

REPUBLIQUE DE DJIBOUTI



MINISTRE DE LA SANTE

**PLAN NATIONAL
DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE**

PNDS 2013-2017

JANVIER 2013

Table des matières

Contexte

Partie 1 : generalités sur djibouti

Partie2 :situation sanitaire

Section 1 :les orientations en matiere de politique de santé

Section 2 :le système de santé

Section 3 :performances du secteur

Section4 :financement du secteur

Section5 :developpement des ressources humaines

Section6 :approvisionnement en MEG

Section7 :système d information et surveillance
epidemiologique

Section 8 : planification,gestion ;et suivi evaluation

Section9 : lecons apprises

Section10 :perception des populations et de la societe civile

Section11 :enjeux et defis

Section12 : les priorites sectorielle

Partie 3 : vision, objectif et strategie du secteur

Objectif général 1: Assurer une gouvernance plus participative et plus transparente pour un système de santé plus équitable et plus performant

Objectif général 2 : Assurer l'accès universel à des services de santé de qualité pour répondre aux besoins de la population

Objectif général 3 : Adapter le financement et l'utilisation des ressources financières aux besoins du système de santé

Objectif général 4: Développer et valoriser les ressources humaines en fonction des besoins du système de santé

Objectif général 5 : Améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'usage rationnel des médicaments et la qualité des moyens de diagnostic

Objectif général 6: Renforcer le système national d'information sanitaire pour améliorer l'appui à la décision, la surveillance, le suivi-évaluation du PNDS

Partie4 : Budgétisation ; cadrage sectoriel et financement du PNDS

Partie5 : Mécanisme de mise en œuvre et de coordination du PNDS

Partie6 : Gestion administrative et financière du PNDS

Les Annexes

Sigles et abréviations

AES :	Accident d'Exposition au Sang
AFD :	Agence Française de Développement
ARV :	Antirétroviraux
AS :	Association
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BAD :	Banque Africaine de Développement
BCG :	Bacille de Calmed et Guérin
BK :	Bacille de Koch
CA :	Conseil d'Administration
CAMME :	Centrale d'Achat des Médicaments et Matériel Essentiels
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT :	Centre de Diagnostic et de Traitement
CM2 :	Cours Moyen 2 ^{ème} année
CMH :	Centre Médical Hospitalier
CNS :	Comptes Nationaux de la Santé
COGES :	Comité de gestion
CP1 :	Cours Primaire 1 ^{ère} année
CPN :	Consultation Périnatale
CSC :	Centre de Santé communautaire
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CTA :	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
CTDO :	Centre de Traitement et Diagnostic directement Observé
DC :	Directions Centrales du ministère de la santé
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DEIS :	Direction de l'Epidémiologie et de l'Information Sanitaire
DEPCI :	Direction des Etudes, de la Planification et de la Coopération internationale
DMPL	Direction des Médicaments, de la Pharmacie et des Laboratoires
DOTS :	Stratégie de Traitement Directement Observé
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DPSP	Direction des programmes de Santé Prioritaires
DRHF :	Direction des Ressources Humaines et Financières
DRS :	Direction des Régions Sanitaires
DS :	District Sanitaire
DSME :	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DTC :	Diptérie Tétanos Coqueluche
ECD :	Equipe Cadre de District
EDAM-IS :	Enquêtes Djiboutiennes auprès des Ménages – Indicateurs Sociaux
EDIM :	Enquêtes Djiboutiennes à Indicateurs Multiples
EMD :	Ecole de Médecine de Djibouti
ESQSS :	Evaluations périodiques de la Qualité des Services et des Soins auprès des bénéficiaires
GDT :	Guides Diagnostics et Thérapeutiques
GPS :	Groupe des Partenaires de la Santé
HCR :	Haut commissariat aux réfugiés
HGP :	Hôpital Général Peltier

HN :	Hôpitaux nationaux
HOAP :	Partenariat de la Corne d’Afrique pour la Lutte contre la Vulnérabilité au VIH et la Migration trans-frontalière
HTA :	Hypertension Artérielle
IDA :	Association Internationale de Développement
IGSS :	Inspection Générale des Services de la Santé
INSD :	Initiative Nationale pour le Développement Social
ISSS :	Institut Supérieur des Sciences de la Santé
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
LAVI :	Lutte Anti-Vectorielle Intégrée
MAPI :	Manifestations Post Vaccination
MBB :	Marginal Budgeting for Bottlenecks (Programmation complémentaire pour lever les goulots d’étranglements)
MGF :	Mutilations Génitales Féminines
MICS :	Enquête à Indicateurs Multiple sur la Survie des enfants
MS :	Ministère de la Santé
MTI :	Moustiquaire Traitée aux Insecticides
NA :	Non Applicable
ND :	Non Disponible
OBC :	Organisations à Base Communautaire
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisations Non Gouvernementales
OPS :	Organisme Protection Sociale
PAM :	Programme Alimentaire mondial
PAPFAM :	The Pan Arab Project for Family Health
PCIME :	Prise en charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PEC :	Prise en Charge
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PMA :	Paquet Minimum d’Activités
PNB :	Produit National Brut
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTPE :	Prévention de la Transmission Parents Enfants du VIH
PV :	Procès Verbal de réunion
RAC :	Réseau Autonome de Communication
RSI :	Règlement Sanitaire International
SAA :	Soins après Avortement
SDRS :	Sous Directions des Régions Sanitaires
SF :	Service de la Formation
SFE :	Sage Femme diplômée D’Etat
SFI :	Structure de Formation Initiale
SG :	Secrétariat Général
SIDA :	Syndrome de l’Immunodéficience Acquise
SIS :	Système d’Information Sanitaire
SMUR :	Service Médicalisé d’Urgence et de Réanimation
SNIS :	Système National d’Information Sanitaire
SOE :	Soins Obstétricaux Essentiels

SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU :	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR :	Santé de la Reproduction
SSP :	Structures Sanitaires Privées
SSPP :	Structures Sanitaires Parapubliques
TDR :	Tests Diagnostics Rapides
TPM+ :	Tuberculose Pulmonaire Positive
TRO :	Thérapie par Réhydratation Orale
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	Agence Internationale des Etats Unies d'Amérique pour le Développement
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Contexte

La Loi d'Orientation 2001-2010 a contribué à guider le Cadre Stratégique de Croissance et Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2004-2006. L'Initiative Nationale de Développement Social 2008-2012 a été lancée par SEM Ismaël Omar GUELLEH Président de la République, comme un projet de société : « **L'INDS est un projet de Société qui a pour ambition de faire de Djibouti d'ici à 2015, un pays paisible, moderne, équitable, ouvert, économiquement performant, mieux géré et où la fracture sociale, la pauvreté, la marginalisation et l'exclusion sont combattues et à terme supprimées** ». En 2011 l'Initiative Présidentielle, l'INDS a été adoptée en vue de consolider la croissance, renforcer la compétitivité, générer des emplois de valoriser le capital humain à travers un accès plus large à des services sociaux de qualité et à réduire la pauvreté extrême et les inégalités tout en atténuant les vulnérabilités sociales et environnementales et à concrétiser l'engagement de Djibouti en faveur d'une meilleure gouvernance publique.

Le Gouvernement a adopté dès 1999 la Loi n° 48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé suivie par la suite dès 2001 de l'adoption par le Gouvernement de la Nouvelle Réforme du secteur de la Santé. En 2002, un Cadre Stratégique de Développement Sanitaire ou plan directeur décennal de développement PNDS pour la période 2002-2011 a été élaboré et approuvé. Au terme du premier plan quinquennal 2002-2006, le ministère de la santé et ses partenaires ont ainsi élaboré le PNDS 2008-2012. Une évaluation à mi parcours de ce plan a été réalisée en 2010 avec l'appui d'un consultant externe ainsi qu'une actualisation en 2011. L'évaluation finale dudit plan est intervenue entre mars et octobre 2012. Presqu'aussitôt, le Ministère de la santé est passé à l'étape de formulation d'un nouveau plan 2013-2017 faisant ainsi suite à une série successive de planification rectification sans pour autant que les conditions de mise en œuvre desdits plans soient réunies. Parallèlement, le Gouvernement a conceptualisé au niveau national la Vision « Djibouti 2035 » qui repose sur quatre piliers qui favoriseront les transformations et engageront la pays sur une nouvelle voie de progrès et de développement.

D'importants documents techniques et textes juridiques ont été élaborés, adoptés et diffusés au cours de la période du PNDS passé : Il s'agit essentiellement du Décret n°2008-0078/PR/MS Portant adoption du Plan National de Développement Sanitaire de Djibouti 2008-2012, du Décret n°2010-454/PR/MS Portant sur la mise en place du Cadre Institutionnel des Compte Nationaux de la Santé du 21 juillet 2010, de la mise en œuvre des enquêtes PAPFAM et de l'enquête ménage sur la pauvreté en 2012 et de plusieurs autres documents et études réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Beaucoup de réformes courageuses et

pertinentes dans le secteur de la santé ont été ainsi à la fois engagées dans le cadre du PNDS passé sans pour autant que les priorités soient dégagées auparavant, ce qui explique les nombreux chantiers inachevés.

En outre, le Gouvernement a réaffirmé en mars 2010, la volonté des Hautes Autorités de Djibouti de conduire à son terme le processus de décentralisation en cours. Un document cadre de politique nationale de décentralisation a été adopté par le gouvernement avec l'appui du PNUD depuis 1999. Deux instruments fondamentaux ont été élaborés au niveau des régions à savoir le PDR et le PIP qui n'ont pas été non plus mis en œuvre dans les régions.

Partie 1 Généralités sur Djibouti

La République de Djibouti est située au niveau de la corne de l'Afrique à l'entrée Sud de la mer rouge et partage ses frontières terrestres avec la Somalie au Sud, l'Ethiopie au Sud-ouest et l'Erythrée au Nord. Le pays occupe une position stratégique au sein de la région avec des ressources naturelles affectées par le climat désertique et des sols volcaniques. Djibouti couvre une surface limitée (23 000 km²). Le climat est de type désertique avec des pluies sporadiques. La pluviométrie dépasse rarement 160 mm par an. La saison des pluies ou saison fraîche couvre souvent la période allant d'octobre à avril et la saison sèche, très chaude où les températures sont généralement au dessus de 40°C dans la journée, s'étend de mai à septembre et pèse lourdement sur la dégradation de l'environnement. L'aridité des régions influe fortement de manière négative sur la production agricole. En outre, la rareté des ressources en eau et leur mauvaise qualité particulièrement à Djibouti ville est une contrainte sévère tant pour les activités agricoles et pastorales que pour les populations et sa santé. Son accès sur la Mer Rouge, avec 370 km de côtes pourrait offrir des opportunités de réserves gazières et pétrolières.

Selon les résultats préliminaires du Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé entre mai et juin 2009, la population résidente totale de Djibouti est de 818 159 habitants dont 70,6% vivent en milieu urbain et 58,1% dans Djibouti-ville la capitale du pays.

Le processus de décentralisation en cours a divisé le pays en six régions administratives : une région centrée sur la capitale qui a un statut particulier. Djibouti-ville est ainsi subdivisée en trois communes : la commune de Balbala 55,4% de la population de Djibouti-ville, Boulaos (42,7%) et Ras-Dika (1,9%) et cinq autres régions de l'intérieur (Ali-Sabieh, Arta, Dikhil, Obock et Tadjourah).

La taille moyenne des ménages ordinaires est de 6,2 personnes. Les femmes représentent 53,8% de la population totale résidente. La population de 0 à 4 ans représente 11,4%, celle de 5 à 14 : 23,8%, la population de 15 à 59 ans : 60,7% et celle de 60 ans et plus : 4,1%. Les résultats du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2009 indiquent des mutations démographiques qui se manifestent par un accroissement du taux de croissance qui s'établit pour la période à 2,8%.

A la fin de la dernière décennie le pays a subi d'importants chocs exogènes, de graves fluctuations climatiques entraînant des sécheresses et la flambée des prix intérieurs.

Les données de l'enquête EDAM-3 et du RGPH 2009 indiquent que le taux de dépendance des individus par rapport au chef de ménage est en moyenne de 7 personnes, avec un niveau de pauvreté relativement élevé. En effet, on note que plus de 78% de la population vit dans la pauvreté absolue sur la base d'un seuil de 371 630 FDJ, soit environ 2099,6 USD ; le taux de l'extrême pauvreté, quant à lui, se situe à 41,9% avec un seuil de 169 137 FDJ, soit environ 955,6 USD

Pour lutter de manière efficace contre la pauvreté, il faudra se pencher plus sur le domaine social, par la création de « filets de sécurité » afin de répondre aux besoins des groupes sociaux les plus vulnérables (chômeurs, personnes âgées, femmes, enfants, etc.).

Partie 2 : Situation sanitaire

➤ Les orientations en matière de politique de santé

Dès le lendemain de son accession à l'indépendance en 1977, la République de Djibouti a fait son choix en matière de politique sanitaire en adhérant en 1980 à la déclaration d'Alma Ata de 1978 visant par le développement des soins de santé primaires, la santé pour tous. Par la suite, de nombreux Engagements Internationaux ont été pris dans le domaine de la santé ainsi que la promulgation de nombreuses lois, dont notamment :

-La promulgation de la loi n° 48/AN/99/4ème L du 3 juillet 1999 portant orientation politique de la santé fut une étape décisive pour le Gouvernement Djiboutien. Car le droit à la santé pose le principe de la solidarité et de l'égalité en matière d'accès et de dépenses de santé qui sont des aspects fondamentaux. L'accessibilité et la disponibilité des médicaments Essentiels y sont également garanties. L'offre de soins de la médecine traditionnelle n'est pas encore structurée officiellement. Toutefois la Loi n° 48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé reconnaît la médecine traditionnelle comme partie intégrante du

système de santé et prévoit une délivrance d'agrément aux cabinets et officines de médecine traditionnelle.

Cette Loi oblige l'Etat à apporter une assistance prioritaire aux enfants, aux mères, aux personnes handicapées, aux groupes les plus vulnérables et aux victimes des catastrophes naturelles. Les programmes nationaux prioritaires reconnus par cette loi prennent en compte les interventions nécessaires pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que les autres groupes vulnérables tel que les indigents dont leur prise en charge gratuite est prévue.

Les priorités de la politique de santé énoncées au chapitre huit de la Loi n° 48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé sont (i) la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments, (ii) la promotion de la prévention et (iii) celle de l'hygiène.

-Dans le cadre du Partenariat de la Corne d'Afrique pour la Lutte contre la Vulnérabilité au VIH et la Migration transfrontalière (HOAP), les autorités de Djibouti, tout en rappelant les engagements internationaux antérieurs pris dans ce sens (notamment la Déclaration du Sommet d'Abuja, l'engagement sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement et d'appui contre les VIH/SIDA...) se sont réengagés à intensifier et à renforcer la collaboration interministérielle au niveau national et sous régional afin d'arrêter la propagation du VIH/SIDA et d'inverser la tendance actuelle de ce fléau. Cette synergie d'interventions sous régionales s'étend aussi sur les différentes endémies et épidémies de la sous région tels que la tuberculose, le paludisme, le choléra, la rougeole, la méningite, la poliomyélite, la grippe aviaire...

➤ Le système de santé

Le système de santé de Djibouti est fondé sur l'approche système de santé de district et la stratégie des Soins de Santé Primaires. Au plan administratif, le niveau central est composé essentiellement du cabinet du ministre, du secrétariat général et des directions centrales. Le niveau régional au plan administratif se confond avec le niveau district (périphérique). De ce fait, les équipes cadres de districts dirigées par les médecins chefs districts sont les premiers responsables sanitaires des régions administratives qui correspondent aux districts sanitaires (5 districts de l'intérieur (ruraux) et deux districts urbains à Djibouti). Toutefois la Loi n° 48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé stipule que l'unité administrative de base est le secteur sanitaire.

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

Dans le sous-secteur public, le premier niveau est constitué par les postes de santé en milieu rural et les centres de santé communautaires à Djibouti ville. Ces structures de soins assurent le premier contact du système de santé avec les populations. Le deuxième niveau est composé de cinq Centres Médicaux Hospitaliers qui jouent également le double rôle d'hôpital de district et d'hôpital régional dans la plupart des régions mais le MS a changé d'optique en instituant progressivement dans les régions un deuxième échelon de référence, les hôpitaux régionaux. Le troisième niveau de soins (tertiaire) est constitué par un hôpital national de référence, d'une maternité nationale de référence et de deux centres spécialisés. De nos jours, seul l'Hôpital Général Peltier bénéficie d'une autonomie de gestion et d'une personnalité morale dans le cadre d'un projet pilote en vue de son extension à l'ensemble des structures du niveau tertiaire conformément à la politique sanitaire.

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

Les structures parapubliques au nombre de six sont composées de quatre structures sanitaires des Forces Armées et de deux structures sanitaires de l'organisme de la protection sociale. L'offre de services privés est structurée autour de trois polycliniques, cinq officines privées (pharmacies) et 10 cabinets médicaux.

La décentralisation du système de santé est une des priorités de la politique de santé de Djibouti, elle stipule que le secteur sanitaire est l'unité territoriale de base, administrative, technique et financière de la carte sanitaire. Les secteurs sanitaires sont regroupés par district sanitaire, dont les limites géographiques sont celles du district administratif (ou de la région administrative).

Conformément à la stratégie des soins de santé primaires, le système de santé a introduit les médicaments essentiels génériques depuis 2003. Le circuit des médicaments dans le secteur public est organisé autour d'une centrale d'achat basée à Djibouti ville. La Centrale d'Achat des Médicaments et matériels Essentiels (CAMME) a été créée par « Décret n° 2004-0059/PR/MS du 13 avril 2004 portant statuts de la Centrale d'Achat des Médicaments et Matériel Essentiels (CAMME) ». Elle a pour missions d'assurer essentiellement l'approvisionnement, la distribution et la vente des médicaments essentiels dans le secteur public.

➤ Performances du secteur

L'évolution des principaux indicateurs de santé depuis 2008 s'appuie sur l'enquête PPFAM de 2008 qui constitue la baseline de tout le PNDS 2008-2012. Les données de ce même type d'enquête n'étant pas malheureusement toutes publiées, il s'avère difficile de procéder à des comparaisons de niveaux des indicateurs au terme du plan. Néanmoins les données de routine du SNIS, bien que sujettes à caution souvent ainsi que celles des programmes verticaux à collecte parallèle permettent de disposer d'informations complémentaires.

Evolution de quelques indicateurs du PNDS de 2008 à 2012

	Année de base PNDS 2008	mi- parcours PNDS 2010	Terme du PNDS 2012	Objectif PNDS 2012
Taux mortalité maternelle pour 100.000 NV	546	546		
Taux mortalité infantile en ‰	67			55
Taux mortalité infanto-juvénile en ‰	94			
Accouchement assisté par un personnel qualifié en ‰	58,25		44,2	93
CPN 4 en ‰	7			35
DTC3 en ‰	71	71		85
Taux Prévalence Contraceptive en ‰	17	11,76	12	25
TB : Taux de perdus de vue en ‰	16	15,8	15	5
Insuffisance pondérale des – 5 ans en ‰	28,6			15
Couverture en MII en ‰	49,3	49,3	49,3	80
Prévalence du VIH en ‰	2,9	2,9	2,7	2

Sources : PAFAM 2008 / SNIS 2008-2012/BM/PAPSS/ Programmes de santé

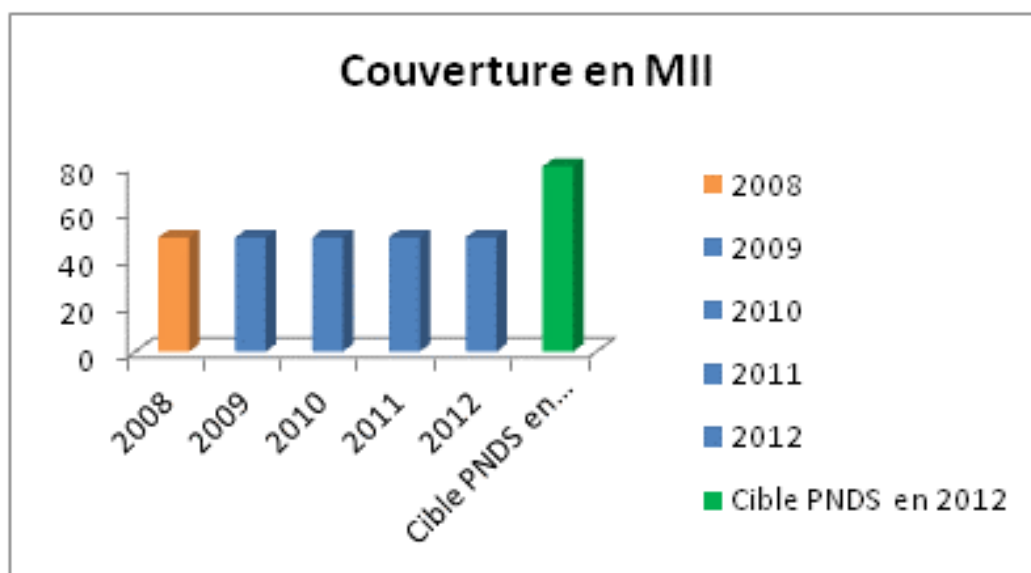
Les indicateurs de couverture restent préoccupants dans l'ensemble du pays : en fait ce sont les indicateurs préventifs tels que les CPN, l'accouchement assisté, le TPC qui sont les plus alarmants. La couverture vaccinale semble stagner à 71 % ce pourrait engendrer de très sérieux problèmes de santé publique ; en fait quel que soit la fiabilité des données fournies le niveau des enfants complètement vaccinés est faible et cache probablement des disparités énormes entre régions et entre localités si l'on sait que les problèmes d'accessibilité sont importants pour certaines régions. L'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié n'atteint pas la moitié des femmes en 2012 alors que l'objectif affiché du PNDS en 2012 a été fixé à 93 %. La PC n'est que de 12 % sur l'ensemble du pays. La mortalité néonatale est de l'ordre de 45 pour mille en 2010. Les données du PAFAM concernant la mortalité maternelle et infantile ne sont pas encore disponibles.

mais les niveaux connus de 2008 sont très élevés car de l'ordre respectivement de 546 pour 100.000 naissances vivantes et 67 pour mille.

La Prévalence de la tuberculose reste toujours très élevée dans le pays et est la plus forte au niveau mondial bien que des efforts importants soient fournis avec la décentralisation et l'extension des structures de soins qui ont atteint le nombre de 15 CDT et 11 CTDO fonctionnels. Le programme tuberculose a doublé les centres de prise en charge. Le nombre de cas dépistés par année est passé de 3717 cas en 2008 et 3726 cas en 2011 mais les perdus de vue sont trop nombreux car ils atteignent 15% en 2012 taux constant depuis 2008 alors que l'objectif fixé dans le PNDS en 2012 est de les réduire à 5. Cette situation s'explique en partie par les importantes ruptures en intrants de laboratoire suite à la non intégration de l'approvisionnement dans le système de la CAMME, de l'importance des migrations ainsi que de la centralisation excessive des activités comme de tous les programmes de santé gérés au niveau central. Le taux de guérison de 81,2 % en 2012 est cependant remarquable.

En matière de lutte contre le VIH, le nombre de patients sous ARV est passé de 816 en 2008 à 1328 en 2011. Cependant 80% des patients dépistés lors du CDV accèdent tardivement à la PEC médicale. Sur 5100 OEV de moins de 18 ans, seuls 700 (13,73%) ont bénéficié d'un appui multiforme comprenant les soins médicaux, l'aide scolaire, l'aide psychologique et le soutien socio-économique. Entre 800 et 850 personnes sous ARV reçoivent de l'appui alimentaire. Une étude récente a montré que la dénutrition affecte de nombreux patients (38%) sous ARV à Djibouti. La prévalence globale au niveau national est de 2,9 % population globale dont 2,3 % chez les femmes enceintes avec un objectif en 2012 de 2 %. Plus de 63 % de la population et 93 % des jeunes ne connaissent pas leur statut sérologique. Les taux très élevés des perdus de vue après dépistage et counselling suite à la démotivation des agents de santé et communautaires dans le cadre de la gestion du programme sont très inquiétants. Il n'y a pas de programme MSM. Le PTPE couvre l'ensemble des districts du pays.

En ce qui concerne le paludisme, la couverture en MII n'est que de 49,3 % en 2012 par rapport à un objectif de 80 %. Dans certaines régions à plus basse température, le paludisme est à l'état endémique. En outre, il apparaît dans les tendances que la couverture en MII n'a pas varié depuis le début du PNDS..



Sources : données du SNIS et du Programme Palu

La lutte contre les maladies non transmissibles n'est pas encore développée mais ces dernières occupent de plus en plus les premiers rangs dans la morbidité et la mortalité dans les régions et la situation serait préoccupante dans le pays. Le diabète et l'HTA occupent une place de plus en plus élevée dans la morbidité et la mortalité. Comme on le voit la situation des maladies non transmissibles est de plus en plus préoccupante à Djibouti et la situation risque de s'aggraver tenant compte du mode de vie urbaine sédentaire qui s'impose de plus en plus.

La PCIME clinique et communautaire est généralisée dans toutes les structures de santé. Les zones périurbaines ne devraient pas être omises par cette approche. Le nombre d'enfants soignés par l'approche PCIME est passé de 15599 en 2005 à 53 345 en 2007, 59 894 en 2009 et à 84276 en 2011. Bien que le programme soit très dynamique dans l'ensemble, la malnutrition et des enfants de moins de 5 années et des adultes est très préoccupante dans le pays.

La couverture passive en infrastructures sanitaires s'est améliorée dans l'ensemble mais il a été noté une forte concentration des investissements dans la capitale. Il faut noter cependant qu'un troisième niveau de référence se met progressivement en place avec le début de l'érection d'hôpitaux régionaux.

Le système d'orientation recours et la référence dans la ville de Djibouti sont à améliorer car le système ne dispose pas d'un échelon intermédiaire adéquat.

Les investissements réalisés sont nombreux mais l'efficacité n'est pas toujours démontrée face surtout à des coûts récurrents importants et un budget santé de l'Etat somme toute faible. En plus, la dispersion des populations en milieu rural ainsi que leur enclavement accentué par la transhumance d'une partie de la population face à l'immobilisme des équipes de santé aggravent la faiblesse de la couverture sanitaire.

Sur les structures de santé prévues dans le PNDS 1998- 2012 les réalisations ont été les suivantes :

1. 20 nouveaux postes de santé construits et équipés sur une prévision de 25 et 7 anciens postes de santé transformés
2. Sur 8 CSC prévus 01 seul a été réalisé et 2 ont été rénovés
3. La transformation des CMH en CHR n'a pas eu lieu mais 1 CHR est en construction et 1 autre est inauguré en octobre 2012 sur une prévision de réalisation de 3 CHR dans le cadre du PNDS.
4. 6 centres de traitement anti tuberculeux ont été créés ainsi que la rénovation de 5 CMH, la création de 4 banques de sang, des salles équipées de radio dans les CMH
5. Les 4 dépôts régionaux de MEG n'ont pas été réalisés
6. Les 2 sous directions régionales sont en cours de construction
7. Le LNSP et le CNTS ont été réalisés
8. 12 services hospitaliers ont été créés et ou rénovés principalement à Djibouti ville.

Des blocs radio, pédiatrie d'accouchement de nutrition et des blocs opératoires au niveau des CMH et des hôpitaux nationaux ont été construits durant la période couverte par le PNDS.

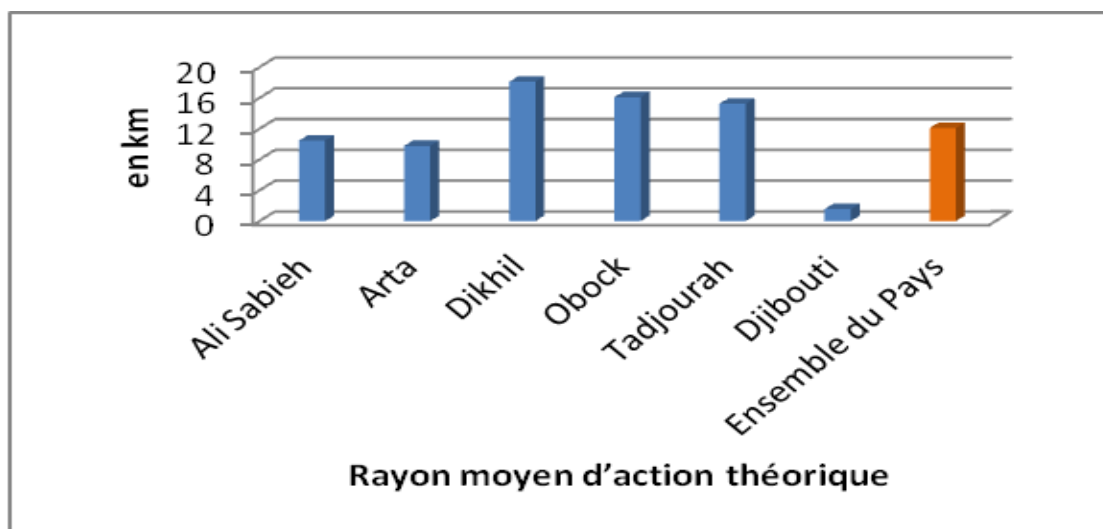
Deux unités d'hémodialyses ont été mises en place un à l'hôpital Général Peltier (HGP) et l'autre à l'hôpital Balbala. Les services d'ORL, d'ophtalmologie et de stomatologie de l'HGP nouvellement construits sont fonctionnels. Les capacités d'offre de services et soins du Centre Paul Faure, de la Maternité Dar EL Hanan ont été renforcées de même que celles de cinq postes de santé et trois centres de santé communautaires.

Les capacités d'aide au diagnostic des structures de soins se sont améliorées à tous les niveaux avec l'acquisition du scanner, la construction et l'équipement de nouveaux laboratoires (HGP, Hôpital Balbala...), la rénovation et l'équipement des laboratoires des Centres Médicaux Hospitaliers (CMH) dans les régions. Le nombre de CTDO et CDT pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose est passé de 16 en 2007 à 36 en 2010. La plupart des ces structures de santé ne sont pas encore fonctionnelles et sont soit en finition, soit ne disposent pas de personnel.

La couverture sanitaire dans les régions reste inégalitaire mais ce sont les plus enclavées et les plus éloignées de Djibouti ville qui sont les moins bien couvertes en infrastructures fixes. Les équipes mobiles mises en place depuis quelques années ne sont en général pas fonctionnelles par manque de moyens de fonctionnement..

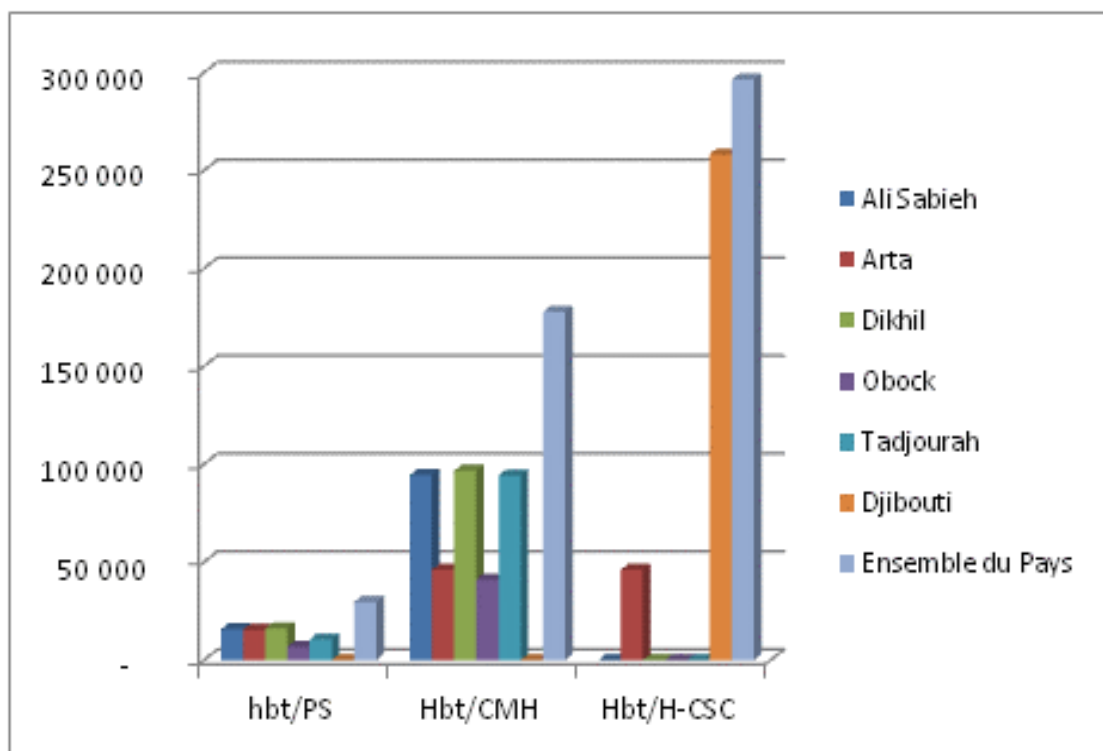
Le rayon moyen d'action d'une infrastructure est en moyenne de 12 kms dans le pays avec des pointes au niveau des régions de Dikhil, Obock et Tadjoura entre 12

et 16 kms ce qui dépasse largement l'accessibilité physique acceptable qui est de l'ordre de 5 kms. Il faut remarquer qu'en dehors de Djibouti ville où c'est la variable densité de population qui joue, aucune accessibilité n'est à moins de 8 kms en moyenne dans les régions.



La couverture passive en postes de santé est de niveau globalement acceptable mais elle cache beaucoup d'autres réalités telles que la mauvaise répartition, l'adéquation, la qualité des services etc, conditions qui sont loin d'être réunies dans les régions.

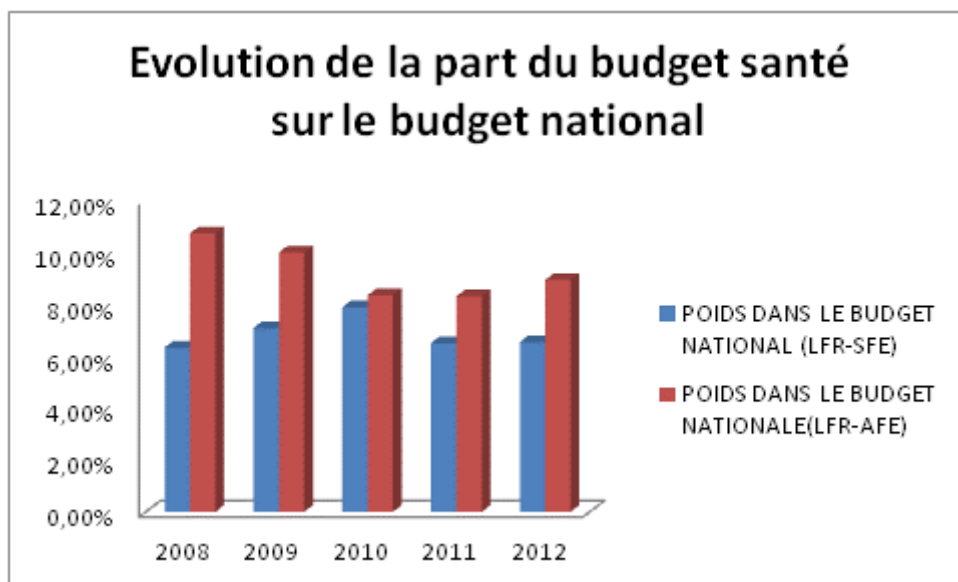
Nombre d'habitants par type d'infrastructures selon les régions



➤ **Financement du secteur**

La dépense de santé par habitant à Djibouti, de l'ordre de 90 USD est nettement plus élevée que dans de nombreux pays africains. L'Aide extérieure finance 44% des dépenses publiques et 24% des dépenses totales de santé.

La tendance de la part du budget du Ministère de la santé sur le budget général y compris le financement extérieur dans le budget de l'Etat a baissé de 12,6 % en 2007 à 10,74 % en 2008 puis à 8,31 et 8,94 % en 2011 et 2012, bien loin des 15% conformément aux engagements internationaux pris par les gouvernements notamment sur les OMD. Cette part n'est plus que de 7,78 % en 2007 à 6,55 % en 2012 soit moins de 2 % du PIB hors financement externe.



Source: MEFI

L'évolution du budget du Ministère de la santé en valeur nominale de 2002 à 2012 montre une croissance évolutive surtout à partir de 2006 signe d'efforts accrus de mobilisation de ressources auprès du Trésor Public mais a bénéficié essentiellement au personnel de santé. Les autres catégories de dépenses en l'occurrence le matériel et surtout le fonctionnement ont peu évolué.

Il faut noter aussi la grande faiblesse et l'inadéquation du budget des régions et la nécessité d'améliorer l'allocation aux régions sur la base de critères.

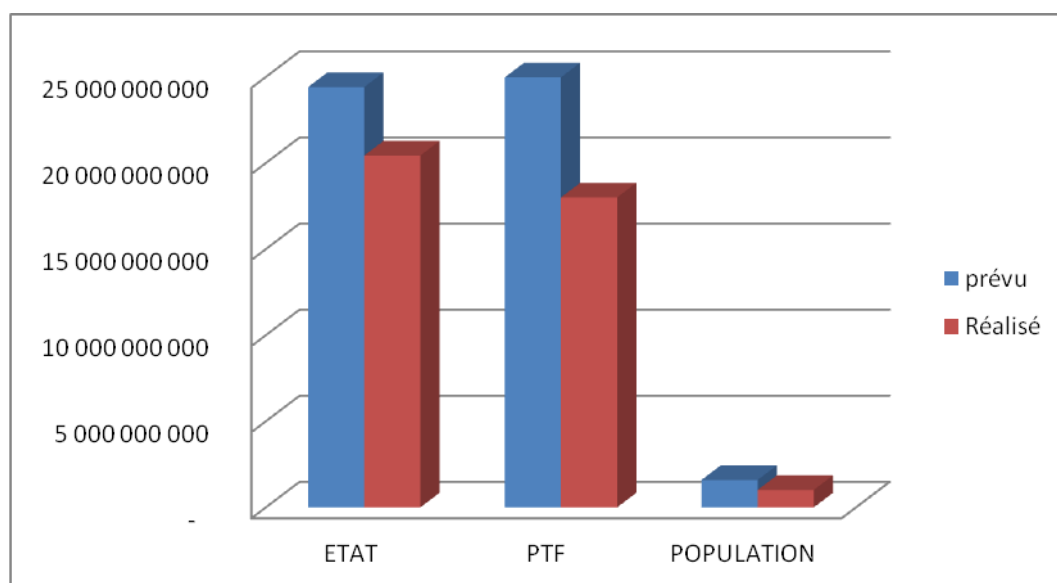
Le développement des alternatives de paiement solidaire des soins à travers la micro-assurance santé (mutuelle santé), la caisse de sécurité sociale et les assurances santé n'assurent qu'une infime partie de la population. L'Organisme de Protection Sociale offre une couverture santé aux travailleurs du secteur privé. Les travailleurs

du secteur public, du secteur informel, du monde rural ne bénéficient pas jusque là de couverture médicale. Un projet d'assurance maladie est cependant à l'étude mais sa concrétisation dépassera sans aucun doute le cadre de ce plan.

Le cadre de dépense à moyen terme (CDMT) élaboré pour la période 2009-2012, n'a pas encore été actualisé, ni utilisé dans le processus de programmation – budgétisation 2013, un des handicaps qui a freiné la mise en application et l'utilisation du CDMT Sectoriel a été l'absence de cadrage macroéconomique pluriannuel au niveau du Ministère délégué au Budget (CBMT), mais également l'absence des ressources humaines qualifiées au niveau sectoriel dans la maîtrise de cet outil. Néanmoins, en 2012 le Ministère délégué au Budget a engagé des réformes budgétaires majeures, à savoir la révision de la nomenclature budgétaire.

Le système de participation financière des populations à l'effort de santé encore très faible dans le financement du système de santé fait son chemin timidement mais avec des systèmes de gratuité non coordonnés mis en place le recouvrement des coûts dans le cadre de l'IB en vue de renforcer le fonctionnement des structures de santé et leur autonomie au plan de l'approvisionnement en médicaments essentiels se trouve largement compromis, alors qu'il n'y a pas de distinction entre les indigents et les non indigents dans les faits.

Prévision et réalisation du financement du PNDS 2008-2012



Sources : MEFI/PAPBS/DFRH/UGP/PTF/Rapport Mahyub

Dans le domaine de la mobilisation des ressources financières au profit du secteur de la santé, des efforts restent à fournir en relançant les comptes nationaux de la santé, en réalisant régulièrement les études de traçabilité et de revue de la dépense publique de santé et en faisant surtout des bilans financiers annuels consolidés et en diffusant tous ces résultats aux différents acteurs. L'élaboration des plans annuels

budgétisés par structure, la mise en œuvre de ces plans ainsi que le suivi évaluation permettront de mobiliser davantage de ressources auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Les populations n'ont été que peu sollicitées dans le cadre de la participation surtout dans les régions, l'essentiel du recouvrement venant de Djibouti ville.

La gestion financière du PNDS est disparate et le suivi et la coordination ont fait défaut ; l'absence de table ronde et de mécanismes de mobilisation des ressources, voire de plaidoyer dans le cadre du PNDS explique cette situation. Chaque direction dispose de ses PTF et il n'y a guère de coordination dans le cadre unique du plan. En outre la gestion des programmes de santé est fortement centralisée ce qui nuit à leur efficacité. La communication avec le MEFI n'a pas été systématisée dans le cadre d'instances au sein du PNDS.

Il n'existe pas de politique ou de stratégie nationale de contractualisation dans le secteur de la santé. Il s'avère aussi que dans le cadre de la conception du PNDS et de sa mise en œuvre, une place marginale voire inexistante a été laissée au PPP (associations, ONG, Société Civile, Groupements de Femmes et des Jeunes, secteur privé de santé) ; or ces organes doivent jouer un rôle primordial dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. A ce sujet, le ministère n'a pas pris d'initiatives significatives vis-à-vis de la société civile en vue de les faire participer activement au développement de la santé.

➤ Développement des Ressources Humaines

La situation des personnels de santé du ministère de la santé a fortement progressé passant d'un effectif global de 1664 en 2008 à 2353 agents en 2012, soit une hausse de plus de 85 % en 5 années seulement : de ce fait, le MS constitue à n'en pas douter le pourvoyeur principal en personnel du système de santé face au secteur privé et parapublic. En effet, les parts relatives des autres secteurs représentent à peine globalement 15 % avec un privé autour de 4,3 % et 12 % pour le parapublic.

Les déficits en personnel se situent plus particulièrement en milieu rural au niveau des CMH et des CSC et au niveau de quelques postes de santé bien que des efforts importants soient faits à ce niveau entre 2010 et 2012.

Les efforts de l'Etat sont louables à plus d'un titre avec la revalorisation de la fonction médicale et paramédicale de manière très significative avec aussi l'octroi de prime d'éloignement en plus pour les paramédicaux. Cette mesure vise à stabiliser le personnel dans les zones rurales nécessiteuses et enclavées. Malgré cela, les écarts de couverture en personnel médical et spécialisée est criard et se situe entre 1 à 7 en moyenne entre Djibouti ville et les régions.

Ainsi, l'indice médical pour Djibouti ville est de un médecin pour 10.500 habitants contre en moyenne 74.500 pour les régions. Tous les médecins spécialistes se situent dans la capitale alors que le système des CHU n'existe pas encore dans le pays. Le personnel technique est fortement concentré dans la ville de Djibouti qui, à elle seule, dispose de plus de 79 % du personnel ainsi que la quasi-totalité des infrastructures sanitaires du pays d'où de sérieux problèmes d'accès des populations rurales pauvres à des services en quantité et en qualité suffisantes.

Le nombre de médecins généralistes en exercice dans les structures sanitaires est passé de 43 en 2007 à 77 en 2010 et à 104 en 2012. Le nombre de médecins spécialistes toutes spécialisations confondues est passé de 27 spécialistes en 2007 à 34 en 2010 puis à 36 en 2012.

L'effectif des sages-femmes d'Etat est passé de 131 en 2010 à 138 en 2012 et les infirmiers d'Etat de 216 à 253 agents. Toutefois, force est de reconnaître qu'en matière de gestion des ressources humaines, des efforts énormes restent à fournir. L'augmentation de l'effectif général du personnel s'est opérée plus au niveau du personnel administratif au détriment du personnel clinique chargé d'offrir les soins. En effet l'effectif technique n'est passé que de 994 en 2010 à 1171 agents en 2012, alors que l'effectif global a plus que doublé durant la même période. 100 ASC ont été recrutées pour la promotion de la santé (AME, PCIME, hygiène, alimentation du nourrisson et du jeune enfant).

Indicateurs de couverture

2011	MG / ha	MS /ha	IDE / ha	SFDE /ha
Djibouti-ville	1 / 10 500	1 / 7 500	1 / 2 400	1 / 6 000
Régions intérieur	1 / 74 500	1 / 124 000	1 / 3 400	1 / 7 500
Total	1 / 16 000	1 / 12 000		
Norme OMS	1 / 5 à 10 000	1 / 3 à 5000	1 / 1 400	1 / 300 FMAR
Source: Travaux de groupes, évaluation finale du PNDS 2008-2012				

La couverture en infirmier d'Etat est acceptable ceci montre une bonne distribution de ce personnel dans les régions selon les normes de la carte sanitaire mais la couverture en personnel sage femme des femmes en âge de procréation est insuffisante dans les régions car on note une certaine concentration de cette

catégorie de personnel ainsi que les médecins gynécologues dans la capitale. La création de l'EMD et le renforcement en qualité de l'ISSS augurent d'un renforcement des compétences dans le secteur de la santé à Djibouti dans un avenir très proche et en plus avec leur rattachement au ministère de l'Enseignement Supérieur on note une revalorisation des diplômes offerts avec un renforcement des ressources didactiques et une amélioration de la qualité de l'enseignement. La création du futur CHU les prochaines années permettra à coup sûr de renforcer d'avantage le système de formation dans son ensemble.

En matière de gestion du personnel, l'efficience dans la gestion du personnel reste à améliorer à travers la mise en place d'une direction spécifique chargée de la gestion des ressources humaines et de la formation avec un focus particulier sur la décentralisation de la gestion

Les approches novatrices d'incitation à la productivité du personnel de santé telles que la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et le Financement Basée sur les Résultats (FBR) seront introduites dans le cadre de l'appui de la Banque Mondiale dans le cadre du nouveau projet dont le démarrage est prévu en 2013.

Un plan de développement des ressources humaines n'a pas été élaboré. La formation continue est le parent pauvre du système malgré son importance. Bien que la stratégie de formation continue soit élaborée en 2011 avec l'appui d'un consultant et avec un système participatif de tous les acteurs, la mise en œuvre tarde à se concrétiser. Cette situation s'explique peut être par les questions institutionnelles et notamment l'absence d'une DRH et la dispersion des services dans le domaine des ressources humaines. Le partenariat avec le privé dans le domaine des ressources humaines est quasi inexistant.

➤ **Approvisionnement en MEG**

Dans le domaine de la régulation du sous secteur pharmaceutique, le document de politique pharmaceutique a été révisé et adopté comme prévu dans le PNDS. Le service d'inspection pharmaceutique a été renforcé en personnel et elle compte désormais 11 inspecteurs spécialisés. L'implantation des nouvelles structures privées est régulée par l'Inspection Générale des Services de Santé (IGSS) en collaboration avec la Direction des Médicaments, de la Pharmacie et des Laboratoires (DMPL). Une liste nationale des produits en vente libre dans les officines a été élaborée et diffusée. Des registres de psychotropes et stupéfiants ont été mis en place dans les structures publiques, parapubliques et privées. L'état des lieux sur la prescription des psychotropes a été fait et une liste nationale des psychotropes autorisés dans le pays est en cours d'élaboration. Un suivi régulier des prix des 24 produits les plus vendus dans les officines privées est assuré en vue de réguler leur prix.

Dans les régions la plupart des formations sanitaires disposent des médicaments et des produits essentiels mais des problèmes sont constatés dans plusieurs d'entre elles avec des taux de satisfaction de leur demande d'environ à 60 % mais dans certains autres endroits le médicament fait vraiment défaut. Les conditions de stockage des médicaments ne sont pas des meilleures surtout dans les endroits chauds du pays surtout s'il n'y a pas de climatisation ou de ventilation. La supervision de pharmaciens dans les régions est quasi inexistante. La promotion des MEG ne se fait pas.

L'évolution du chiffre d'affaires de la Centrale d'Achat des Médicaments et des Matériels Essentiels la CAMME, structure en chargée de l'approvisionnement des formations sanitaires publiques, permet d'avoir un aperçu sur la situation qui est passée de 613.256.110 en 2008 à 613.990.181 FD en 2011 ce qui augure déjà ses difficultés. Le privé pharmaceutique s'approvisionne essentiellement dans le reste du monde en ordre dispersé compte tenu et de l'absence de grossistes répartiteurs dans le pays et d'une absence de politique d'approvisionnement rationnelle au niveau du pays, ce qui accroît leurs charges financières avec comme corollaire des tarifs non homologués sur l'ensemble du territoire national, ce qui accentue les problèmes d'accessibilité des populations dont plus de 60 % sont pauvres. Le fonctionnement de la CAMME est en partie miné par les créances des hôpitaux et surtout du Trésor Public qui supporte les coûts de la gratuité des médicaments et des soins dans les postes de santé et lors des hospitalisations. Le retard de paiement du Trésor Public est actuellement l'handicap majeur au fonctionnement de cette centrale puisque le cumul de la dette du Trésor représente un défaut de paiement de 480 millions de FD. de passif. Face à cela s'y greffent d'autres problèmes relatifs à la gestion des MPE/PE des programmes de santé qui ont des systèmes parallèles d'approvisionnement (Fonds Mondial, UNICEF, OMS, UNFPA etc...) qui alourdissent les charges récurrentes de la centrale d'achat.

La disponibilité des vaccins dans les formations sanitaires est satisfaisante mais à certains endroits notamment les postes de santé il n'y a pas de vaccins faute d'électricité. Les ruptures concernant les intrants de laboratoires sont récurrentes et partout sur le terrain le constat est presque le même en particulier dans les régions.

Aucun partenariat n'existe entre le secteur pharmaceutique privé et l'Autorité de régulation. En outre, le système d'informations relatif aux médicaments est encore inexistant à Djibouti, par conséquent il est presque impossible de connaître la consommation intérieure et son évolution et donc les dépenses.

➤ **Système d'information et surveillance épidémiologique**

Après la dissolution de la DEIS et la création de l'INSP, le SNIS a été finalement rattaché au cabinet du Ministre de la santé. De ce fait, la structure ne dispose

même plus d'un budget de fonctionnement ce qui pose encore la problématique de la pérennisation de ses activités .

Le SNIS ne dispose pratiquement de personnel qualifié à l'exception d'un seul ingénieur. Le problème de la complétude des données du SNIS se pose d'où la nécessité de procéder à la qualification des données par une assurance qualité régulière dans le cadre d'une commission. Les données du secteur privé médical ne sont pas intégrées dans le SNIS et il en est de même de celles du parapublic, d'où la nécessité de développer le partenariat dans ce sens aussi. La mise en œuvre du futur projet FBR/PBF axé sur le GAR avec le système de vérification des données nécessitera, dans le cadre de l'achat des services de santé, un bon système d'information sanitaire.

Malgré toutes ces difficultés le SIS, malgré ses faibles moyens dispose régulièrement des données avec une bonne complétude et promptitude dans la transmission des rapports, la Publication régulière des statistiques trimestrielles et annuelle, la Publication d'un bulletin hebdomadaire et mensuel *des données* sanitaires.

La surveillance des maladies épidémiologiques et endémiques souffre des problèmes de disponibilités des données et de coordination entre les régions, le SNIS et l'INSPD, ce qui limite les capacités de riposte et de lutte en cas de survenue d'épidémies et cela peut être un problème particulièrement au niveau d'un pays de croisée comme Djibouti. En outre une ligne budgétaire d'alerte avec un minimum budgétaire devrait être positionnée en permanence dans le budget de l'Etat pour parer à toutes éventualités. Il en est de même de la ligne PEV.

➤ **Planification, Gestion et suivi - évaluation**

Depuis l'adoption des Orientations de la Politique de Santé en 1999, le Ministère de la Santé s'est évertué à adopter la stratégie de renforcement des capacités techniques et opérationnelles des directions centrales en charge de certains domaines prioritaires de soutien définis dans le PNDS vise à améliorer leurs performances qui connaissent des insuffisances actuellement en particulier la DEPCI dont le personnel a été renforcé toutefois, la disponibilité du personnel qualifié pour assurer convenablement les missions de la DEPCI reste insuffisante surtout en matière de planification sanitaire, d'économie de la santé et de suivi évaluation des actions sanitaires. La Direction des Régions Sanitaires (DRS) joue en partie le rôle d'une Direction Générale de la Santé mais ses capacités sont insuffisantes pour piloter le processus de décentralisation/déconcentration du secteur de la santé et de la lourde tâche d'encadrer les hôpitaux dans leur autonomie. Au plan de l'organisation, de la gestion et du fonctionnement du système de santé. Il est noté des faiblesses de capacités à tous les niveaux.

L'organigramme du ministère de la santé devrait être aussi revu à la lumière de l'audit organisationnel des directions centrales et régionales réalisé avec l'appui de l'USAID.

La carte sanitaire a été élaborée en 2006 et elle est restée sous utilisée comme document de référence par les différents acteurs du système de Santé. La révision de cette carte est en cours depuis début septembre 2012.

Plusieurs réformes en santé sont entreprises à la fois sous l'égide des PTF mais dans la plupart des cas l'Administration ne s'approprie pas les recommandations. Ainsi, la mise en œuvre de la Réforme des hôpitaux en vue de leur autonomie marque le pas faute d'un encadrement conséquent de la tutelle technique qu'est le Ministère de la Santé. Les prévisions de renforcement et de décentralisation du service de maintenance ne sont pas encore réalisées. Les besoins de maintenance préventive et curative sont exprimés par les prestataires et sont facilement observables dans les formations sanitaires visitées au regard des investissements importants réalisés en matière d'infrastructures et d'équipements.

Les capacités techniques et opérationnelles des équipes cadre des régions sanitaires sont encore très faibles, et aucun texte ne les a créées. L'opérationnalisation des 2 sous directions des régions sanitaires ne semble pas avoir été concluante et le MS semble s'orienter davantage vers l'érection d'une direction régionale en tant qu'équipe cadre de région avec une double mission technique et administrative.

Djibouti ville devrait disposer d'un organe de coordination des structures de santé à l'image de celle des régions médicales. En outre, il est impératif de nommer un personnel de l'équipe cadre de région en dehors du CMH y compris pour la ville de Djibouti.

Au niveau du secteur de la santé, le Groupe des Partenaires de la Santé (GPS) devait constituer le cadre unique de discussions globales sur la politique sanitaire ou le PNDS avec les ministères connexes. Le fonctionnement de ce cadre reste en deçà des attentes car en fait il n'y a pas pratiquement eu de réunions dans ce sens depuis sa création et en plus il n'y a pas de TDR de ce groupe qui devait être l'instrument indispensable de dialogue et de communication continue avec les PTF pour une mise en œuvre adéquate du PNDS.

Les différents groupes et clusters n'ont pas de vision systémique du système de santé. Depuis la signature du pacte mondial IHP+ en Octobre 2009, le Ministère de la Santé a bénéficié des appuis à travers la mise à disposition d'une assistance technique variée. La signature du Compact Pays par l'IHP+ constitue une étape majeure dans le cadre du partenariat avec les PTF. Le Three One comme cadre unique est bien éloigné du cadre actuelle du PNDS. En outre, le système de planification sanitaire n'est pas encore bien défini à Djibouti. Le développement de

l'approche sectorielle n'est pas encore une réalité. La création d'un cadre partenarial du secteur de la santé incluant tous les partenaires nationaux et internationaux constitue un atout même s'il n'a pas été mis en œuvre dans le cadre du PNDS.

Par ailleurs, une nouvelle approche de reddition et de reporting a été instituée à travers l'élaboration des rapports annuels de performances avec des résultats mitigés comme toute nouvelle approche de gestion mais il faut noter cependant qu'aucun plan d'action annuel dérivé du PNDS n'a été élaboré par les centres de responsabilités que sont les régions et les directions centrales

➤ **Leçons apprises**

Le PNDS a mobilisé beaucoup d'énergie pour sa formulation, dans le cadre d'une démarche participative saluée par tous. Le document est bien structuré mais il a été peu utilisé.

Les principales leçons tirées du PNDS 1998-2012 sont les suivantes :

9. Il n'y a pas eu d'appropriation du plan à tous les niveaux du système de santé
10. Le manque de définition d'un cadre de mise en œuvre a certes compromis le suivi évaluation
11. La faiblesse des capacités aussi bien des directions et services centraux ainsi que les Régions Sanitaires n'ont pas milité en faveur d'un bon leadership
12. Il n'y a pas de visibilité sur la planification et la gestion des ressources humaines
13. La grande mobilité du personnel clé au niveau central a constitué un handicap pour la mise en œuvre du plan
14. Les performances du système de santé sont en général faibles particulièrement au niveau préventif axé sur la santé de la mère et de l'enfant, objectifs majeurs des OMD.
15. Peu de coordination assurée
16. Le partenariat public privé (PPP) n'est pas abordé ainsi que la collaboration multisectorielle ; les ONG et les Associations et les relais communautaires pourtant nombreuses ne sont que trop peu sollicitées par un ou deux programmes de santé posant ainsi des problèmes de pérennisation à chaque fin d'intervention.
17. Le programme d'investissement réalisé est aux antipodes des possibilités budgétaires de l'Etat
18. Le recouvrement des coûts est encore larvaire à tous les niveaux et la mobilisation de la participation financière des populations est trop faible

19. Le budget Etat destiné aux régions n'obéit pas à des critères d'allocation optimale
20. Le plateau technique des CMH dans les régions est encore bien en deçà de la demande en services de santé de plus en plus spécialisée
21. La référence contre référence au niveau de Djibouti ville n'est pas fonctionnelle
22. La chaîne d'approvisionnement des structures de santé en MEG/PE est encore mal organisée et n'intègre pas le secteur privé pharmaceutique qui est laissée à lui-même : en conséquence les prix des médicaments des officines n'est pas homologués et sont trop chers pour une population pauvre atteignant plus de la moitié de la population du pays.
23. La gestion des programmes de santé est fortement centralisée, ce qui nuit à leur efficacité dans la mise en œuvre.
24. La couverture sanitaire des populations rurales pauvres et enclavées est faible et ceci est aggravé par la non fonctionnalité des équipes mobiles qui ne peuvent pas disposer d'un programme.

➤ Perception des populations et de la Société Civile

▪ **Que dit la population dans les quartiers pauvres de Djibouti?**

1. Il y a des améliorations mais les services de santé sont encore insuffisants (locaux, personnels, médicaments, matériels, hygiène/stérilisation)
2. Il faut prendre en compte la population locale et la population migrante dans l'affectation des moyens
3. Nous n'avons pas les moyens financiers suffisants (accouchement, acte de naissance)
4. Les eaux usées menacent la santé des enfants
5. Il faut à la communauté des appuis nutritionnels
6. Nous sommes mobilisés dans nos comités et associations; nous avons besoin de soutien du MS

▪ **Que disent les acteurs dans les régions de l'intérieur?**

7. Problèmes d'accès des populations enclavées, dispersées, populations mobiles, pauvreté, sécheresse, malnutrition
8. Evacuations sanitaires problématiques
9. Certaines localités enclavées n'ont pas de PS

10. Personnel affecté: ne comprend pas toujours les langues locales, fait face à des problèmes de sécurité
11. Manque de médecins spécialistes (gynécologues notamment), de SF
12. Médicaments: insuffisants et problèmes de qualité
13. Manque d'hygiène, d'électricité, de matériels, de clôtures (vols, animaux)
14. Entretien et maintenance, manque de carburant: problèmes critiques
15. SMUR, équipes mobiles et nombre d'infrastructures non fonctionnels
16. **Financement très insuffisant:** dotation régionale négligeable, participation financière des populations renvoyées au TP, prise en charge gratuite dans les CMH et les PS des fonctionnaires affiliés à l'OPS, qui ne reverse rien aux structures
17. **Pas de structures administratives déconcentrées**
18. **Comités de santé non fonctionnels,** comité régional de santé non opérationnel, comité de gestion non reconnu par le Conseil régional
19. **Pas de collaboration intersectorielle**
20. **Approche communautaire** en chute, mais la population est prête à se mobiliser
21. **Pas de promotion et de sensibilisation:** MEG (considérés comme des médicaments au rabais), hygiène, problèmes de santé
22. **Manque de structures** d'hygiène du milieu, d'eau potable au CMH
23. **Selon les régions:** diabète et hypertension endémiques mais ne semblent pas prioritaires pour le MS, moustiques (pas de moustiquaires), trop d'accouchements à domicile, appui UNICEF interrompu sur nutrition, personnel à régulariser, mutations soudaines...

L'opinion des populations est préoccupante pour le secteur de la santé

Il s'agit d'en tirer les leçons et de « proposer un processus relativement léger pour la revue de ce PNDS, sur laquelle on articulera directement l'élaboration du PNDS suivant, avec l'idée d'en faire un instrument efficace pour le « pilotage » du secteur de la santé ».

➤ Enjeux et Défis

Pour le **PNDS 2013-2017**, l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 constitue déjà, à mi parcours, un défi majeur pour le secteur de la santé.

Dans l'ensemble, des progrès notables ont été enregistrés au cours des dernières années avec notamment :

1. une baisse significative bien que très préoccupante de la mortalité infantile et maternelle,
2. un fort engagement dans la lutte contre la malnutrition
3. un recrutement important en ressources humaines.

Il n'en demeure pas moins que de sérieux problèmes restent à résoudre et qui ont trait :

1. aux ressources humaines, notamment de qualité qui sont insuffisantes et mal réparties,
2. à l'approvisionnement insuffisant en médicaments essentiels,
3. à l'insuffisance de l'offre de service
4. à la mauvaise accessibilité physique et financière aux services de santé en quantité et en qualité, en particulier pour les populations démunies,
5. à la mauvaise situation sanitaire du pays marquée par une :
 6. malnutrition élevée,
 7. forte prévalence de certaines maladies telles que le VIH et la Tuberculose
 8. faible prévalence contraceptive
 9. faible prévention et dégradation des conditions d'hygiène
 10. faible couverture vaccinale

Les défis (enjeux) correspondant aux problèmes ainsi identifiés se présente comme suit :

Au niveau des ressources humaines le grand défi demeure la disponibilité et l'accessibilité des ressources humaines de qualité surtout spécialisées dans les régions et au niveau des quartiers pauvres de la ville de Djibouti, dans le cadre d'une politique de planification des ressources humaines en adéquation avec la carte sanitaire.

Au niveau des médicaments, l'acquisition et l'approvisionnement des structures de santé en MEG/PEG y compris les intrants de laboratoire et de radiologie sont un défi de taille pour tout le système de santé du pays. En effet, ces dernières années, ce système se caractérise de plus en plus par des ruptures fréquentes de molécules traceurs à tous les niveaux et la tendance globale risque de compromettre tous les efforts de santé. Il s'agira donc de relever ce grand défi de l'approvisionnement du pays en médicaments et en produits essentiels de bonne qualité et en quantité suffisante et à moindre prix et ceci devrait passer par la

réorganisation de la filière pharmaceutique dans son ensemble en y intégrant le système privé pharmaceutique dans le cadre d'un partenariat gagnant.

Au niveau de l'offre de services, le relèvement du niveau du plateau technique des CMH et des CSC et la poursuite la consolidation de la stratégie mobile afin de mieux cibler les populations rurales pauvres et d'améliorer la qualité de l'offre constituent des enjeux de taille pour l'amélioration de la santé des populations les plus démunies.

Au niveau de l'accessibilité physique et financière aux services de santé : L'amélioration de l'accessibilité physique et financière des populations à des soins de qualité constitue un double défi majeur.

Accessibilité physique : la population de Djibouti a une forte concentration urbaine à Djibouti ville qui avoisine les 60 % , ainsi, là se posent un défi double de satisfaire d'une part la demande en santé de qualité pour une population rurale souvent dispersée et inaccessible et d'autre part, une forte zone de concentration urbaine et semi urbaine.

Accessibilité financière : Les populations essentiellement vivent dans des conditions d'extrême pauvreté la plupart du temps avec un système de santé urbain inadapté et insuffisant en termes de couverture et d'offres.

Par ailleurs, l'allocation budgétaire de l'Etat aux régions sanitaires pratiquée de façon égalitaire est non seulement trop faible et presque invariant depuis des années et en plus elle n'est pas optimale et n'obéit pas à des critères objectifs. Il s'y ajoute le fait que le financement global du secteur est fortement centralisé, y compris les projets et les programmes de santé sans pour autant que la coordination et la gestion optimale soient de mise. La planification et la gestion du secteur sont déficientes et plus particulièrement au niveau de la mise en œuvre et de l'appropriation des acteurs tant au niveau central que régional. Cette situation s'explique aussi en partie par la faiblesse des capacités au sein des directions centrales mais aussi par un manque de leadership aux centres de responsabilité.

Au niveau de la situation sanitaire du pays, le défi consiste en l'adoption d'une véritable approche sectorielle consensuelle à tous les niveaux dans le cadre d'un 'Three One's et d'en assurer le leadership aussi bien dans sa conception ainsi que dans la mise en œuvre des programmes y relatifs afin de sauvegarder les acquis et de les consolider. Ceci passe par le relèvement des défis spécifiques ci-après :

1. **Eradication de la malnutrition élevée** :

Malgré les efforts fournis dans le cadre de la lutte contre la malnutrition qui n'épargne aucune classe d'âge de la société Djiboutienne, la situation est

toujours très préoccupante surtout au niveau des moins de cinq ans et des femmes âgées de 15-49 ans. Il s'agira de relever ce défi dans le cadre d'actions inter et multisectorielles efficaces.

2. Réduction de la prévalence de certaines maladies telles que le VIH et la Tuberculose, le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et la surveillance épidémiologique. La forte prévalence du VIH et de la tuberculose et les difficultés nées de la gestion du programme du Fonds Mondial ont entraîné de sérieux problèmes aussi bien sur la prévention que sur le traitement de ces maladies. Il s'agira aussi de renforcer la mise en œuvre du PEV. Ne pas relever ce défi risque de compromettre les efforts de développement du pays.

3. Amélioration des indicateurs de la prévention

Les indicateurs liés à la prévalence contraceptive, à la vaccination et surtout aux consultations prénatales sont faibles. L'enjeu majeur est donc le recadrage de la prévention et de la santé communautaire au centre des préoccupations du PNDS dans le cadre de programmes intégrés et prenant en compte les aspects les plus prioritaires afin d'apporter des changements majeurs dans le comportement des individus et des familles.

4. Relèvement de la prévention et réduction de la dégradation des conditions d'hygiène et de l'environnement: La prévention et la santé communautaire accusent un net recul avec la détérioration des conditions d'hygiène et de vie des populations en particulier à Djibouti –ville ainsi que la mauvaise qualité de l'eau de boisson. Le grand défi dans ce domaine serait donc de nouer des partenariats dans le cadre multisectoriel afin d'y apporter des solutions pérennes.

Le tableau synoptique ci- après résume les problèmes et les défis correspondants.

TABLEAU PROBLEMES /DEFIS

PROBLEMES	DEFIS
Ressources humaines, de qualité, insuffisantes et mal réparties,	disponibilité et l'accessibilité des ressources humaines de qualité surtout spécialisées dans les régions et au niveau des quartiers pauvres de la ville de Djibouti. Il faudra élaborer une politique de planification des ressources humaines en adéquation avec la carte sanitaire
Approvisionnement insuffisant en médicaments essentiels,	acquisition et l'approvisionnement des structures de santé en MEG/PEG y compris les intrants de laboratoire et de radiologie. Pour

		ce faire, Réorganiser la filière dans son ensemble en y intégrant le système privé pharmaceutique dans le cadre d'un partenariat gagnant gagnant.
	Offre de services insuffisante	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relèvement du niveau du plateau technique des CMH et des CSC et 2. poursuite la consolidation de la stratégie mobile afin de mieux cibler les populations rurales pauvres 3. Amélioration de la qualité de l'offre
	Mauvaise accessibilité physique et financière aux services de santé en quantité et en qualité en particulier pour les populations démunies,	Amélioration de l'accessibilité physique (routes, ambulances) et financière des populations (tarifs et prix des médicaments réduits) à des soins de qualité
Mauvaise situation sanitaire du pays	Eradication de la malnutrition élevée	Réduction /éradication de la malnutrition au niveau des moins de cinq ans et des femmes âgées de 15-49 ans. Cela nécessite la définition et la mise en œuvres d'actions inter et multisectorielles efficaces.
	Forte prévalence de certaines maladies telles que le VIH et la Tuberculose	<ol style="list-style-type: none"> 4. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles 5. Renforcement de la surveillance épidémiologique
	Faible prévalence contraceptive	Amélioration des indicateurs liés à la prévalence contraceptive au PEV et surtout aux consultations prénatales dans une approche intégrée
	Faible prévention et dégradation des conditions d'hygiène	<ol style="list-style-type: none"> 6. Relèvement de la prévention et 7. Réduction de la dégradation des conditions d'hygiène 8. Hygiène de l'eau
	Faible couverture vaccinale	Amélioration de la couverture vaccinale au PEV et surtout lors des consultations prénatales

➤ Les priorités sectorielles

Dans le cadre de la mise en œuvre du futur PNDS 2013- 2017, il s'agira en priorité :

9. D'améliorer l'accessibilité physique et financière des populations les plus démunies en milieu urbain et rurales pauvres
10. De rendre fonctionnels les investissements réalisés notamment situés dans les régions
11. D'améliorer les performances sectorielles notamment en ce qui concerne la cible mère enfant
12. La protection des groupes vulnérables par la mise en place progressive de la couverture du risque maladie combinée à une politique sélective de subvention pour les plus démunies.
13. De mettre en œuvre dans les meilleurs délais un partenariat dynamique avec le secteur privé de santé, la Société Civile, les ONG/Associations et les Groupements de Jeunes et de Femmes ainsi que le développement de l'approche multisectorielle
14. De renforcer la décentralisation financière et des programmes et du budget de l'Etat au niveau des régions et de recentrer les fonctions du niveau central à des tâches de supervision de formation et de politique et moins pour la mise en œuvre des activités
15. De définir une politique adéquate d'acquisition et d'approvisionnement du pays en médicaments et produits essentiels en partenariat avec le secteur privé pharmaceutique
16. De renforcer la lutte contre les maladies à potentiel épidémiologique à tendance endémique liées à l'hygiène du milieu dans le cadre de l'approche multisectorielle
17. D'assurer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.

Pour mettre en œuvre ces priorités, il sera indispensable dans les meilleurs délais de renforcer les compétences à tous les niveaux dans le cadre d'un programme de formation continue et accélérée à tous les niveaux en particulier dans les domaines du leadership, de la gestion et de la planification.

Partie 3 : Vision, Objectif et stratégies du secteur

- Vision

Le système sanitaire visera à améliorer l'état de santé et le bien-être social de la population par l'adaptation qualitative et quantitative de l'offre des prestations sanitaires et sociales. Dans cette optique, la vision globale du système sanitaire développera deux composantes intimement liées : la production des prestations sanitaires et la prise en charge de celles-ci.

Dans la première composante, la maîtrise et la réduction des coûts du système de santé seront recherchés prioritairement à travers une profonde réforme des modes

de gestion des structures sanitaires mais aussi par une réforme du circuit de distribution du médicament et du mécanisme de fixation du prix au public des spécialités pharmaceutiques. Ainsi, la politique sanitaire contribuera efficacement à réduire la morbidité et la mortalité liée aux grandes endémo pandémies, particulièrement sur le groupe cible le plus vulnérable, la mère et l'enfant.

S'agissant de la seconde composante, l'Etat recherchera les meilleures voies d'instaurer un système de protection sociale pour tous (notamment l'assurance maladie universelle), un tel mécanisme sera fondé sur une organisation collective de la prise en charge médicale.

Objectifs généraux, spécifiques et stratégies du secteur

Objectif général 1: Assurer une gouvernance plus participative et plus transparente pour un système de santé plus équitable et plus performant

OS 1-1 Renforcer la planification, le suivi et l'évaluation sectoriels

1. Mise en œuvre du PNDS à travers une planification et un suivi opérationnels annuels
2. Suivi sectoriel à travers les mécanismes prévus dans le PNDS
3. Intégration des PTF aux mécanismes nationaux

OS 1-2 Renforcer les capacités de régulation et de conformité avec les normes et standards

1. Révision du cadre politique et normatif
2. Renforcement institutionnel de l'inspection Générale des services de Santé

OS 1-3 Promouvoir une culture de performance et de redevabilité à tous les niveaux du système

1. Amélioration de la performance des services et des professionnels de la santé
2. Amélioration de la réactivité du système en répondant aux attentes de la population

OS 1-4 Mettre en œuvre en première priorité le processus de déconcentration / décentralisation du système de santé

1. Mise en place et opérationnalisation des sous directions des régions sanitaires
2. Opérationnalisation des comités de santé et des COGES
3. Réorganisation du niveau central du Ministère pour appuyer le PNDS

OS 1-5 Institutionnaliser et mettre œuvre le partenariat public/privé, société civile, inter et multisectoriels

- Mise en place d'un cadre de partenariat avec le secteur privé pour renforcer les stratégies du Ministère de la Santé
- Renforcement du partenariat avec les ONG et les associations
- Développer le partenariat inter et multisectoriel

Objectif général 2 : Assurer l'accès universel à des services de santé de qualité pour répondre aux besoins de la population

OS 2-1 Faire de la stratégie des soins de santé de base un axe prioritaire du développement sanitaire

1. Elaboration d'un plan de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé de base appuyé sur les sous-directions régionales et prenant en compte la coordination nécessaire au niveau central
2. Amélioration du recours aux services de santé et de nutrition, en particulier pour les plus vulnérables, en renforçant le ciblage de ces populations et les services de santé à base communautaire – y compris en milieu scolaire

OS 2-2 Assurer une meilleure prise en charge des populations en fonction de normes clairement établies pour les différents niveaux du système de santé

3. Disponibilité de « paquets » de prestations adaptés aux besoins de la population aux différents niveaux du système et complémentarité entre les niveaux
4. Amélioration de la couverture du pays en matière de structures d'offre de soins (infrastructures et équipements) conformément aux normes de la carte sanitaire
5. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de maintenance préventive et curative
6. Mise en place d'une stratégie nationale d'assurance qualité des services et des soins

OS 2-3 Assurer que les principaux problèmes de santé et leurs déterminants font l'objet de stratégies claires et que les prestations définies dans ces stratégies sont intégrées dans les « paquets » aux divers niveaux du système

1. Réduction de la charge de la mortalité et morbidité due aux maladies non transmissibles
2. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et en particulier les 3 maladies prioritaires (TB/VIH/Paludisme) Renforcement de la santé de la Femme et de l'Enfant
3. Promotion d'un environnement plus sain et plus favorable à la santé de la population

Objectif général 3 : Adapter le financement et l'utilisation des ressources financières aux besoins du système de santé

OS 3-1 Assurer une augmentation, une allocation plus efficace et une utilisation accrue des ressources financières internes et externes

1. Plaidoyer pour une augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé et recherche d'autres ressources, en assurant notamment que les divers projets soutenus par des financements extérieurs répondent aux priorités du PNDS
2. Mise en place d'un cadre de dépenses annuel et à moyen terme pour le ciblage des ressources sur les postes prioritaires et la maîtrise des dépenses de santé
3. Multiplication des mécanismes de coordination interne et externe pour une allocation plus efficace et plus transparente

OS 3-2 Renforcer les capacités des différents maillons du système de santé en matière de gestion financière, renforcer le contrôle et le suivi-évaluation

1. Mise en place des outils de gestion financière et des formations continues qui doivent les accompagner

2. Accompagnement – pour les aspects financiers - du renforcement du cadre réglementaire et juridique de l'ensemble du système de santé¹
3. Amélioration des circuits financiers existants dans le système de santé, plus particulièrement ceux concernant la CAMME

OS 3-3 Accroître l'accessibilité financière des populations aux prestations de santé

1. Extension de la prise en charge à l'ensemble de la population : assurance maladie pour le secteur formel, systèmes de solidarité pour le secteur informel et mécanismes spécifiques pour les indigents et les populations vulnérables
2. Réglementation de la tarification à travers tout le système de santé, y compris le secteur privé

Objectif général 4: Développer et valoriser les ressources humaines en fonction des besoins du système de santé

OS 4.1 Assurer les besoins du système de santé en quantité et en qualité suffisantes à tous les niveaux, au vu des priorités du PNDS et dans une perspective de long terme

1. Elaboration d'une stratégie nationale de développement des ressources humaines pour la santé basée sur les priorités du PNDS – notamment la stratégie des soins de santé de base
2. Amélioration du recrutement et de la répartition du personnel de santé pour couvrir les besoins prioritaires du système en fonction de la carte sanitaire

OS 4.2 : Renforcer la gestion des ressources humaines

3. Renforcement des capacités de gestion administrative du niveau central et des régions
4. Accompagnement de la mise en place d'un mécanisme de motivation des agents basé sur la performance²

OS 4.3: Renforcer les capacités et les compétences des RHS à tous les niveaux

5. Définition du concept et élaboration des orientations nationales en matière de formation continue
6. Participation active à l'initiative de la stratégie de formation initiale

Objectif général 5 : Améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'usage rationnel des médicaments et la qualité des moyens de diagnostic

OS 5-1 Renforcer les structures chargées de la politique et de la gestion des produits pharmaceutiques

1. Autonomie de la CAMME
2. Appui à direction centrale (DMPL) pour la rendre opérationnelle
3. Renforcement du système d'inspection pharmaceutique³
4. Amélioration de la gestion des médicaments dans les structures sanitaires

OS 5-2 Promouvoir une utilisation plus rationnelle des produits pharmaceutiques et diminuer la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale

5. Mise en place d'une assurance qualité pour les produits pharmaceutiques
6. Promotion du bon usage du médicament
7. Achat de vaccins et de certains médicaments prioritaires sur le budget national

OS 5-3 Renforcer les institutions chargées des laboratoires, ainsi que la gestion des produits et des prestations

8. Etablissement d'une structure chargée du suivi du réseau des laboratoires
9. Mise en place d'un circuit d'approvisionnement en consommables et réactifs
10. Formation continue du personnel de laboratoire
11. Organisation du suivi de la qualité des prestations des laboratoires

OS 5-4 Améliorer la couverture en laboratoires en fonction de la carte sanitaire

12. Mise aux normes des locaux abritant les laboratoires
13. Equipement et/ou rééquipement des laboratoires des centres de santé

Objectif général 6: Renforcer le système national d'information sanitaire pour améliorer l'appui à la décision, la surveillance, le suivi-évaluation du PNDS

OS 6-1 Renforcer le cadre normatif et institutionnel

1. Révision des missions et des attributions des institutions impliquées dans la gestion de l'information
2. Mise en place d'une politique en matière d'information sanitaire et révision du cadre normatif
3. Intégration complète des secteurs privé, parapublic et hospitalier dans le SNIS
4. Création des unités régionales de l'information sanitaire

OS 6-2 Améliorer la portée, la qualité et la fiabilité des données

5. Intégration d'un système de notification des naissances et des causes de décès
6. Harmonisation des outils de collecte et standardisation des outils du troisième niveau
7. Amélioration de la transmission des données et de la communication entre les échelons de la pyramide sanitaire, notamment à travers l'utilisation des technologies modernes
8. Mettre un dispositif efficace de riposte pour la surveillance épidémiologique
9. Renforcement du système national d'information sanitaire à base communautaire

OS 6-3 Renforcer les capacités au sein du SNIS

10. Mise à disposition du SNIS de personnels spécialisés
11. Développement des compétences du personnel de santé en matière d'analyse et de gestion des données

Actions prioritaires

12. Gouvernance et Renforcement du système de santé
13. Elaborer des plans d'action annuels
14. Faire des Revues sectorielles annuelles
15. Mettre en place le financement basé sur les performances pour les services du premier et du second niveau et suivi des performances à tous les niveau
16. Mettre en place un cadre réglementaire pour les régions sanitaires et la ville de Djibouti
17. Renforcer les capacités des équipes cadres des régions sanitaires pour l'exécution de leurs missions de planification de suivi, d'évaluation de management et de gestion des services de santé
18. Formaliser les bases du partenariat avec les ONG/Associations, le secteur privé, la Société Civile et les autres secteurs
19. Recentrer les fonctions des directions centrales (coordination, supervision et contrôle) en prenant en compte les recommandations de l'audit organisationnel du MS

3.1 Accès universel à des services de santé de qualité

1. Réhabiliter les infrastructures existantes et renforcer le plateau technique des infrastructures existantes
2. Mettre en place une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires.
3. Elaborer une stratégie de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.
4. Renforcement des mesures préventives de transmission du VIH et du paludisme
5. Assurance d'une prise en charge efficace de la santé de la mère et du nouveau né
6. Elaborer une stratégie nationale de mise en œuvre des interventions d'hygiène publique et de santé environnementale

3.2. Adaptation du Financement et de l'utilisation des ressources financières

7. Elaborer des critères d'allocation budgétaire en vue d'une optimisation du budget Etat au profit des régions sanitaires

8. Définir des procédures pratiques en vue de la décentralisation financière des programmes de santé au profit des régions
9. Instaurer un système de recouvrement efficace et harmonisé des coûts à tous les niveaux du système de santé
10. Mettre en place un dispositif en vue d'étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population

3.3 Gestion et Développement des Ressources Humaines

11. Elaborer et mettre en œuvre une politique et un plan de développement des ressources humaines
12. Elaborer et mettre en place un mécanisme d'évaluation des performances du personnel aux différents niveaux du système de santé
13. Valider et mettre en œuvre la stratégie de formation continue

3.4 Disponibilité, accessibilité et usage rationnel des MEG et des moyens de diagnostic de qualité

14. Mettre en place un PPP en vue d'améliorer le dispositif de la politique pharmaceutique nationale (acquisition, approvisionnement, homologation des prix et gestion) en liaison avec les PTF
15. Concevoir un système de recouvrement efficace des MEG à travers la participation des populations
16. Mettre en place un système d'approvisionnement intégrant les MEG et les Produits essentiels au sein du système de la CAMME

3.5 Renforcement du système national d'information de suivi et d'évaluation

17. Réorganiser le SNIS à tous les niveaux du système de santé
18. Mettre en place le PPP en vue de l'harmonisation et de la gestion des données
19. Mettre en place un dispositif de surveillance et de riposte efficace de lutte contre les endémies et les épidémies
20. Elaborer un guide de suivi des indicateurs du PNDS

Cadre logique du PNDS

Domaines	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Stratégies	Résultats attendus	Activités prioritaires	IOV	Moyens et sources de vérification	Hypothèses et risques
Gouvernance et renforcement du système de santé	Objectif général 1: assurer une gouvernance plus participative et plus transparente pour un système de santé plus équitable et plus performant	OS 1-1 Renforcer la planification, le suivi et l'évaluation sectoriels	Mise en œuvre du PNDS à travers une planification et un suivi opérationnels annuels	PNDS mis en œuvre par une planification opérationnelle annuelle	Elaborer des plans d'action annuels	% des plans d'action élaborés chaque année	Directions centrales et régions	Retards dans la finalisation et l'adoption du PNDS
		OS 1-2 Renforcer les capacités de régulation et de conformité avec les normes et standards	Suivi sectoriel à travers les mécanismes prévus dans le PNDS Intégration des PTF aux mécanismes nationaux	Suivi du PNDS assuré PTF intégré au processus de suivi du PNDS	Faire des Revues sectorielles annuelles	Tenue d'une réunion chaque année durant les 5 années du PNDS	Rapport de la Réunion annuelle	Insuffisance dans le suivi Pas de table ronde des PTF sur le PNDS
		OS 1-3 Promouvoir une culture de performance	Révision du cadre politique et normatif Renforcement institutionnel de l'inspection Générale des services de Santé	Cadre politique et normatif révisé				Faible plaidoyer du PNDS
			Amélioration de la performance des services et des professionnels de la	IGSS est renforcée				
				Les				Faible qualité

		<p>de redevabilité à tous les niveaux du système</p>	<p>santé</p> <p>Amélioration de la réactivité du système en répondant aux attentes de la population</p> <p>Mise en place et opérationnalisation des sous directions des régions sanitaires</p> <p>Opérationnalisation des comités de santé et des COGES</p>	<p>performances des services et des professionnels sont renforcées</p> <p>Le système est réactif et répond aux attentes des populations</p> <p>Les sous directions régionales sont mises en place et sont fonctionnelles</p> <p>Les comités de santé et les COGES sont opérationnels</p> <p>Le niveau</p>	<p>Mettre en place le financement basé sur les performances pour les services du premier et du second niveau et suivi des performances à tous les niveaux</p> <p>-</p> <p>Mettre en place un cadre réglementaire pour les régions sanitaires et la ville de Djibouti</p> <p>Renforcer les capacités des équipes cadres des régions sanitaires pour</p>	<p>% de structures de santé avec mise en place du PBF</p> <p>Existence du cadre réglementaire complet pour les régions et la ville de Djibouti</p> <p>% des</p>	<p>Contrats et documents de paiement et d'achat des services</p> <p>Textes réglementaires élaborés</p> <p>Rapports de formation et modules</p>	<p>des données recueillies</p> <p>Insuffisance dans la formation et la sensibilisation des acteurs et des décideurs</p> <p>Cadre réglementaire tardif</p> <p>Trop faible capacité des équipes cadres et des directions centrales</p>
--	--	---	---	--	--	--	---	--

		<p>décentralisation du système de santé</p>	<p>Réorganisation du niveau central du Ministère pour appuyer le PNDS</p>	<p>central du Ministère de la Santé est réorganisé en vue d'appuyer le PNDS</p>	<p>l'exécution de leurs missions de planification de suivi, d'évaluation de management et de gestion des services de santé</p>	<p>équipes cadres des régions formés dans la planification, le suivi, l'évaluation, le management et la gestion des services de santé</p>	<p>de formation</p>	
		<p>OS 1-5 Institutionnaliser et mettre œuvre le partenariat public/privé, société civile,</p>		<p>Le cadre de concertation avec le privé est mis en place</p>	<p>Recentrer les fonctions des directions centrales (coordination, supervision et contrôle) en prenant en compte les recommandations de l'audit organisationnel du MS</p>	<p>Disponibilité d'un document relatif à la restructuration des directions selon l'audit et décrivant les nouvelles fonctions recentrées attribuées au niveau</p>	<p>Nouvel organigramme et nouveau décret de réorganisation allant dans le sens de l'appui à la mise en œuvre du PNDS</p>	<p>Réticences des directeurs au changement</p>
				<p>Le partenariat</p>	<p>Formaliser les bases du</p>			<p>Faibles capacités du secteur privé</p>

		inter et multisectoriels -	<p>Mise en place d'un cadre de partenariat avec le secteur privé pour renforcer les stratégies du Ministère de la Santé</p> <p>Renforcement du partenariat avec les ONG et les associations</p> <p>Développer le partenariat inter et multisectoriel</p>	avec la société civile est renforcé Le partenariat inter et multisectoriel est développé	partenariat avec les ONG/Associations, le secteur privé, la Société Civile et les autres secteurs	central Le document de partenariat avec les ONG/Associations, le secteur privé et les autres ministères est disponible et est opérationnel	Document de partenariat avec le privé et la société civile et les autres secteurs signé et mis en oeuvre	Faible volonté de changement Faible leadership de l'échelon central Peu de départements ministériels représentés dans les régions
--	--	--------------------------------------	--	---	---	---	---	--

	<p>Objectif général 2 : Assurer l'accès universel à des services de santé de qualité pour répondre aux besoins de la population</p>	<p>OS 2-1 Faire de la stratégie des soins de santé de base un axe prioritaire du développement sanitaire</p>	<p>Elaboration d'un plan de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé de base appuyé sur les sous-directions régionales et prenant en compte la coordination nécessaire au niveau central</p> <p>Amélioration du recours aux services de santé et de nutrition, en particulier pour les plus vulnérables, en renforçant le ciblage de ces populations et les services de santé à base communautaire – y compris en milieu scolaire</p> <p>Disponibilité de « paquets » de prestations adaptés aux besoins de la population</p>	<p>Un plan de mise en œuvre de la stratégie des SSB appuyé sur les régions est élaboré</p> <p>Le recours aux services de santé de nutrition par les plus vulnérables et le milieu scolaire est amélioré</p>				<p>Faibles capacités au niveau central</p>
--	--	---	---	---	--	--	--	---

		<p>OS 2-2 Assurer une meilleure prise en charge des populations en fonction de normes clairement établies pour les différents niveaux du système de santé</p> <p>–</p>	<p>aux différents niveaux du système et complémentarité entre les niveaux</p> <p>Amélioration de la couverture du pays en matière de structures d'offre de soins (infrastructures et équipements) conformément aux normes de la carte sanitaire</p> <p>Elaboration et mise en œuvre d'un plan de maintenance préventive et curative</p>	<p>Les différents paquets de prestations adaptés aux besoins des populations par niveau sont disponibles</p> <p>La couverture du pays en infrastructures et équipements conformes aux normes est améliorée</p>	<p>Réhabiliter les infrastructures existantes et renforcer le plateau technique des infrastructures existantes</p> <p>Mettre en place une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires</p>	<p>% d'infrastructures existantes réhabilitées et équipées</p> <p>La stratégie de maintenance préventive et curative est mise en place</p>	<p>Rapports contrats Pv réception</p> <p>Document de stratégie adopté Rapport d'activités de maintenance</p>	<p>Faible mobilisation de financement</p> <p>Financement de projets d'infrastructures non prioritaires du PNDS</p> <p>Pas ou faible augmentation du budget de l'Etat sur ces rubriques</p>
--	--	---	---	--	--	--	--	---

		<p>OS 2-3 Assurer que les principaux problèmes de santé et leurs déterminants font l'objet de stratégies claires et que les prestations définies dans ces stratégies sont intégrées dans les « paquets » aux divers niveaux du système</p> <p>—</p>	<p>Mise en place d'une stratégie nationale d'assurance qualité des services et des soins</p> <p>Réduction de la charge de la mortalité et morbidité due aux maladies non transmissibles</p> <p>Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et en particulier les 3 maladies prioritaires (TB/VIH/Paludisme)</p>	<p>Un plan de maintenance préventive et curative est élaboré</p> <p>Une stratégie ou un plan national d'assurances qualité est élaboré</p> <p>La charge de morbidité et de mortalité due aux maladies non</p>	<p>Elaborer une stratégie de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles</p> <p>Renforcer les mesures préventives de transmission du VIH et du paludisme</p> <p>Assurer une prise en charge efficace de la santé de la mère et du nouveau né</p>	<p>Taux de morbidité et de mortalité des maladies non transmissibles</p> <p>Nb de mesures préventives prises pour réduire la transmission du VIH et du paludisme</p> <p>Taux de CPN 4</p> <p>Taux de mortalité néo natale</p>	<p>Existence de la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles</p> <p>Rapports statistiques</p> <p>Rapports des programmes</p> <p>Enquêtes</p> <p>Rapports statistiques</p>	<p>Arrêt ou blocage des subventions du Fonds Mondial</p> <p>Faible plateau technique dans les régions</p>
--	--	---	---	--	--	---	--	---

			<p>Renforcement de la santé de la Mère de l'Enfant et du nouveau né</p> <p>Promotion d'un environnement plus sain et plus favorable à la santé de la population</p>	<p>transmissibles est réduite</p> <p>La lutte contre les 3 maladies prioritaires que sont le VIH, la TB et le paludisme est renforcée</p> <p>La santé de la mère et de l'enfant et du nouveau né est renforcée</p> <p>Un environn</p>	<p>Elaborer une stratégie nationale de mise en œuvre des interventions d'hygiène publique et de santé environnementale</p>	<p>Nb d'interventions du SNH</p>	<p>Données d'enquêtes</p> <p>Activités du service d'hygiène</p> <p>Rapports statistiques</p> <p>Stratégie nationale disponible</p>	<p>Financement difficilement mobilisable auprès des PTF</p>
--	--	--	---	---	--	----------------------------------	--	---

				ement plus sain et plus favorable à la santé de la population est promu				
	Objectif général 3 : Adapter le financement et l'utilisation des ressources financières aux besoins du système	OS 3-1 Assurer une augmentation, une allocation plus efficiente et une utilisation accrue des ressources financières internes et externes	Plaidoyer pour une augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé et recherche d'autres ressources, en assurant notamment que les divers projets soutenus par des financements extérieurs répondent aux priorités du PNDS Mise en place d'un cadre de dépenses annuel et à moyen	Un plaidoyer en vue de l'augmentation du budget de l'Etat et des PTF et répondant aux priorités du PNDS est fait Un CDMT ciblant les postes	Elaborer des critères d'allocation budgétaire en vue d'une optimisation du budget Etat au profit des régions sanitaires Définir des procédures pratiques en vue de la décentralisation financière des	Nb de budgets des régions réalloués selon les critères Nb de programmes ayant fait l'objet d'une décentralisation	Rapports d'exécution du budget Rapports financiers Rapport financiers des régions Rapports	Existence de tension de trésorerie dans le budget de l'Etat

	de santé		<p>terme pour le ciblage des ressources sur les postes prioritaires et la maîtrise des dépenses de santé</p> <p>Multiplication des mécanismes de coordination interne et externe pour une allocation plus efficiente et plus transparente</p>	<p>prioritaires est élaboré et mis en place</p> <p>Des mécanismes de coordination internes et externes sont mis en place en vue d'une meilleure allocation des ressources</p>	<p>programmes de santé au profit des régions</p> <p>Instaurer un système de recouvrement efficace et harmonisé des coûts à tous les</p>	<p>financière au profit des régions</p> <p>Existence des nouveaux tarifs des</p>	<p>financiers centraux et des PTF</p> <p>Affiches dans les</p>	<p>Difficultés à mettre en place un Système de recouvrement</p>
--	-----------------	--	---	---	---	--	--	--

		<p>système de santé en matière de gestion financière, renforcer le contrôle et le suivi-évaluation</p>	<p>Mise en place des outils de gestion financière et des formations continues qui doivent les accompagner</p>	<p>s</p> <p>Des outils de gestion financière sont mis en place</p> <p>Des formations continues sont faites</p>	<p>niveaux du système</p>	<p>actes et des médicaments</p>	<p>formations sanitaires et au niveau des dépôts</p> <p>Note circulaire et arrêtés</p>	<p>efficace</p>
			<p>Accompagnement – pour les aspects financiers - du renforcement du cadre réglementaire et juridique de l'ensemble du système de santé</p>	<p>Le cadre juridique et réglementaire du système de santé est renforcé</p>	<p>Mettre en place un dispositif en vue d'étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la</p>	<p>% de la population couverte par les systèmes</p>	<p>Rapport couverture maladie</p> <p>Rapport des organismes</p>	<p>Faible recapitalisation des ressources de la CAMME</p> <p>Lenteurs et</p>
			<p>Amélioration des circuits financiers existants dans le</p>	<p>Les</p>				

		<p>OS 3-3 Accroître l'accessibilité financière des populations aux prestations de santé -</p>	<p>système de santé, plus particulièrement ceux concernant la CAMME</p> <p>Extension de la prise en charge à l'ensemble de la population : assurance maladie pour le secteur formel, systèmes de solidarité pour le secteur informel et mécanismes spécifiques pour les indigents et les populations vulnérables</p> <p>Réglementation de la tarification à travers tout le système de santé, y compris le secteur privé</p>	<p>circuits financiers existants en particulier ceux de la CAMME sont améliorés</p> <p>La prise en charge solidaire de toutes les couches de la population est assurée</p> <p>La réglementation de toute la tarification du système</p>	population	s de solidarité	de protection sociale Evaluation INDS Enquêtes	<p>lourdeurs dans les décisions qui engagent souvent plusieurs ministères</p> <p>Pas d'adhésion du secteur privé et faible leadership du ministère de la santé</p>
--	--	---	--	--	------------	-----------------	--	---

				de santé y compris le privé est revue				
	<p>Objectif général 4: Développer et valoriser les ressources humaines en fonction des besoins du système de santé</p>	<p>OS 4-1 Assurer les besoins du système de santé en quantité et en qualité suffisantes à tous les niveaux, au vu des priorités du PNDS et dans une perspective de long terme</p>	<p>Elaboration d'une stratégie nationale de développement des ressources humaines pour la santé basée sur les priorités du PNDS – notamment la stratégie des soins de santé de base</p> <p>Amélioration du recrutement et de la répartition du personnel de santé pour couvrir les besoins prioritaires du système en fonction de la carte sanitaire</p>	<p>La stratégie nationale de développement des ressources humaines basée sur les priorités du PNDS est élaborée</p> <p>Le recrutement et la répartition du personnel de santé pour couvrir les besoins prioritaires</p>	<p>Elaborer et mettre en œuvre une politique et un plan de développement des ressources humaines</p>	<p>Disponibilité du document de politique et du plan de DRH</p>	<p>Politique DRH</p> <p>Plan DRH</p> <p>Rapport situation mise en œuvre</p> <p>Personnel redéploiement et recrutement</p>	<p>Contraintes budgétaires</p>

				<p>es du système en référence à la carte sanitaire sont améliorés</p> <p>Les capacités de gestion administrative des ressources humaines au niveau central sont renforcées</p>					
		<p>OS 4.2 : Renforcer la gestion des ressources humaines</p>	<p>Renforcement des capacités de gestion administrative du niveau central et des régions</p> <p>Accompagnement de la mise en place d'un mécanisme de motivation des agents basé sur la performance</p>		<p>Elaborer et mettre en place un mécanisme d'évaluation des performances du personnel aux différents niveaux du système de santé ➤</p>	<p>% de personnel évalué selon le dispositif mis en place</p>	<p>Rapports de performance du personnel</p>	<p>Réticences du personnel</p>	
		<p>OS 4.3:</p>	<p>Définition du concept et élaboration des orientations nationales en matière de formation continue</p>	<p>Le</p>	<p>Valider et mettre en œuvre la stratégie de formation continue</p>	<p>% du personnel recyclé selon la stratégie de formation continue validée</p>	<p>Rapports de formation selon la stratégie</p>		

		Renforcer les capacités et les compétences des RHS à tous les niveaux -	Participation active à l'initiative de la stratégie de formation initiale	concept et les orientations nationales en matière de formation continue sont définis Participation active à l'initiative de la stratégie de formation initiale				
	Objectif général 5 : Améliorer la disponibilité, l'usage rationnel des	OS 5-1 Renforcer les structures chargées de la politique et de la gestion des produits pharmaceutiques	Autonomie de la CAMME	L'autonomie de la CAMME est renforcée La DPML	Mettre en place un PPP en vue d'améliorer le dispositif de la politique pharmaceutique nationale (acquisition, approvisionnement,	Existence d'un PPP opérationnel ayant abouti à la mise en place d'un nouveau dispositif	Chiffre d'affaire CAMME Tarifification par arrêté	Secteur privé peu ouvert à la concertation et au partenariat

<p>médicaments et la qualité des moyens de diagnostic</p>		<p>OS 5-2 Promouvoir une utilisation plus rationnelle des produits pharmaceutiques et diminuer la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale</p>	<p>Appui à direction centrale (DMPL) pour la rendre opérationnelle</p> <p>Renforcement du système d'inspection pharmaceutique</p> <p>Amélioration de la gestion des médicaments dans les structures sanitaires</p>	<p>est appuyée et est fonctionnelle</p> <p>L'Inspection pharmaceutique est renforcée</p> <p>La gestion des médicaments dans les structures de santé est améliorée</p>	<p>homologation des prix et gestion) en liaison avec les PTF</p> <p>Concevoir un système de recouvrement efficace des MEG à travers la participation des populations</p> <p>Mettre en place un système d'approvisionnement intégrant les MEG et les Produits essentiels au sein du système de la CAMME</p>	<p>d'approvisionnement et une nouvelle tarification homologuée</p> <p>Existence d'un système de recouvrement efficace des MEG</p> <p>Existence d'un système unique d'approvisionnement des MEG et des PE au sein de la CAMME</p>	<p>Document de PPP sur l'approvisionnement</p> <p>Nouvelle réglementation sur le recouvrement des MEG</p> <p>Nouveau dispositif d'achat des MEG/PE</p>	<p>La population et les Collectivités Locales réticentes au système de recouvrement</p> <p>Capacités de gestion de la CAMME</p>
		<p>OS 5-3 Renforcer les institutions</p>	<p>Mise en place d'une assurance qualité pour les produits pharmaceutiques</p>	<p>L'assurance qualité des produits</p>				<p>Faible mobilisation du budget</p>

		<p>chargées des laboratoires, ainsi que la gestion des produits et des prestations</p>	<p>Promotion du bon usage du médicament essentiel</p> <p>Achat de vaccins et de certains médicaments prioritaires sur le budget national</p>	<p>pharmaceutiques est mise en place</p> <p>Le médicament essentiel est promu</p> <p>s vaccins et certains médicaments sont achetés sur le budget Etat</p> <p>Création d'une structure chargée du suivi du réseau des laboratoires</p>				<p>promotion des MEG</p>
		<p>OS 5-4 Améliorer la couverture en laboratoires en fonction de la carte sanitaire</p>	<p>Etablissement d'une structure chargée du suivi du réseau des laboratoires</p>					

			<p>Mise en place d'un circuit d'approvisionnement en consommables et réactifs</p> <p>Formation continue du personnel de laboratoire</p> <p>Organisation du suivi de la qualité des prestations des laboratoires</p> <p>Mise aux normes des locaux abritant les laboratoires</p> <p>Equipement et/ou rééquipement des laboratoires des centres de santé</p>	<p>Un circuit d'approvisionnement en consommables et réactifs est mis en place</p> <p>Le personnel de laboratoire est formé</p> <p>Le suivi de la qualité des prestations des laboratoires est organisé</p> <p>Les locaux abritant les</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				laboratoires et les équipements sont mis aux normes				
	<p>Objectif général 6: Renforcer le système national d'information sanitaire pour améliorer l'appui à la décision, la surveillance, le suivi-évaluation du PNDS</p>	<p>OS 6-1 Renforcer le cadre normatif et institutionnel</p> <p>OS 6-2 Améliorer la portée, la qualité et la fiabilité des données</p>	<p>Révision des missions et des attributions des institutions impliquées dans la gestion de l'information</p> <p>Mise en place d'une politique en matière d'information sanitaire et révision du cadre normatif</p>	<p>Les missions et attributions des institutions impliquées dans la gestion des informations sont révisées</p> <p>Une politique en matière d'information sanitaire est mise en place</p>	<p>Réorganiser le SNIS à tous les niveaux du système de santé</p> <p>Mettre en place le PPP en vue de l'harmonisation et de la gestion des données</p> <p>Mettre en place un dispositif de surveillance et de riposte efficace de lutte contre les endémies et les épidémies</p>	<p>SNIS fonctionnel à chaque niveau du système</p> <p>Existence des données intégrées dans le SNIS</p> <p>Existence d'un dispositif de surveillance et de riposte efficace</p>	<p>Arrêté réorganisant le SNIS</p> <p>Rapports statistiques</p> <p>Compte rendus des réunions</p> <p>Rapports de surveillance et de riposte</p> <p>Données hebdomada</p>	<p>Faible coordination entre les services</p> <p>Faible attelage du SNIS</p>

			Intégration complète des secteurs privé, parapublic et hospitalier dans le SNIS	et un cadre normatif révisé			ires à déclaration obligatoire	
			Création des unités régionales de l'information sanitaire	Le SNIS intégré les données du public, du parapublic et du privé	Elaborer un guide de suivi des indicateurs du PNDS			
			Intégration d'un système de notification des naissances et des causes de décès	Les unités régionales de l'information sanitaire sont créées		Existence du guide de suivi des indicateurs	Régions sanitaires et directions centrales	
			Harmonisation des outils de collecte et standardisation des outils du troisième niveau	Le système de notification des				

		<p>OS 6-3 Renforcer les capacités au sein du SNIS</p>	<p>Amélioration de la transmission des données et de la communication entre les échelons de la pyramide sanitaire, notamment à travers l'utilisation des technologies modernes</p> <p>Mettre un dispositif efficace de riposte pour la surveillance épidémiologique</p> <p>Renforcement du système national d'information sanitaire à base communautaire</p> <p>Mise à disposition du SNIS de personnels spécialisés</p> <p>Développement des compétences du personnel de santé en matière d'analyse et de gestion des données</p>	<p>naissance s et des causes de décès est intégré</p> <p>La transmission des données entre les échelons de la pyramide sanitaire en utilisant les moyens de technologies modernes est améliorée</p> <p>Un dispositif de surveillance d'alerte et</p>				
--	--	---	--	---	--	--	--	--

				<p>de riposte est mis en place</p> <p>Le système d'information à base commune est renforcé</p> <p>Des personnels spécialisés sont mises à la disposition du SNIS</p> <p>Les compétences du personnel de santé en</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				analyse et en gestion des données sont développ ées				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Programme d'action et d'investissement prioritaire du PNDS

Partie 4 : Budgétisation, Cadrage sectoriel et Financement du PNDS

(VOIR COMITE SUR LA BUDGETISATION ET LES RESULTATS DES CORRESPONDANCES SUR
LE CADRAGE MEFI ET LES PROJETS DES PTF ET LES INTENTIONS DE FINANCEMENT)

Partie 5 : Mécanismes de mise en œuvre et de coordination du PNDS

Le PNDS sera mis en œuvre par les directions et services à chaque niveau mais une restructuration réorganisation du Ministère de la Santé s'impose

La **DEPCI** sera l'organe central de la conduite et de la coordination du plan mais à restructurer pour assumer les fonctions de planification et de suivi évaluation et de gestion du plan .Les plans annuels, les organes de suivi seront coordonnés par elle

Le PNDS sera mis en œuvre à travers les plans annuels qui seront les instruments importants qu'il faudra arbitrer à travers des instances de suivi. Ces plans d'actions seront élaborés aussi au niveau des régions de façon consensuelle avec la société civile et les collectivités locales et les populations avec l'appui des PTF

Toutes les activités du Ministère de la santé devront se refléter dans le PNDS et les négociations parallèles avec des PTF de façon dispersée ne seront plus de mise dans cette approche programme de développement sanitaire

Un dialogue continu avec les PTF sera maintenu à une cadence bien rythmée ; réunion tous les mois avec le MS, instances à animer et surtout MEFI à associer étroitement

Les PTF devront créer un Secrétariat léger chargé de la coordination des activités de santé du PNDS sous la coordination du chef de file qui devra réorganiser tous les sous systèmes déjà existants tels que les clusters ,les CCM du Fonds Mondial

,PEV en mettant en exergue la primauté de l'organe de référence de la coordination de toutes les actions de concertation entre le Gouvernement et les PTF doit être de haut rang et avec des réunions mensuelles internes entre PTF avec possibilités d'inviter le SG ou le DEPCI à ces instances. Des TDR et un mandat devront être précisés, adoptés et validés. Les PTF peuvent initier des concertations sur des aspects techniques ou des thèmes précis tels que la Réforme hospitalière, ou la gestion des MEG etc

Tout cela pour entretenir la coordination de l'aide et de l'appui au M. de la santé en vue d'une mise en œuvre du PNDS et d'une participation cohérente des PTF pour la résolution des problèmes de santé et le renforcement du système de santé du pays

Le MEFI doit avoir un rôle exceptionnel dans la mise en œuvre du PNDS et il doit être impliqué durant tout le processus car il coordonne l'aide et dispose d'un instrument important qu'est le budget du ministère de la santé et en plus il négocie les financements externes pour le compte du Ministère de la Santé.

Un CDMT sera élaboré en liaison avec le MEFI et qui va être l'instrument de planification glissant entre le PNDS et le plan d'action et qui va cadrer le PNDS avec chaque année l'élaboration d'un rapport de performance

Les projets et programmes à initier devront rentrer dans le cadre de la recherche de financement du PNDS et la coordination sera de mise

Au niveau central et au niveau des régions des comités seront mis en place pour assurer la coordination du Plan et des programmes et projets

5.1 Les organes de suivi du PNDS

La Réunion Annuelle du PNDS

Grand Forum chaque année : doit se tenir vers le dernier trimestre de chaque année : présentation du bilan de l'année et du plan annuel de l'année à venir et discussions sur la mise en œuvre des réformes en santé

Tous les partenaires doivent y être et s'exprimer : cette réunion est coprésidée par les Ministres des Finances et celui de la Santé ; durée de 2 jours en général

Validation des documents mais auparavant **le Comité de suivi du PNDS** se réunit tous les 3 mois : le Ministre réunit tous les acteurs internes du plan et toutes les directions régions et services font le bilan du trimestre

Le dernier comité de suivi prépare la réunion annuelle du PNDS

La Mission semestrielle de supervision

Pour animer le Plan, il est institué une **mission semestrielle de supervision dans les régions et au niveau central** avec les PTF les ministères et le secteur privé et la société civile afin de voir in situ la mise en œuvre des activités et de discuter directement avec les populations et les collectivités. Dans plusieurs pays cette activité précède la Réunion Annuelle afin que tous soient imprégnés des problèmes du terrain.

Au niveau de chaque région : une instance de type Réunion annuelle régionale peut être créée et tenant compte de la même périodicité en coordination avec celle du niveau central mais avec les acteurs et partenaires de la région ainsi que les populations sous la coordination du Préfet ou du Conseil Régional.

Le Comité régional de suivi du PNDS

Des réunions trimestrielles de suivi doivent aussi être instituées en vue de la préparation du Comité de Suivi au niveau central auquel doit participer le médecin chef de région.

Un Manuel des procédures administratives et financières doit être envisagé pour y décrire le processus et la mise en œuvre et la gestion des activités du PNDS : panier et voir IHP+ et approche SWAPS en vue harmonisation des procédures, des financements, processus d'appui budgétaire le cas échéant etc et pour une mise ne œuvre bien comprise de tous les acteurs : des TDR précis devront être élaborés à ce propos.

5.2 Les outils de suivi du PNDS

1. Le plan d'action annuel des activités
2. Les rapports trimestriels de suivi
3. Le bilan annuel des activités
4. Le manuel des procédures de gestion du PNDS
5. Les rapports de performance annuels des CDMT
6. Rapport de la Réunion Annuelle des partenaires du PNDS
7. Rapport du comité de suivi
8. Rapport de la réunion élargie des PTF
9. Tableau de bord des centres de responsabilité
10. Rapport financier de suivi du PNDS

5.3 Cadre de suivi évaluation

5.3.1 Objectifs du plan de suivi évaluation

1. Proposer une matrice d'indicateurs catégoriels du PNDS
2. Proposer un circuit de recueil et de traitement des données

5.3.2.Types et nombre d'indicateurs

Les groupes devront s'inspirer du cadre logique du plan stratégique PNDS et des programmes prioritaires des OMD et de l'INDS et limiter les indicateurs à un maximum de 50 mais dans le cadre de discussions techniques approfondies pour la sélection définitive sous la coordination du SNIS et de toutes les directions et services qui sont concernés sur la base aussi de critères notamment de disponibilité rapide des données et pas chères à collecter donc faisable.

Il est important pour tous de sélectionner parmi la liste des 50 indicateurs de santé d'y sélectionner des **Indicateurs traceurs** qui doivent encore être mieux suivis car étant des alertes pour le système. Ces **indicateurs seront définis sous forme d'un glossaire avec l'appui du SNIS et feront l'objet d'une large diffusion**

Tableaux de bord des centres de responsabilité bénéficiaires à concevoir pour un suivi de leurs activités dans le cadre du PNDS

5.3.3 Types d' Evaluation du PNDS

1. Evaluation à mi parcours
2. Evaluation finale
3. Enquêtes de satisfaction, de couverture, nutrition,
4. Enquêtes qualitatives
5. EDS
6. Evaluation ex ante et ex post de projets et des programmes de santé
7. Audit technique des organes et du processus et audit financier
8. Recherches opérationnelles
9. Rapports SNIS

Partie 6 Gestion administrative et financière du PNDS

La gestion du Plan devra être définie dans le cadre d'un manuel de gestion administrative et financière simplifié, une fois que le nouvel organigramme du MS aura été redéfini.

ANNEXES

- Manuel de suivi évaluation du PNDS
- Manuel des procédures de gestion du PNDS
- Organigramme actuel du MS
- Organigramme prévisionnel du MS
- Méthodologie de budgétisation
- Principales mesures préconisées pour la mise en œuvre du PNDS
- Liste des principaux documents utilisés
- Distribution de la population de Djibouti
- Distribution du personnel de santé
 - Besoins en personnel en 2017- voir carte sanitaire
 - Liste des indicateurs du PNDS
 - Carte numérisée de Djibouti