisante entre les différents PFN et délégués OIE (notamment en matière de sécurité sanitaire des aliments ou d'évènement d'origine microbiologique)
- Délai dans la transmission des informations au PFN

D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Collaboration des équipes lors d'un évènement
- Existence d'une liste de maladies à notification obligatoire dans le pays (base pour la notification des évènements)
- Existence de points focaux régionaux

Difficultés/volets à renforcer

- Manque de POS pour la notification
- Important turn-over des PFN nécessitant une mise à jour de la formation et des POS
- Faiblesse du système de surveillance

Développement du personnel

Introduction

Le développement des ressources humaines est important pour bâtir un système de santé publique pérenne grâce au perfectionnement et au maintien d'un personnel de santé publique hautement qualifié, doté d'une formation technique, de compétences scientifiques et d'une expertise spécialisée adéquates.

Cible

Pour assurer durablement et efficacement les activités de surveillance et de riposte en matière de santé publique, à tous les niveaux du système de santé, et la mise en œuvre effective du RSI (2005), les États Parties doivent disposer de personnels de santé formés et compétents : médecins, agents de santé animale, vétérinaires, biostatisticiens, personnels de laboratoire, professionnels de l'agriculture et de l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, coopérant régulièrement pour assurer les compétences essentielles relevant du RSI et des performances des services vétérinaires.

Niveau de capacités de Djibouti

En 2013, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2013-2017 avait inscrit dans ses objectifs « développer et valoriser les ressources humaines en fonction des besoins du système de santé ». En effet, la pénurie de ressources humaines (RH) dans toutes les catégories, notamment en termes de compétences spécialisées chez les médecins, est un problème majeur à Djibouti. Entre autres difficultés importantes, figurent aussi la couverture géographique inégale et le manque de stratégie de formation continue pour le personnel infirmier, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire et de pharmacie, et autres catégories de personnel paramédical.

Selon les informations disponibles à ce jour, le ministère de la Santé compte un effectif total de 3 691 personnes, dont 2 113 fonctionnaires, 1 772 conventionnés (personnels permanents), 290 contractuels et 95 coopérants. Par catégorie professionnelle, on compte 1 635 personnels de santé (parmi lesquels 123 laborantins, 6 statisticiens, 9 techniciens urgentistes et 10 épidémiologistes), 186 médecins, 680 employés administratifs et 833 personnels d'appui et d'entretien.

Au sein du ministère de la Santé, la Direction des RH et de la formation travaille avec la Direction de l'administration publique du ministère du Travail et la Direction des régions sanitaires. L'école de médecine forme principalement des médecins généralistes. L'Institut supérieur des sciences de la santé (ISSS) forme également des infirmiers polyvalents, des sages-femmes et des techniciens de laboratoire. Chaque année, entre 40 et 60 personnes sont formées par filière. Selon les besoins du ministère de la Santé, l'ISSS forme également des préparateurs en pharmacie, des techniciens en radiologie, des secrétaires médicaux et des aides-soignants. En 2014, le ministère de la Santé a envoyé 49 paramédicaux se former à l'étranger pendant deux ans, notamment en échographie, aux urgences médicales, en épidémiologie et aux systèmes d'information sanitaire.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer une stratégie de développement des ressources humaines incluant un plan de formation de base et de formation continue pour le personnel de santé.
- Renforcer les équipes au niveau des districts en termes d'effectif et de pluridisciplinarité (épidémiologistes, biologistes, vétérinaires, techniciens, etc.).

- Etablir un accord de collaboration avec un pays dispensant la formation en épidémiologie de terrain (FETP) au profit des personnels de santé humaine et animale.
- Au niveau de l'Institut national de santé publique de Djibouti et des points focaux dans les districts, prévoir des formations de courte durée en épidémiologie d'intervention.
- Mettre en place des équipes qualifiées d'intervention rapide au niveau national et dans chacune des régions.

Indicateurs et scores

D.5.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI – Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Médecins généralistes envoyés à l'extérieur pour se spécialiser
- Affectation d'un médecin par poste de santé aux frontières
- Existence de l'ISSS et de l'école de médecine de Djibouti

Difficultés/volets à renforcer

- Recrutement et affectation insuffisants de RH dans les districts pour couvrir les besoins
- Manque d'établissements de formation en dehors de l'ISSS et de l'école de médecine de Djibouti

D.5.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place – Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une dizaine d'épidémiologistes
- Formation des points focaux à la définition des cas et à la notification des 20 maladies à déclaration obligatoire

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan de formation et d'établissements en mesure de dispenser des formations en épidémiologie de terrain
- Absence d'accord ou de coordination avec des pays disposant d'un programme FETP

D.5.3 Stratégie pour les personnels – Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Stratégie en faveur des RH dans le PNDS
- Existence d'une Direction des RH et de la formation au sein du ministère de la Santé

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan de formation
- Absence de grille d'évaluation
- Absence de politique d'archivage
- Absence de référentiel d'emplois et de compétences
- Absence de coordination entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur
- Absence de mise en œuvre des textes des plans de carrière

RIPOSTER

Préparation

Introduction

La préparation consiste à élaborer et mettre à jour aux niveaux national, intermédiaire et communautaire/ primaire des plans pertinents de réponse aux urgences de santé publique couvrant les risques biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires. La préparation englobe également la cartographie des risques, l'identification et la mobilisation des ressources disponibles, notamment des stocks nationaux, et la capacité à appuyer des interventions aux niveaux intermédiaire et communautaire/primaire lors d'une urgence de santé publique.

Cible

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application effective du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, avec notamment, le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), constitue une exigence clé de l'application du RSI (2005). Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent continuellement mettre à jour et confirmer tous les ans.

Niveau de capacités de Djibouti

Le pays dispose d'un cadre légal pour la gestion des crises avec la création d'un comité de gestion des risques et des catastrophes.

En réaction à des épisodes épidémiques antérieurs ou à des menaces épidémiques (ex. grippe pandémique en 2009, Ebola 2014, etc.), le pays a développé des plans de réponse spécifiques, mais ne dispose pas d'un plan de réponse générique aux événements visés par le RSI (2005). L'inventaire des risques et des ressources, préalable indispensable à la conception d'un tel plan, n'a pas encore été réalisé.

Certains outils sont en place, mais en l'absence de cadre opérationnel et de procédures opératoires, il est impossible de former le personnel et de tester ses capacités de réaction au cours d'exercices de simulation.

La gestion technique de la riposte est du ressort de l'Institut national de santé publique (INSPD) qui dispose de ressources humaines et matérielles et peut se déplacer dans les régions touchées en cas de nécessité. Dans chaque région, des points focaux transmettent l'information à la cellule de crise de l'INSPD.

Mesures prioritaires recommandées

- Procéder à un inventaire des risques et des ressources.
- Elaborer un plan national multi-dangers de préparation avec implication des différents secteurs.
- Elaborer des procédures opératoires standardisées.
- Former le personnel sur la base de ces procédures.

R.1.1 Un plan national multi-dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de plans de lutte pour certaines maladies infectieuses, épidémiques, avec désignation de points focaux
- Existence d'activités et de ressources pour la préparation et l'action dans différents secteurs

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan national générique accompagné de POS
- Importante rotation de personnel et manque de formation

R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Plans de réponse développés lors des précédentes crises susceptibles de servir de fondement à l'élaboration d'une stratégie générique

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'inventaire des risques, des ressources humaines et matérielles au niveau du ministère de la Santé pour répondre à une crise
- Manque de collaboration intersectorielle

Interventions d'urgence

Introduction

Le centre des opérations d'urgence de santé publique est un site central permettant la coordination des informations et des ressources opérationnelles pour la gestion stratégique des urgences de santé publique et les exercices de simulation d'urgence. Ces centres mettent à disposition des outils, des services de communication et d'information, ainsi qu'un système de gestion lors de la riposte à une situation d'urgence ou d'un exercice de situation d'urgence. Ils assurent également d'autres fonctions essentielles pour la prise de décision, la mise en œuvre des interventions, la coordination et la collaboration.

Cible

Dans chaque pays, existence d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnant selon des normes communes minimales ; disposant d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles formées et fonctionnelles, de réseaux de laboratoires pour la surveillance biologique, de systèmes d'information en temps réel et d'un personnel en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une situation d'urgence de santé publique.

Niveau de capacités de Djibouti

De récentes urgences de santé publique (USP) (pandémie de grippe en 2008, épidémie de choléra en 2010, épidémie de paludisme en 2013) ont donné lieu à l'élaboration de plans de contingence spécifiques à chaque évènement. Le pays dispose par ailleurs d'outils, tels que Service médical d'urgence et de réanimation (SMUR).

En cas d'urgence, l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD) assure la coordination technique, l'investigation et la réponse, mais il n'existe pas de centre opérationnel, ni en tant que structure ni en tant que concept (permanence de l'alerte et de la réaction, interconnexion, intersectorialité).

Afin de faire face à un éventuel besoin de prise en charge clinique d'un afflux de malades, un centre d'isolement sous structures légères est en cours de finalisation à distance de la capitale. Les établissements hospitaliers ne disposent pas de plan de contingence permettant de mobiliser du personnel, des équipements et des locaux, autour de procédures écrites, pour accueillir des malades hautement contagieux ou nécessitant des soins particuliers.

En l'absence de procédures, il est impossible de tester les capacités de réaction lors d'un exercice de simulation.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un centre d'opérations d'urgence doté d'équipement, de moyens de communication et de transport, et de personnel formé sur la base de procédures opératoires standardisées.
- Définir le seuil d'activation des interventions d'urgence de santé publique.
- Etablir un plan de contingence pour la prise en charge des victimes dans le cadre d'un évènement susceptible de constituer une urgence de santé publique (hôpital principal, établissements périphériques, structures d'accueil d'urgence).

Indicateurs et scores

R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Engagement de gouvernement et de partenaires régionaux

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de POS incluant la définition du seuil d'activation des interventions d'urgence de santé publique
- Absence de centre d'opérations d'urgence

R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un comité de gestion des épidémies

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de centre d'opérations d'urgence
- Les comités existants ne tiennent pas compte des différentes natures de risque

R.2.3 Programme d'interventions d'urgence - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

Néant (manque de procédures à tester)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de centre d'opération d'urgences

R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Hôpitaux désignés pour la prise en charge des maladies infectieuses
- Existence du SMUR et de points focaux pour la riposte aux épidémies
- Existence de lignes directrices pour certaines maladies (choléra, Ebola) (en l'absence de documents, point non validé)

Difficultés/volets à renforcer

- Manque de procédures spécifiant la prise en charge de la plupart de maladies
- Manque de protocole national pour la prise en charge lors de scénarios particuliers

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

Introduction

Les urgences de santé publique qu'elles soient d'origine naturelle (par exemple, pandémie de grippe) ou délibérées (par exemple, attaques terroristes à l'anthrax) posent des problèmes particuliers au maintien de l'ordre. Il est donc essentiel que les autorités chargées de la sécurité nationale coordonnent rapidement leur riposte avec celle des autorités médicales et de santé publique.

Cible

En cas d'événement biologique, chimique ou radiologique, suspecté ou confirmé, d'origine naturelle ou délibérée, le pays sera capable de mener une action rapide et multisectorielle, notamment en établissant le lien entre la santé publique et la sécurité nationale. Il devra également être en mesure de fournir et/ou demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour enquêter sur les faits.

Niveau de capacités de Djibouti

A Djibouti, les services de sécurité ainsi que les entités institutionnelles en charge des contrôles dans le cadre de l'exercice des fonctions régaliennes de l'état sont :

- la protection civile, la police et les institutions en charge de la gestion des risques et des catastrophes qui dépendent du ministère de l'Intérieur ;
- la gendarmerie nationale sous l'autorité du ministère de la Défense ;
- la direction générale des douanes et droits indirects, subordonnée au ministère du Budget ;
- les autorités de gestion et d'exploitation des ports et aéroports sous la tutelle du ministère des Transports.

Le ministère de la Santé et celui de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Mer sont en charge de la santé humaine et animale.

Ces deux ministères ne disposent d'aucun protocole d'entente ni de procédure normalisée avec les services de sécurité réglementant les rôles et responsabilités de chaque partie en cas de situation d'urgence de santé publique (USP). Ils sont cependant appelés à travailler tous ensemble, de manière ad-hoc, sous l'égide de comités tels que le Comité technique de gestion du plan ORSEC (Organisation des Secours), le Comité multisectoriel de suivi de la mise en œuvre du RSI (2005) ou le Comité technique de gestion des risques et des catastrophes.

En cas de survenue d'un événement biologique suspecté ou confirmé, le ministère de la Santé dispose de l'appui de certaines de ses propres structures techniques et de supports tels que les établissements hospitaliers, le laboratoire de santé environnementale, les laboratoires du Centre d'études et de recherche (CERD) ou le Laboratoire national d'analyses alimentaires (LANAA).

Sur le plan international, Djibouti n'a pas ratifié la convention sur l'interdiction des armes biologiques et à toxines (CIABT).

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un cadre légal, assorti de procédures opératoires standardisées, qui gère les modalités de partage d'information et de notification entre les secteurs de la santé humaine, animale et les services de sécurité.
- Préciser les rôles respectifs, les missions et responsabilités des services de sécurité, de santé publique et autres secteurs impliqués en cas d'événement biologique suspecté ou confirmé, et former les différents acteurs en conséquence.
- Organiser des exercices de simulation pour tester les mécanismes de collaboration et de riposte entre les services de sécurité, de santé publique et de santé animale.

Indicateurs et scores

R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Plan ORSEC
- Existence de cadres institutionnels en charge de la gestion des risques et des catastrophes : Comité interministériel de gestion des risques et des catastrophes, Comité technique intersectoriel de gestion des risques et des catastrophes, Secrétariat exécutif de gestion des risques et des catastrophes
- Existence d'une politique nationale de gestion de crises et de catastrophes
- Loi de finances annuelle fixant les mécanismes financiers pour la gestion des risques et des catastrophes
- Deux institutions en charge de la mise en quarantaine : l'INSPD pour les cas humains et la Direction de l'élevage et des services vétérinaires (DESV) au sein du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Mer pour les cas chez l'animal

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'accords formalisés, tant au niveau national, régional ou local, garantissant la coordination entre les services de sécurité d'une part et les services en charge de la santé humaine et animale d'autre part
- Absence de plan d'intervention pour les USP
- Absence de mécanismes établissant de manière pérenne le partage d'information entre les services de sécurité et les secteurs de la santé humaine et animale
- Absence de législation permettant au gouvernement la mise en quarantaine des cas présentant un risque pour la santé publique
- Absence de cadre réglementaire pour la détection précoce et l'évaluation d'événements naturels ou délibérés, menaçant conjointement la santé publique et les services de sécurité
- Absence d'adhésion à la convention d'interdiction des armes biologiques et à toxine
- Absence de programme de formation ciblant les personnels de santé et de la sécurité, axé sur des investigations conjointes pour les USP d'origine naturelle ou délibérée

Moyens médicaux et déploiement de personnel

Introduction

Les mesures exceptionnelles d'envoi et de réception des moyens médicaux et le déploiement du personnel sont indispensables pour assurer la sécurité nationale et protéger les pays des menaces de maladies infectieuses potentiellement graves en cas d'urgence de santé publique. Par ailleurs, investir dans les moyens médicaux permet d'améliorer la santé publique en général. Enfin, il est important de disposer de personnels formés qui puissent être déployés pour riposter en cas d'urgence de santé publique.

Cible

Un cadre national pour le transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et le déploiement de personnels de santé publique parmi les partenaires internationaux lors d'urgences de santé publique.

Niveau de capacités de Djibouti

En cas d'urgences de santé publique (USP), humaine, animale ou environnementale, la République de Djibouti ne dispose pas de législation ni de procédures relatives au transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et de personnel. Par ailleurs, aucune ligne budgétaire n'a été prévue pour l'acquisition de moyens médicaux lors d'une USP.

Toutefois, le pays dispose d'une Centrale d'achat des médicaments et matériels essentiels (CAMME). Cette structure de stockage centralisé, chargée de réceptionner et de distribuer des médicaments, est dotée de moyens logistiques et de ressources humaines. Mais la capacité de stockage ne répond qu'aux besoins locaux et il n'existe aucun plan et procédure pour améliorer l'efficacité de la réponse avec les moyens médicaux à disposition en cas d'USP.

Le pays n'a jamais conclu d'accord avec des producteurs ou des distributeurs et ne participe pas non plus aux procédures régionales ou internationales d'achat conjoint de moyens médicaux de riposte.

Concernant le déploiement du personnel de santé à l'étranger, en 2017, Djibouti a envoyé en Somalie du personnel (i.e. chirurgiens) sélectionné à partir d'une liste de professionnels de santé préalablement identifiés au sein du ministère de la Santé. Cette expérience n'a pas débouché sur la mise en place d'une procédure pour l'organisation d'un système d'envoi et de réception de personnel, lors d'USP.

Enfin, aucune formation ni exercice de simulation n'ont jamais été organisés à Djibouti concernant l'envoi ou la réception de moyens médicaux et/ou de personnel, lors d'USP.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer un plan d'envoi et de réception de moyens médicaux.
- Elaborer un plan de déploiement et de réception des personnels.
- Etablir des accords avec les fournisseurs.
- Augmenter les capacités de stockage en moyens médicaux.
- Former le personnel logistique aux urgences de santé publique.

Indicateurs et scores

R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Expérience de distribution de moyens médicaux
- Existence de ressources humaines et de moyens logistiques
- Disponibilité d'un stock de réserve en moyens médicaux
- Existence d'une structure chargée de la réception et de la distribution des médicaments au niveau national

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan formalisé pour la distribution, réception et gestion des moyens médicaux à Djibouti
- Capacité de stockage insuffisant en cas d'USP
- Effectif en RH insuffisant pour répondre à une USP
- Absence de ligne budgétaire pour l'acquisition de moyens médicaux en cas d'USP
- Inexistence de plan ou de procédures pour l'acquisition et la distribution de moyens médicaux en santé vétérinaire

R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Expérience de déploiement de personnel à l'étranger (Somalie, 2017)
- Capacité à mobiliser des RH dans les régions en cas d'USP
- Existence d'une réserve effective de RH couvrant plusieurs spécialisations médicales

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan et/ou procédures de réception ou d'envoi de personnel médical
- Absence de structure intersectorielle spécialisée dans l'envoi de personnel
- Absence d'accords régionaux et internationaux pour le déploiement de personnel médical

Communication sur les risques

Introduction

La communication sur les risques doit être un processus multi-niveaux et multiformes ayant vocation à aider les parties prenantes à définir les risques, à identifier les dangers, à évaluer les vulnérabilités et à favoriser la résilience des collectivités, rehaussant ainsi leur capacité à faire face à la survenue d'une urgence de santé publique. Un volet essentiel de la communication des risques consiste à diffuser à la population des informations sur les événements et risques pour la santé tels que les épidémies. Pour que la communication sur les risques causés par un événement spécifique soit efficace, il convient de prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que l'avis des populations touchées. Les communications de ce type favorisent la mise en place de mesures de prévention et de contrôle appropriées par le biais d'interventions communautaires aux niveaux individuel, familial et communautaire. La diffusion de l'information par le biais de canaux appropriés est essentielle. Il y a lieu de recenser les partenaires et intervenants liés à la communication dans le pays, et de mettre sur pied des mécanismes fonctionnels de coordination et de communication. En outre, la diffusion en temps opportun de l'information et la transparence dans la prise de décision sont essentiels pour instaurer une relation de confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Les plans de communication d'urgence doivent être testés et mis à jour au besoin.

Cible

Les États Parties doivent disposer de capacités multiniveaux et multiformes de communication sur les risques, d'échange d'informations, de conseils et d'avis en temps réel entre experts et représentants/ personnes confrontés à une menace ou un danger pour leur survie, leur bien-être économique et social, de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées pour limiter les effets de la menace ou du danger et adopter des mesures de protection et de prévention. Cela implique un ensemble de stratégies de communication et de collaboration, avec notamment l'utilisation des médias et des réseaux sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la population.

Niveau de capacités de Djibouti

Djibouti ne dispose pas de plan multisectoriel de communication sur les risques, mais depuis 2006, la Direction promotion de la santé (DPS), créé au sein du ministère de la Santé, dispose d'une ligne budgétaire, de locaux et de ressources humaines et matérielles pour assurer non seulement la promotion de la santé et l'application d'un plan de communication pour le changement de comportement, mais aussi la communication lors des urgences de santé publique (USP). Le ministère de l'Intérieur dispose également d'une direction pour la communication. Toutefois, il ne semble pas y avoir de coordination clairement établie entre le ministère de la Santé et l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD) lors d'une USP.

Sur l'ensemble du pays, les structures sanitaires disposent d'antennes de communication. A Djibouti ville, ce sont les comités de santé des centres de santé communautaires qui assurent la promotion de la santé auprès de la population. Au niveau des régions, cette fonction est assurée par les agents de santé communautaires, relayés si besoin par des animateurs formés par la DPS pour informer les chefs religieux et communautaires dans les localités. Dans certains districts, les militaires participent également à la diffusion des informations lors d'USP. Toutefois, malgré l'engagement de ces différents acteurs, il n'existe pas de système clairement défini permettant d'assurer une bonne gestion de la communication sur les risques, y compris la gestion des rumeurs et fausses informations.

Concernant la diffusion des messages lors des USP ou des campagnes de santé, le pays s'appuie sur une convention établie avec la Radio-Télévision Djibouti (RTD) pour assurer cette diffusion en quatre langues au niveau national. Au cours d'une récente flambée de paludisme, le système de communication de la DSP, à l'aide de spots télévisés et d'affiches, a prouvé son efficacité. En revanche, la compréhension et l'impact des messages ne semble pas faire l'objet d'une évaluation ou d'une rétroaction au niveau central.

On note enfin l'absence d'une cartographie nationale des intervenants dans la communication, un manque de formation continue des agents chargés de la communication et le fonctionnement irrégulier, voire inexistant du numéro vert.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication multisectoriel pour les urgences de santé publique.
- Mettre en place un comité intersectoriel aux rôles, responsabilités et mécanismes de coordination bien définis, pour préparer et diffuser les messages lors des urgences de santé publique.
- Formellement nommer un porte-parole au gouvernement pour la communication pendant les urgences de santé publique.
- Revoir et actualiser la convention avec les médias (Radio-Télévision Djibouti).
- Elaborer et mettre en œuvre une procédure opératoire standardisée de gestion des rumeurs et former à tous les niveaux les acteurs impliqués dans la communication.

Indicateurs et scores

R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.) - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- DPS au sein du ministère de la Santé
- Antennes de communication au sein des structures sanitaires
- Convention médiatique avec la RTD pour assurer la couverture médiatique lors des urgences sanitaires
- Existence de ressources humaines et financières

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan stratégique multirisques et multisectoriel de communication sur les risques
- Absence de comité ou équipe aux rôles bien définis pour gérer la communication sur les risques lors des urgences

R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Coordination ponctuelle pour la communication sur les risques entre partenaires, uniquement lors des urgences
- Collaboration avec la société civile

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plateforme de coordination pour la communication
- Absence de formalisation des mécanismes de coordination
- Absence de POS

R.5.3 Communication publique - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un porte-parole au sein du ministère de la Santé
- Convention avec la RDT pour la diffusion de messages sur les médias : radio (24) et télévision
- Existence d'un service d'éducation à la santé

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de formalisation du rôle et des responsabilités du porte-parole du ministère de la Santé
- Absence de POS pour l'élaboration et la diffusion des messages
- Absence d'évaluation de l'impact des messages sur les publics cibles

R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Antennes de communication au sein des structures sanitaires
- Agents de santé communautaires au sein des structures sanitaires et postes de santé
- animateurs formés par la DPS

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de site web fonctionnel
- Manque de numéros verts fonctionnels
- Absence de retour d'information entre les populations exposées et les organismes d'intervention
- Absence de rapports post-action
- Absence de cartographie des ressources disponibles pour la diffusion des messages aux communautés

R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Coordination avec les religieux et les militaires lors des urgences

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de système et de compétences pour l'analyse des rumeurs
- Absence de surveillance des rumeurs/fausses informations et de leur prise en compte pour améliorer les messages diffusés

AUTRES

Points d'entrée

Introduction

Les points d'entrée étant directement concernés par les dangers potentiels, les principales capacités doivent s'y appliquer pour permettre la mise en œuvre effective de mesures sanitaires et prévenir ainsi la propagation internationale des maladies. A cette fin, les États Parties doivent maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) afin qu'ils soient en mesure d'appliquer les mesures permettant la gestion des différentes menaces pour la santé publique.

Cible

Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) chargés d'appliquer les mesures nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.

Niveau de capacités de Djibouti

Au carrefour de trois continents, la république de Djibouti occupe une situation géostratégique exceptionnelle valorisant ses infrastructures portuaires et aéroportuaires. Le pays compte 7 points d'entrée : l'aéroport international de Djibouti (partie sud-est de la ville de Djibouti), le port de Djibouti (bordé par le golfe de Tadjoura et le golfe d'Aden), le port polyvalent de Doraleh avec ses deux terminaux (pétrolier et à conteneurs), le port polyvalent de Damerjog et les points d'entrée terrestres de « Galile » et « Galafi » (frontière avec l'Érythrée) et de « Loyada » (frontière avec la Somalie).

Notons également l'ouverture en 2018 à Nagad d'un point d'entrée ferroviaire avec l'Éthiopie. Ce point d'entrée ne dispose pas encore d'une antenne quarantaine, mais les locaux sont d'ores et déjà en place.

La gestion et l'exploitation du port de Djibouti est confiée à la société PDSA (Port de Djibouti Société Anonyme) sous le contrôle étatique de l'« autorité des ports et des zones franches de Djibouti », elle-même sous la tutelle du ministère des Transports.

De même, la gestion et l'exploitation de l'aéroport de Djibouti sont assurées par la société « Aéroport International de Djibouti » sous le contrôle de l'autorité de l'aviation civile qui dépend, elle aussi, du ministère des Transports.

Les services de quarantaine en charge du contrôle sanitaire aux frontières au niveau des points d'entrée font office d'« autorité compétente » au sens du RSI (2005). Ces services sont gérés par la section Quarantaine rattachée au service Contrôle de la maladie, lui-même sous l'autorité du Pôle de veille sanitaire au sein de l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD).

Parallèlement aux services de quarantaine, l'autorité aéroportuaire met à la disposition des passagers fréquentant l'aéroport un service dédié aux premiers soins en cas d'urgence médicale avec transport en ambulance par le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) conformément aux exigences réglementaires de l'Organisation internationale d'aviation civile(OACI).

Au niveau du port de Djibouti, la Caisse nationale de sécurité sociale met à disposition du personnel un service de consultations médicales.

En cas d'USP majeure, l'INSPD est disposé à pourvoir les points d'entrée en équipements appropriés et en ressources humaines.

Toutefois, l'INSPD souligne l'absence de mise en œuvre de services de quarantaine au niveau des points d'entrée terrestres. On note également l'absence de plans d'urgences de santé publique pour être intégrés aux plans d'urgence de l'aéroport international de Djibouti et du port de Djibouti. Enfin, le pays n'a pas transmis à l'OMS la demande d'ajout du port de Djibouti sur la liste des ports dits « autorisés » dans la mesure où celui-ci délivre les 3 types de certificats sanitaires : certificats d'exemption de contrôle sanitaire de navire, de contrôle sanitaire de navire et d'extension de certificat de contrôle sanitaire de navire.

Mesures prioritaires recommandées

- Élaborer un plan d'intervention pour les urgences de santé publique à intégrer dans le plan d'urgence d'aérodrome et dans le plan d'urgence du port.
- Communiquer à l'OMS la liste des points d'entrée déclarés « désignés » et la demande d'ajout du port de Djibouti en qualité de port « autorisé » au sens du RSI (2005).
- Programmer une formation spécifique pour le personnel des services de quarantaine tenant compte de l'environnement aéroportuaire et portuaire.
- Mettre en place des mécanismes de communication et de collaboration entre les services de quarantaine et les autres parties prenantes opérant aux frontières.
- Développer la surveillance et le contrôle au niveau des points d'entrée terrestres.

Indicateurs et scores

PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Désignation des services de quarantaine qui dépendent de l'INSPD en tant qu'« autorité compétente » au sens du RSI (2005)
- Contrôle de la vaccination contre la méningite pour les pèlerins durant la phase départ du « Hajj »
- Disponibilité des ambulances du SMUR au port et à l'aéroport
- Délivrance des certificats de contrôle sanitaire de navire, d'exemption de contrôle sanitaire de navire et d'extension de certificat sanitaire de navire au port de Djibouti
- Présence d'un service vétérinaire au port de Djibouti qui délivre les certificats sanitaires pour les produits alimentaires importés

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de POS permettant aux services de quarantaines de superviser les activités liées au contrôle d'hygiène (aliments, eau potable, vecteurs, déchets solides et liquides)
- Manque de services de quarantaine au niveau des points d'entrée terrestres (important compte tenu des enjeux sanitaires liés aux déplacements, par voie terrestre, des populations et des animaux)
- Absence de plan de lutte anti-vectorielle
- Absence d'intégration des comités de sûreté et de facilitation du port et de l'aéroport (leur intégration permettrait de formaliser les actions de coopération et de communication avec toutes les parties prenantes.)

PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée – Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un espace séparé pour les entretiens avec les personnes suspectes ou affectées
- Renforts fournis par l'INSPD en moyens humains et techniques si nécessaire
- Centre de quarantaine de Damerjog fonctionnel depuis fin 2006 (ce centre draine le bétail de la région en direction des pays arabes du golfe à travers le Port de Djibouti. Les services vétérinaires sont en charge de l'inspection sanitaire du bétail ainsi que de la certification.)
- Facilité d'accès au PFN RSI en poste à l'INSPD.

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan pour les USP (veiller à l'incorporer dans les plans d'urgence préexistants du port et de l'aéroport)
- Absence d'accords formalisés avec une structure hospitalière et un service vétérinaire, pré-désignés, pour la prise en charge des voyageurs ou des animaux affectés
- Absence de POS pour le dépistage des voyageurs potentiellement affectés
- Approvisionnement insuffisant en équipements individuels de protection et équipements de mesure thermique.

Événements d'origine chimique

Introduction

Les événements chimiques surviennent lors d'incidents technologiques, de catastrophes naturelles, de conflits et de terrorisme, de pollution environnementale, de contamination des aliments ou autres produits. L'événement peut être inhabituel ou inattendu et ses conséquences diffèrent d'une situation à l'autre. Elles peuvent être graves pour la santé publique et le risque de propagation internationale peut être important. Enfin, l'événement peut entraver les déplacements et les échanges commerciaux internationaux. Il est donc essentiel que les États Parties soient dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre le secteur de la santé et les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

Cible

Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

Niveau de capacités de Djibouti

La République de Djibouti dispose d'une loi-cadre sur l'environnement (code de l'environnement réf. à la Loi n°106/AN/004, décret réglementant le transport des marchandises dangereuses) et de documents de planification (inventaires des polluants organiques persistants et profil national de gestion des produits chimiques). Le pays a également ratifié des conventions internationales relatives à l'élimination des déchets dangereux (Convention de Bâle), aux polluants organiques persistants (Convention de Stockholm), au commerce international des produits chimiques (Convention de Rotterdam) et au mercure (Convention de Minamata). Par ailleurs, il a adhéré aux résolutions 170 et 174 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la protection des travailleurs relative aux substances chimiques.

Le ministère de l'Environnement est chargé de la gestion des événements d'origine chimique. En cas d'urgence, il active un comité interministériel qui assure la coordination des actions nécessaires entre les secteurs de la santé, des transports, de l'agriculture, des douanes et de la sécurité. Toutefois, il n'existe pas de collaboration opérationnelle et régulière, facilitant l'échange d'informations, la surveillance, la détection et la riposte aux événements d'origine chimique.

Concernant les capacités de laboratoire en matière d'analyses chimiques, elles sont limitées et le pays ne dispose pas de centre antipoison.

Mesures prioritaires recommandées

- Réactiver et renforcer les mécanismes de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la surveillance, la détection et la riposte aux événements d'origine chimique.
- Développer une plateforme nationale d'information sur les produits chimiques et les zones à risque.
- Développer et mettre en œuvre un programme de formation conjointe des cadres et des techniciens des différents ministères sur la gestion et la riposte aux événements d'origine chimique.

- Doter les services impliqués dans la surveillance, la détection et l'évaluation des événements d'origine chimique, de technologies adéquates et de personnel qualifié.
- Elaborer et diffuser des lignes directrices pour la surveillance, la détection, l'évaluation et la gestion des événements d'origine chimique et des empoisonnements.

Indicateurs et scores

CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une loi-cadre sur l'environnement
- Existence d'un comité intersectoriel de gestion des événements/urgences d'origine chimique
- Existence du Comité de gestion des risques et des catastrophes
- Collaboration de la douane avec les services de l'environnement aux points d'entrée (déclaration de tout produit chimique importé ou en transit)

Difficultés/Volets à renforcer

- Manque de fonctionnalité de la commission interministérielle de coordination pour la gestion des événements d'origine chimique
- Capacités de laboratoire limitées en termes d'analyses chimiques
- Absence de centre antipoison
- Expertise insuffisante en matière de risques chimiques pour la santé publique

CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Profil national de gestion des produits chimiques (registre des émissions et transfert des polluants, impacts des polluants organiques persistants sur la santé humaine et environnementale)
- Plan national de gestion des déchets sanitaires
- Evaluation des lacunes aux niveaux national et régional en matière de gestion des polluants d'origine chimique

Difficultés/Volets à renforcer

- Absence de plateforme de coopération multisectorielle impliquant les différents ministères et secteurs concernés (environnement, santé, agriculture, travail, transports, industrie, sécurité, économie et éducation) pour la réponse aux incidents d'origine chimique
- Absence de lignes directrices/manuels pour la surveillance, la détection et la gestion des événements d'origine chimique et des empoisonnements
- Absence de législation sur les produits chimiques et déchets dangereux

Situations d'urgence radiologique

Introduction

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Cible

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Niveau de capacités de Djibouti

Les principales sources de risque radiologique à Djibouti sont liées aux équipements radiologiques des hôpitaux (radiographies standards, radiographie panoramique dentaire, etc.) et aux scanners à bagages à l'aéroport.

La république de Djibouti ne dispose pas de législation en matière de sûreté et de sécurité nucléaires. Elle ne dispose pas non plus d'une autorité nationale chargée de la radioprotection. Les mécanismes fonctionnels pour la détection/évaluation/réponse et l'environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique et nucléaire sont inexistantes.

Notons toutefois que les techniciens en radiologie des hôpitaux sont formés à l'étranger, mais qu'ils ne bénéficient pas d'une formation continue régulière.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer une stratégie de gestion des situations d'urgence radiologique.
- Intégrer le domaine radiologique dans le plan national d'urgence.
- Former du personnel à la gestion des urgences radiologiques.
- Développer les lignes directrices et les procédures opératoires standardisées pour la surveillance, la détection et la réponse aux situations d'urgence radiologique.

Indicateurs et scores

RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire- Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de personnel qualifié (techniciens en radiologie dans les hôpitaux)
- Dosimétrie régulière pour les personnes travaillant en radiologie

Difficultés/Volets à renforcer

- Absence de politique et de stratégie en matière de radiologie
- Faibles capacités de surveillance, de détection et de réponse aux situations d'urgence radiologique
- Absence d'inventaire du risque radiologique à Djibouti

RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un Comité national de gestion des risques et des catastrophes activé en cas de crise pour coordonner la réponse aux situations d'urgence radiologique entre les différents ministères

Difficultés/Volets à renforcer

- Manque de formation continue régulière des techniciens en radiologie, incluant notamment les modalités de prise en charge des victimes d'urgences radiologiques
- Manque de collaboration des départements de santé avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (IAEA) et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (UNEP)

ANNEXES

Liste des experts nationaux

N°	Noms et prénoms	Secteurs d'activités	Fonction	Ville de Provenance	Email
1	Neima Ismaeël Djama	DEPCI/MS	Chargé de la planification	Djibouti	beyoncenid@gmail.com
2	Hawa Ahmed Omar	DEPCI/MS	Cadre	Djibouti	Boubachir90@gmail.com
3	Hodane Ismaeël Med	DMPL	Cadre	Djibouti	Hodanismail4@gmail.com
4	Nima Abdourahman Omar	DIS	Cadre	Djibouti	nimahoussein@hotmail.fr
5	Abdirahman Malin	DMPL	Chef service labo	Djibouti	mabdirahmanmalin@yahoo.fr
6	Abdoulkader Elmi Djibril	DRHF	Cadre	Djibouti	abdotalyani@hotmail.fr
7	Hassan Moussa Obsieh	Cabinet	Juriste	Djibouti	Hassanmoussaobs@gmail.com
8	Adabo Houmed Adabo	ONEAD	Responsable de laboratoire	Djibouti	adabokako@hotmail.fr
9	Idil Mohamed Bouh	INSPD	Cadre	Djibouti	idilmohamedbouh@gmail.fr
10	Mahad Hassan Ahmed	INSPD	Cadre	Djibouti	Mahad-inspd@hotmail.com
11	Farah Harred Farah	INSPD	Inspecteur	Djibouti	harred81@gmail.com
12	Samatar Hensi Abdi	AAC	Inspecteur/Pel	Djibouti	Hersisamatar2@gmail.com
13	Mohamed Abakary Moussa	INSPD/port Quarantine	Chef de section	Djibouti	Mahad-inspd@hotmail.com
14	Hassan Moussa Rayale	MHCE /DEDD	Cadre	Djibouti	saharay@hotmail.fr
15	Warsama Omar Meraneh	INSPD	ING QSE	Djibouti	warsowarsama2@gmail.com
16	Moussa Med Ada	PLS/sante	PEC	Djibouti	
17	Awalleh Moussa	Labo	Chef de labo	Djibouti	awalehmoussa@gmail.fr
18	Mahamoud Abdoulkader Med	Antenne SMUR aéroport	Responsable antenne	Djibouti	mohamadadelkader@aerportjib.aero
19	Abdourhaman Djama Guedi	INSPD	Epidémiologiste	Djibouti	abdirahosdjama@gmail.com
20	Hawa awaleh souguehl	INSPD	C /S SP	Djibouti	Hawaa83@hotmail.fr
21	Reyah Abdillahi Hassan	INSPD	SE	Djibouti	reyahabdillahi@gmail.com
22	Kaltoum Roble Kadieh	EDR	Responsable sécurité ferroviaire	Djibouti	kaltounn@gmail.com
23	Oukbad Mohamed Ahmed	Protection Civile	Infirmière	Djibouti	
24	Fatouma Hamadou	INSPD	chef de service	Djibouti	fafihamadou@hotmail.fr
25	Fahima Omar Mekee	INSPD	AC		mahadsan_moudan@hotmail.fr

N°	Noms et prénoms	Secteurs d'activités	Fonction	Ville de Provenance	Email
26	Mohamed Moussa Ibrahim	INSPD /TECHN	Inspecteur sanitaire	Arta	demahod@hotmail.com
27	Med Abdoukader guelleh	INSPD		Djibouti	
28	Hawa Hassan Guessod	PNLT	Coordinnatrice	Djibouti	hawahassangue@yahoo.fr
29	Mohammed Nour Salah	DPS		Djibouti	
30	Abdo Mohammed moussa	INSPD		Djibouti	
31	Mohammed Nour Saleh	DPS		Djibouti	
32	Samatar kayad guelleh	INSPD	Epidemiologiste	Djibouti	Samatark@hotmail.fr

Liste des membres de l'équipe d'évaluation externe conjointe

NOM - PRENOM(S)	INSTITUTION	EMAIL
Barkia Abdel Aziz (chef adjoint)	Ecole supérieure des sciences de la santé - Maroc	azizbarkia@yahoo.fr
Barry Jessica	OMS/EMRO	barryj@who.int
Bertherat Eric	OMS/HQ	bertherate@who.int
de la Rocque Stéphane (chef de mission)	OMS	delarocques@who.int
Giese Coralie	Ministère de la Santé - France	coralie.giese@sante.gouv.fr
Mertens Peter	Conseiller	mertens@bluewin.ch
Moussif Mohammed	Aéroport Mohammed V - Maroc	moussifmohamed@gmail.com
Nannini Claudia	OMS/HQ	nanninic@who.int
Petitclerc Martial	OIE	martial.petitclerc@gmail.com
Roberts Nathalie	OMS/HQ	robertsna@who.int
Rouffet Sylvie	Conseiller	s.rouffet@gmail.com
Stefanoff Pawel	Institut de santé publique - Norvège	Pawel.Stefanoff@fhi.no
Zwetenga Joanna	OMS/EURO	jzweyenga@who.int

Liste des membres du bureau pays OMS

Noms et prénoms	Fonction	Email
DR LETAEIF MONDHER	Représentant OMS par Interim	letaiefm@who.int
Dr KEMENANG EDIE-ALAIN	PROGRAMME OFFICER / Point focal CPI/HIM/IHM	kemenange@who.int
Dr KONATE ABDOULAYE	TECHNICAL OFFICER	konateab@who.int

Documents et justificatifs fournis par la République de Djibouti

Législation, politique et financement nationaux

- Constitution de la République de Djibouti du 15 septembre 1992 telle que révisée, entre autres, par la Loi Constitutionnelle n°92/AN/10/6ème L
- Acceptation par la République de Djibouti de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (réf.: C.N.69.1978.TREATIES-4, 17 avril 1978)
- Décret n° 2008-0 08/PRE du 27 mars 2008 relatif au règlement en matière de Sécurité et d'information sanitaire régissant la surveillance et l'action en matière de santé publique
- Loi n°99/AN/10/6ème L portant création de l'Institut national de santé publique de Djibouti
- Plan national de développement sanitaire 2013-2017
- Loi n° 48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé
- Loi n°140/AN/06/5ème L portant politique nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Décret n°2006-0192/PR/MID portant mise en place du cadre institutionnel de Gestion des risques et des catastrophes
- Arrêté n°2004-0579/PR/MID portant création du Comité technique de préparation et d'élaboration de la stratégie nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Mission OMS-EMRO sur l'application des dispositions du Règlement Sanitaire International (2005), République de Djibouti, 24-27 janvier 2011
- Rapport de mission OMS d'évaluation des principales capacités du Règlement Sanitaire International (2005), République de Djibouti, 09-16 mars 2014

Coordination, communication et promotion du RSI

- Décret n°2008-0087/PRE du 27 mars 2008 relatif au règlement en matière de sécurité et d'information sanitaire
- Loi n°99/AN/10/6ème L portant création de l'Institut national de santé publique de Djibouti
- Rapport de mission OMS d'évaluation des principales capacités du Règlement sanitaire international (2005), République de Djibouti, 09-16 mars 2014

Résistance aux antimicrobiens

- Loi 145 du 11 février 1991 relative aux conditions d'exercice de la pharmacie
- Décret n°97-0039/PR/SP portant publication et modalités de mise à jour de la liste des médicaments essentiels.
- Loi n° 48/AN/99/4ème L portant orientation de la Politique de Santé

Zoonoses

- OIE, 2007. Rapport PVS- Evaluation des services vétérinaires de la République de Djibouti. 92 pages
- OIE, 2009. Programme de renforcement de la conformité des services vétérinaires de Djibouti aux normes de qualité de l'OIE. 85 pages
- Rapport annuel à l'OIE, 2017. http://www.oie.int/wahis_2/public/wahid.php/Reviewreport/semestrial/review?year=2017&semester=0&wild=0&country=DJI&this_country_code=DJI&detailed=1

Sécurité sanitaire des aliments

- Rapport Direction de l'élevage et des services vétérinaires 2017
- Sécurité et sûreté biologiques
- Plan de gestion des déchets sanitaires de la République de Djibouti, février 2003
- Projet de réglementation en gestion des déchets sanitaires. Dossier MHUG-002, 22 avril 2008. Soumis au comité interministériel, au secrétaire exécutif du comité technique intersectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose

Vaccination

- GAVI Rapport annuel de situation 2014
- Description des attributions et termes de référence du personnel du Programme élargi de vaccination
- National Program of Immunization Comprehensive Plan (CMYP)2011- 2015Djibouti
- UNICEF/WHO/GAVI targeted country assistance plan Djibouti 2018

Système national de laboratoires

- Plan national de développement sanitaire 2013-2017 de la République de Djibouti, janvier 2013
- Version préliminaire du plan stratégique national pour le renforcement des laboratoires de Djibouti 2015-2019.

Surveillance en temps réel

- Guide technique de surveillance épidémiologique (dernière version révisée en mars 2014)
- Fiche de notification agrégée hebdomadaire
- Fiche d'investigation de cas
- Rapports hebdomadaires, semestriels et annuels de l'INSPD
- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2013-2017

Notification

- Absence de documentation officielle sur les notifications à l'OMS et à l'OIE

Développement du personnel

- PNDS 2013-2017

Préparation

- Décret n°2006-0192/PR/MID portant mise en place d'un cadre institutionnel de gestion des risques et des catastrophes

Interventions d'urgence

- Loi n°140/AN/06/5ème L portant politique nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Guide de coordination des opérations de secours entre le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé (2012)

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

- Décret n°2008-0087/PRE relatif au règlement en matière de sécurité et d'information sanitaire
- Décret n°2006-0192/PR/MID portant mise en place d'un cadre institutionnel de gestion des risques et des catastrophes
- Loi n°140/AN/06/5ème L portant politique nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Arrêté n°2004 -0579/PR/MID Portant création du Comité technique de préparation et d'élaboration de la stratégie nationale de gestion des risques et des catastrophes
- IHR List of Authorized ports to issue Ship Sanitation Certificates
- Loi n°140/AN/06/5ème L portant politique nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Loi n°99/AN/10/6ème L portant création de l'Institut national de santé publique de Djibouti
- Loi n° 48/AN/99/4ème L portant orientation de la politique de santé du 3 juillet 1999
- Décret n°88-043/PRE/DEF portant statut des militaires

Moyens médicaux et déploiement de personnel

- Absence de documentation

Communication sur les risques

- Absence de documentation

Points d'entrée

- Décret n°2008-0087/PRE relatif au règlement en matière de sécurité et d'information sanitaire
- Décret n°2006-0192/PR/MID portant mise en place d'un cadre institutionnel de gestion des risques et des catastrophes
- Loi n°140/AN/06/5ème L portant Politique nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Arrêté n°2004 -0579/PR/MID Portant création d'un Comité technique de préparation et d'élaboration de la stratégie nationale de gestion des risques et des catastrophes
- IHR List of Authorized ports to issue Ship Sanitation Certificates
- Loi n°140/AN/06/5ème L portant Politique nationale de gestion des risques et des catastrophes
- Loi n°99/AN/10/6ème L portant création de l'Institut national de santé publique de Djibouti

Événements d'origine chimique

- Loi n°106/AN/00/4èmeL du 29 octobre 2000 portant loi-cadre sur l'environnement, notamment ses articles 5,48,49,50,51, le présent décret ayant pour objet de réglementer le transport des produits dangereux sur le territoire national
- Plan d'Organisation des secours (ORSEC)
- Loi n°127/AN/01/4ème Article1, du 26 avril 2001 Convention de Bâle
- Loi n°39/AN/03/5èmeArticle1) le 30 décembre 2003 Convention de Stockholm
- Mise à jour du profil national de gestion des produits chimiques - ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire –Djibouti décembre 2008

Situations d'urgence radiologique

- Absence de documentation

