EM/ARD/020/F/R
Distribution : restreinte

Stratégie de coopération OMS–Djibouti 2006–2011

Djibouti

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale

EM/ARD/020/F/R
Distribution : restreinte

Stratégie de coopération OMS–Djibouti 2006–2011

Djibouti

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Le Caire, 2006

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés.
Le présent produit d'information sanitaire est destiné à un public restreint seulement. Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit, transmis, distribué, traduit ou adapté, partiellement ou en totalité, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit.

Les appellations employées dans le présent produit d'information sanitaire et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Document EM/ARD/020/F/R/05.06

Conception graphique et impression : Pulp Pictures

Table des matieres

Abréviations 5
Résumé d'orientation 7

Section 1. Introduction 9

Section 2. Défis concernant la santé et le développement dans le pays 13

2.1 Contexte politique et économique 15
2.2 Profil sanitaire et avancement vers les objectifs du Millénaire pour le développement 17
2.3 Système national de santé 18
2.4 Dépenses de santé/financements/protection 24
2.5 Problèmes clés de politique de santé et perspectives actuelles 26

Section 3. Assistance au développement et partenariats : flux, instruments et coordination de l'aide 33

3.1 Les partenaires multilatéraux 35
3.2 Les partenaires bilatéraux 35

Section 4. Coopération actuelle de l'OMS 43

4.1 Les programmes 45
4.2 L'action de l'OMS pour le développement communautaire 48
4.3 Rôle de l'OMS dans la coordination pour la santé 49
4.4 Personnel technique et conditions de travail 49

Section 5. Cadre de politique institutionnelle de l'OMS : orientations mondiales et régionales 51

5.1 Cadre opérationnel 53
5.2 Fonctions au niveau du pays 53
5.3 Orientations stratégiques 54
5.4 Priorités mondiales de l'OMS 54
5.5 Priorités régionales 55

Section 6. Programme stratégique : priorités définies en commun pour la coopération de l'OMS à Djibouti et avec Djibouti 61

6.1 [illegible] 63
6.2 [illegible] 64
6.3 Domaines prioritaires de coopération 65

Section 7. Mise en œuvre du programme stratégique : implications pour le Secrétariat de l'OMS, le suivi et l'action à chacun des niveaux de l'Organisation 73

7.1 Implications pour le Bureau de pays 75
7.2 Implications pour le Bureau régional et le Siège 76

Annexes 77

1. Autres documents consultés 77
2. Méthodologie utilisée pour le choix des axes prioritaires de la coopération entre l'OMS et le Gouvernement djiboutien 79
3. Participants à le mission CCS à Djibouti 80

Abréviations

ADEPF	Association Djiboutienne pour l'Équilibre et la Promotion de la Famille
AFD	Agence Française de Développement
BAfD	Banque africaine de développement
BDN	Besoins fondamentaux en matière de développement
CAMME	Centrale d'Achat des Médicaments et des Matériels essentiels
CCS*	Stratégie(s) de coopération avec les pays (OMS) *(Country Cooperation Strategy)*
CFPS	Centre de Formation des Personnels de Santé
CREDES	Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DPHP	Direction de la Prévention et de l'Hygiène Publique
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTC3	(vaccin) diphtérie, tétanos, coqueluche (3e injection)
EDAM	Enquête Djiboutienne auprès des Ménages
EDSF	Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAVI*	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
IEC	Information, Éducation and Communication
IRA	Infections respiratoires aiguës
MAP	Programme multipays VIH-SIDA
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisme de Protection Sociale
PAM	Programme alimentaire mondial
PAP-FAM	(Enquête) Projet panarabe pour la santé de la famille
PCIME	Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Pays les moins avancés
PNDS	Plan national de développement sanitaire
TRO	Thérapie de réhydratation orale
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

UNFD	Union Nationale des Femmes Djiboutiennes
UNICEF*	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID*	Agence des États-Unis pour le Développement international

* Acronyme utilisé indifféremment en français et en anglais

Résumé d'orientation

Le but de la Stratégie de Coopération de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec Djibouti est d'établir pour la période 2006-2011 les fondements politiques et programmatiques de la coopération entre la République de Djibouti et l'OMS et de définir le processus de mise en œuvre pour obtenir les résultats escomptés, en tenant compte des besoins prioritaires de la population djiboutienne en matière de santé.

Il s'agit non seulement d'une plateforme sur laquelle doit se baser la coopération entre l'Organisation mondiale de la Santé et la République de Djibouti du fait qu'elle définit le cadre dans lequel doivent s'inscrire toutes les actions menées par l'OMS dans le pays, mais aussi d'un instrument qui doit aider à mieux faire face aux défis qui constituent encore des obstacles à la promotion de la santé.

La stratégie OMS de coopération a été donc élaborée en accord avec les lignes directrices et recommandations de l'OMS en parallèle avec l'examen d'un grand nombre de documents, dont notamment le plan national de développement sanitaire (2002-2011) et sa programmation à moyen terme (2002-2006) ainsi que le document sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, élaborés par la République de Djibouti et définissant les orientations, les priorités et les objectifs du pays dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, les partenaires nationaux et internationaux se sont exprimés quant à leurs attentes de l'OMS. En effet, quels que soient l'intérêt et l'utilité de la fixation de priorités pour la collaboration à moyen terme entre l'OMS et le Gouvernement djiboutien, le Représentant de l'OMS, en tant que conseiller technique du ministre de la Santé, doit rester préparé à apporter le soutien nécessaire au pays pour, d'une part, faire face aux situations d'urgence, et d'autre part instaurer la Santé pour tous, telle que définie dans la Constitution de l'Organisation et qui recouvre tous les éléments du bien-être. L'OMS peut jouer un rôle utile dans la facilitation de l'action intersectorielle, notamment en matière de lutte contre le SIDA, la protection de la santé des enfants et des adolescents, la lutte contre la toxicomanie, le tabagisme y compris, et la promotion des initiatives communautaires, de l'hygiène et de la salubrité et l'environnement, et de la santé scolaire. L'OMS peut également jouer un rôle important dans le plaidoyer pour accroître l'apport des partenaires internationaux au secteur de la santé et faciliter la coordination de cet apport. Une action spécifique de l'OMS est souhaitée dans les domaines suivants : la mise en œuvre de la Déclaration de Bamako ; la lutte contre les mutilations sexuelles féminines ; la gestion des déchets d'activités de soins ; et le renforcement de la sécurité sanitaire et des vigilances, y compris l'échange d'information sanitaire avec les pays frontaliers de Djibouti, membres de la Région africaine de l'OMS.

La présente stratégie de coopération couvre la période 2006-2011 et a pour horizon l'échéance du plan stratégique national 2002-2011. Elle reflète la vision de l'OMS sur les actions prioritaires

susceptibles d'avoir un impact sur la réforme du secteur de la santé et le développement sanitaire en République de Djibouti.

Les principes clés qui ont présidé au choix des domaines prioritaires de coopération ont été, entre autres :

- le positionnement des interventions dans le secteur de la santé dans le contexte de la lutte contre la pauvreté ;
- la recherche de résultats tangibles de l'action de l'OMS et leur inscription dans une vision cohérente de moyen terme ;
- la prise en compte des interventions des autres partenaires au développement sanitaire du gouvernement.

Le maintien d'une certaine flexibilité pour pouvoir répondre aux nouveaux défis et aux nouveaux besoins du pays devrait pouvoir être pris en compte.

Les domaines prioritaires de la coopération ont été identifiés sur la base de l'analyse de la situation et l'application d'un ensemble de critères. Ces domaines sont au nombre de cinq :

- réforme du secteur de la santé et mise en place d'un système de soins de santé primaires ;
- financement du système, y compris l'aide internationale ;
- développement des ressources humaines et renforcement des compétences des personnels des formations sanitaires ;
- mise en œuvre d'une politique nationale des médicaments essentiels de qualité et renforcement de l'usage rationnel des médicaments ;
- appui au développement et à la mise en œuvre des programmes nationaux prioritaires et des services de santé de base, y compris la qualité des soins.

Pour chaque domaine prioritaire de coopération, les objectifs nationaux de réforme du secteur de la santé auxquels l'OMS doit contribuer ont été identifiés, ainsi que l'approche stratégique de l'intervention de l'OMS. Les approches stratégiques de la coopération définissent les paramètres qui guideront les actions spécifiques, la mobilisation et l'utilisation des ressources de l'OMS. Le rôle et les responsabilités de l'OMS sont définis selon la classification suivante :

- appui direct à la mise en œuvre des programmes nationaux ;
- appui à l'adoption d'innovations techniques, l'adaptation des stratégies, l'élaboration de directives, y compris en vue du démarrage et de l'accélération de leur mise en oeuvre à grande échelle ;
- appui à la recherche-développement, l'expérimentation de politiques, l'évaluation de la performance du système de santé, l'anticipation des tendances du développement du secteur de la santé ;
- partage de l'information sur les options de politique de santé, les directives et normes, les bonnes pratiques, et plaidoyer en leur faveur ;
- fourniture de conseils spécifiques en matière de politique et d'avis techniques de haut niveau, susceptibles d'influencer l'action du gouvernement et des partenaires au développement, y compris dans un rôle d'intermédiaire et d'arbitre si nécessaire.

Section 1

Introduction

Section 1. Introduction

Le but de la Stratégie de coopération de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec Djibouti est d'établir pour la période 2006-2011 les fondements politiques et programmatiques de la coopération entre la République de Djibouti et l'OMS et de définir le processus de mise en œuvre pour aboutir aux résultats escomptés, en tenant compte des besoins prioritaires de la population djiboutienne en matière de santé.

Il s'agit non seulement d'une plateforme sur laquelle doit se baser la coopération entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la République de Djibouti du fait qu'elle définit le cadre dans lequel doit s'inscrire toutes les actions menées par l'OMS dans le pays, mais aussi d'un instrument qui doit aider à mieux faire face aux défis qui constituent encore des obstacles à la promotion de la santé.

Ainsi, la stratégie OMS de coopération a pour objectifs de : a) préciser les domaines d'intervention de l'OMS dans le pays ; b) trouver un équilibre entre les besoins de Djibouti et les priorités de l'OMS ; c) définir la plateforme de coopération entre l'OMS et Djibouti tout en précisant ce que l'OMS doit faire et comment le faire ; d) constituer un cadre de référence pour le travail de l'OMS au niveau de la République de Djibouti à partir duquel doivent s'inspirer les budgets programmes et les plans d'action ; e) clarifier le rôle de l'OMS au niveau de Djibouti dans le cadre d'un appui élargi basé sur les approches de développement, de réduction de la pauvreté, d'amélioration de la qualité de vie de la population Djiboutienne et les programmes sectoriels ; et enfin f) contribuer aux autres changements de processus de développement et de promotion de la santé en rapport avec les objectifs du millénaire. La stratégie de coopération de l'OMS avec Djibouti fait donc partie intégrante de la stratégie institutionnelle de l'OMS et son efficacité sera jugée sur les résultats suivants :

- un programme de travail mieux focalisé et plus sélectif en réduisant le nombre de priorités ;
- un programme de travail plus cohérent répondant aux besoins de première priorité de Djibouti ;
- un rôle plus stratégique de l'OMS, en mettant l'accent sur le rôle en matière de politique de promotion de la santé ;
- un élargissement et un renforcement de la coopération avec les autres partenaires pour influencer davantage leur politique et l'allocation des ressources dans les secteurs prioritaires du pays.

Pour garantir son applicabilité et son efficacité, l'élaboration de la présente Stratégie OMS de coopération prend en compte plusieurs paramètres dont les plus importants sont les suivants :

- l'état de santé de la population et ses déterminants sur le plan social, économique et environnemental ;
- l'état des services de santé ;

- les conditions politiques et socio-économiques dans lesquelles s'inscrit le développement sanitaire ;
- la capacité des infrastructures locales d'implanter les changements sur le plan professionnel ;
- les politiques, les stratégies et les plans d'action du Gouvernement ;
- le programme de coopération en cours entre l'OMS et Djibouti ;
- les autres besoins exprimés par les autorités Djiboutiennes dans des domaines particuliers.

La stratégie OMS de coopération a été donc élaborée en accord avec les lignes directrices et recommandations de l'OMS.

Section 2

Défis concernant la santé et le développement dans le pays

2.1 Contexte politique et économique

Djibouti est caractérisé par l'aridité de son climat, des ressources naturelles limitées et une grande vulnérabilité à l'égard des catastrophes naturelles (sécheresse, crues, etc.). La population de la République de Djibouti est à présent estimée à 500 000 habitants environ, pour 23 000 km^2 de superficie[1]. L'accroissement naturel est estimé à 3 % par an. Les trois quarts de la population sont concentrés dans la capitale, Djibouti-Ville, qui concentre également la quasi-totalité des activités économiques du pays basées sur le secteur secondaire et tertiaire. Le flux migratoire à partir des pays limitrophes exerce une pression importante sur l'économie du pays et sur ses structures sanitaires. Ainsi, plus du tiers des utilisateurs de soins de santé proviennent des pays limitrophes.

Le pays est pauvre et est classé dans les pays les moins avancés (PMA) à revenu annuel moyen, avec USD 805 par habitant. En 2002, le pays était classé au 154e rang mondial sur 177 pays, de par son indice de développement humain.

La situation économique du pays s'est sérieusement dégradée dès le début des années 90, c'est-à-dire moins de 20 ans après l'accession à l'indépendance qui date de juin 1977. Ce fait résulte essentiellement des facteurs suivants :

- le tarissement des dons des pays amis ;
- le déclenchement du conflit armé interne entre le FRUD (Front pour la Restauration de l'Union et de la Démocratie) et les forces gouvernementales en 1991 ;
- le laxisme généralisé dans l'administration.

En conséquence, le revenu par tête a baissé de plus de 25 % par rapport à son niveau de 1984, tandis que le déficit du budget de l'État atteignait 10,1 % du produit intérieur brut (PIB) en 1995. Dans le même temps, les principaux indicateurs du développement humain durable, le taux de scolarisation brut, les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle et l'accès à l'eau potable enregistraient une dégradation continue (Document de stratégie de réduction de la pauvreté).

D'après les enquêtes les plus récentes, 60 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (EDAM), le taux global d'analphabétisme des enfants âgés de plus de 6 ans atteint 42,9 % (32,0 % pour les garçons et 52,8 % pour les filles)[2] et l'espérance de vie à la naissance est de 45,5 ans[3]. Ces trois indicateurs illustrent les difficiles conditions d'existence de la grande majorité des Djiboutiens. Les autres indicateurs de santé sont repris dans le tableau 1.

[1] EDAM-2, 2002
[2] PAP-FAM, 2003
[3] Programme des Nations Unies pour le développement. *Rapport arabe sur le développement humain, 2002*

Tableau 1. Principaux indicateurs de santé (2004)		
Taux de couverture vaccinale (%)		
BCG	74,94	
DTCP-3	49,64	
Rougeole	47,83	
Tétanos (Femmes enceintes)	45	
Couverture par 1 consultation prénatale (%)	77	
Accouchements en milieu assisté (%)	77	
Prévalence contraceptive (%)	6,4	(2003)
Taux de fertilité (%)	5,8	
Taux net de scolarisation primaire (%)	65	
Accès à une source améliorée d'eau potable (%)	84	(2002)
Accès à un assainissement amélioré (%)	69	(2002)
Taux de natalité (pour 1000 habitants)	47,5	(2002/2003)
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	17,7	(2002/2003)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	107	(2002)
Taux de mortalité infanto-juvénile (de moins de 5 ans) (pour 1000 naissances vivantes)	124,4	(2002)
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	546	(2002)
Mutilations sexuelles féminines (%)	98	
Espérance de vie à la naissance globale (ans)	45,8	(2002)
Prévalence du handicap (%)	2,9	(2002)
Prévalence des maladies chroniques (% de population souffrant d'au moins une maladie chronique)	3,8	(2002)
Incidence de la tuberculose par an (pour 100 000 habitants)	3572	
Risque annuel d'infection par la tuberculose (%)	3,1	
Incidence du paludisme par an (pour 100 000 habitants)	4000	
Prévalence du VIH/SIDA (%)	2,9	(2002)
Femmes	3,3	(2002)
Hommes	2,5	(2002)
Malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans (%)	17,9	
Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans (%)	26,8	

Dans ce contexte, les autorités ont adopté un cadre politique et économique qui permet d'espérer un avenir meilleur. Par ailleurs, des accords d'entente avec les organismes financiers de Brettons Woods (Fonds monétaire international, Banque mondiale), l'adoption des lois en faveur des investissements intérieurs et extérieurs (nouveau code d'investissement) et le lancement du processus de privatisation de certains établissements publics (Aéroport international de Djibouti [AID], Port autonome international de Djibouti [PAID], télécommunications, etc.) pourraient donner un second souffle au pays et relancer sa croissance économique.

De plus, de grands projets de développement sont réalisés ou en cours d'exécution : port sec, développement des nouvelles aires de zone franche (Zone Franche de Djibouti), construction des installations d'un nouveau port à Doralé, etc. Cependant la croissance économique reste insuffisante pour résorber le chômage, qui touche quelque 60 % de la population en âge de travailler.

Sur le plan politique, sous l'effet conjugué de la guerre civile, la nouvelle donne internationale avec disparition des blocs et la pression de l'opinion nationale, le Gouvernement a fait adopter en septembre 1992 par voix référendaire une constitution qui légalise le multipartisme. Par la suite, le retour à la stabilité politique du pays s'est concrétisé avec les signatures successives des accords de paix avec les deux fractions du FRUD (FRUD bras politique en novembre 1994, FRUD bras armé en mai 2000). Preuve de cette stabilité retrouvée, le pays a connu trois échéances électorales multipartites sans incidents : les élections présidentielles en 1999 et 2004 et les élections législatives en 2002. Sous l'impulsion du Président de la République élu en avril 1999, un séminaire sur les actions gouvernementales a été organisé en février 2002 durant une semaine. Cette nouvelle politique s'est traduite également par la volonté d'améliorer la vie des citoyens : décentralisation administrative, réforme des deux secteurs sociaux clefs que sont l'éducation et la santé, qui bénéficient de 70 % des investissements publics, en vue d'en accroître leur performance, et adoption d'un document national de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) préparé sous l'égide du Premier ministre et consacré en grande partie aux personnes vulnérables. Ce dernier document reprend en partie les conclusions et les recommandations arrêtées à la fin du séminaire susmentionné.

Les secteurs socio-économiques ont connu en 2002 une année en demi-teinte en matière d'investissements publics comparativement aux années antérieures. Avec un portefeuille de 2772 millions de francs de Djibouti (DJF) contre 5145 millions alloués en 2001, les investissements ont accusé un net recul de 46,1 %.

2.2 Profil sanitaire et avancement vers les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

En dépit de la faiblesse des données sanitaires, il apparaît clairement que le pays a un profil sanitaire comparable aux pays en développement, comme le démontre l'espérance de vie à la naissance qui ne dépasse pas 45,8 ans. Les causes majeures de morbidité et de mortalité sont

représentées par les pathologies infectieuses (maladies diarrhéiques, paludisme, maladies respiratoires y compris la tuberculose qui montre des signes de recrudescence, VIH/SIDA, etc.). La situation est aggravée par la faiblesse des structures sanitaires qui souffrent du manque d'équipements, du manque d'entretien des locaux et de l'insuffisance de personnel formé et motivé. La tendance générale est cependant à une relative amélioration de la situation infantile ; les taux de mortalité infantile et mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes sont passés, respectivement, de 114 et 154 en 1989 à 103 et 124,4 en 2002 (Figure 1). La malnutrition occupe une place importante surtout chez les enfants de moins de 5 ans (17,9 % malnutrition aiguë, 26,8 % malnutrition chronique)[4]. La mortalité maternelle aurait fortement baissé pour se situer, selon l'enquête EDSF/PAP-FAM, à 546 pour 100 000 naissances vivantes.

La situation de la santé prévalant actuellement reflète des améliorations au fil des dernières années, notamment au niveau de la vaccination, du paludisme ainsi que de la santé génésique. Cependant d'importants défis restent à relever pour atteindre les objectifs que le pays s'est fixé pour l'horizon 2015 dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, ainsi que ses engagements relatifs aux OMD qui sont une partie intégrante de sa stratégie nationale de développement.

2.3 Système national de santé

2.3.1 Le khat, un problème de santé publique

La consommation du khat est une habitude bien ancrée dans la société djiboutienne. Le khat représente un véritable fléau économique dans la mesure où il absorbe plus de la moitié du revenu de beaucoup de familles et soustrait les travailleurs à leur

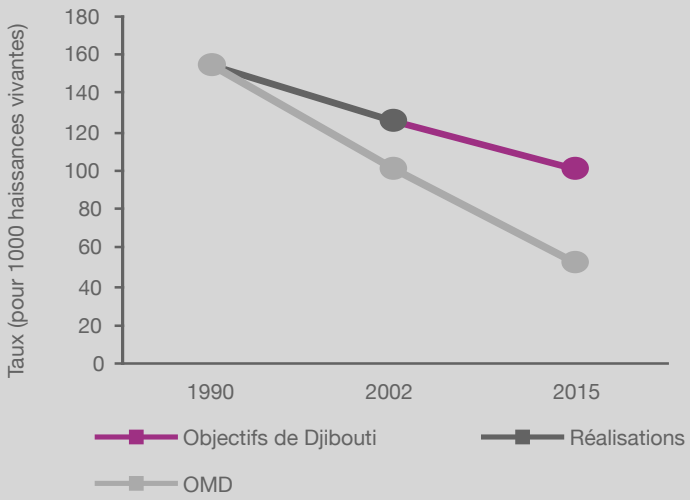

Figure 1. Mortalité infantile (1990–2015)

[4] Enquête PAP-FAM, 2002

occupation pendant de longues heures. Les consommateurs sont en majorité de sexe masculin sans distinction de classe, mais l'on s'adonne au khat à un âge de plus en plus précoce et la consommation féminine tend à croître.

Il est difficile de déterminer de façon quantitative les effets physiologiques du khat car la teneur en principes actifs varie suivant l'âge, l'origine et la fraîcheur de la plante. La consommation du khat s'accompagne d'une utilisation accrue de tabac ainsi que de sucre, ce qui se répercute négativement sur la santé de la femme et des enfants. Par ailleurs, la consommation quotidienne de khat, aggravée par l'évolution des structures sociales et les conditions économiques précaires, est un facteur déclenchant/aggravant des maladies mentales à Djibouti.

Dans leur majorité, les consommateurs ne réfutent pas les effets perceptibles ou apparents du khat et en sont même parfaitement conscients. La lutte contre cette toxicomanie s'avère cependant difficile en raison de la très grande tolérance manifestée à son égard par la société et le manque de législation adaptée.

2.3.2 Aspects relatifs à la salubrité de l'environnement

Les facteurs environnementaux influencent directement ou indirectement l'état de santé de la population ; aussi doivent-ils recevoir une attention particulière. La loi n° 48/AN/99/4ème L (3 juillet 1999) portant orientation de la politique de santé désigne d'ailleurs de la manière suivante les priorités du gouvernement en matière de santé publique : i) prévention des principales maladies ; ii) protection de la santé de la mère et de l'enfant ; iii) information et éducation sanitaire et nutritionnelle ; iv) hygiène publique.

La pollution par l'arséniate de chrome et de cuivre survenue dans le port de Djibouti en janvier 2002 illustre la vulnérabilité du pays à l'égard de la pollution chimique, particulièrement en relation avec les activités du port et du transit de marchandises diverses vers le voisin éthiopien. Un consultant de l'OMS a effectué à trois reprises une mission d'évaluation des conséquences de cet incident sur la santé publique. Il a notamment recommandé de mettre en place un centre antipoison.

Le service d'hygiène de la Direction de la Prévention et de l'Hygiène Publique (DPHP) qui est en charge du contrôle de l'eau, des aliments, de l'assainissement urbain et de la lutte contre les nuisances est peu fonctionnel, notamment du fait du manque de personnel d'inspection et de laboratoire qualifié.

La révision du cadre institutionnel et la réglementation en matière d'hygiène, le renforcement des capacités dans ce domaine (particulièrement en matière de surveillance et de contrôle de la qualité de l'eau, de réutilisation des eaux usées, de contrôle de la qualité des aliments et de gestion des déchets des établissements de soins) ainsi que la promotion des activités de santé et environnement dans les établissements scolaires et dans le cadre des initiatives communautaires demandent une attention particulière.

2.3.3 Politique et stratégie nationale de développement sanitaire

Le système de soins de santé de Djibouti continue à être conçu sur le modèle « paternaliste » de l'État providence. Le gouvernement fournit des soins médicaux à la population, souvent gratuitement ou moyennant un paiement minime. Le budget de l'État finance les soins de santé dispensés avec l'aide extérieure.

Suite à la conjoncture économique des années 90, ce modèle de système de santé a montré ses limites ; c'est ainsi que le gouvernement a entrepris un vaste chantier de réforme du système de santé afin d'améliorer le système de prestation des soins de santé, d'accroître l'accès de la population aux soins, de combattre la pauvreté, d'améliorer l'efficacité et d'assurer la durabilité du système de soins de santé.

C'est dans cette optique que des études du système de santé, sur financement de la Banque mondiale, ont été entamées dès le début des années 90 en faisant participer tous les acteurs de la santé : les institutions étatiques, la société civile, le secteur privé et les partenaires extérieurs multi- et bilatéraux.

Cette volonté d'améliorer le secteur de la santé s'est concrétisée par :

- l'adoption de stratégies pour la réforme du secteur « Propositions pour la réforme du secteur santé » par le Gouvernement en Conseil des ministres (juin 1996) ;
- la promulgation de la loi n° 48/AN/99/4ème L (3 juillet 1999) portant orientation de la politique de santé qui désigne les priorités du gouvernement en matière de santé publique : i) prévention des principales maladies ; ii) protection de la santé de la mère et de l'enfant ; iii) information et éducation sanitaire et nutritionnelle ; iv) hygiène publique.

Interrompu quelques années pour cause des réformes macro-économiques, le processus reprend dès l'été 1999 avec les fonds de la Banque mondiale provenant du don japonais. Après une mise à jour indispensable des documents d'analyse sectorielle, un plan stratégique de 10 ans et un plan national de développement sanitaire (PNDS) à moyen terme 2002-2006 ont été établis avec l'assistance du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES). Ces documents détaillent les éléments de la réforme qui tournent autour des cinq axes stratégiques principaux retenus :

- améliorer l'organisation, la gestion et le fonctionnement du système de santé, impliquant une redéfinition du cadre législatif et réglementaire du secteur de la santé, une mise en œuvre, un suivi et une évaluation du plan de développement sanitaire et une déconcentration progressive du processus gestionnaire et décisionnel du système de santé ;
- adapter le financement et l'utilisation des ressources financières publiques conformément aux objectifs de la politique sanitaire, impliquant une meilleure gestion des ressources financières de la population consacrées aux dépenses de santé ;

- adapter le fonctionnement et la qualité des services de santé pour répondre aux besoins de la population, impliquant une mise à disposition de la population d'une offre de soins conforme aux besoins et à des critères standardisés de qualité des patients dans les formations périphériques, une amélioration de la prise en charge des grossesses et des accouchements, de l'hygiène et de l'assainissement ;
- valoriser et développer les ressources humaines selon les besoins du système de santé, impliquant un renforcement des ressources humaines, une mise en œuvre d'un programme de formation initiale du personnel médical et paramédical, et d'un programme de formation permanent ;
- améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'usage rationnel de médicaments de qualité, impliquant la mise en œuvre d'une politique de médicaments essentiels de qualité, un approvisionnement de chaque formation sanitaire publique conforme à la liste nationale de médicaments, la promotion rationnelle des médicaments génériques.

Pour mener à bien ces plans de réforme, une table ronde des bailleurs de fonds a été organisée en février 2002 à Djibouti, avec le soutien de l'OMS. Les promesses de financement ont été annoncées par les différents participants, la Banque mondiale assurant la plus grosse partie des financements nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2002-2006.

Par ailleurs, nombre d'activités prévues par la réforme sont en chantier grâce aux fonds obtenus auprès des partenaires bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. De son coté, le ministère de la Santé a mis en place un comité de pilotage afin de suivre l'exécution sur le terrain du plan de réforme.

Enfin, dans la réforme une place à part est réservée à la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Depuis le mois de novembre 2001, le ministère de la Santé a entrepris, avec l'appui de la Banque mondiale et du CREDES, l'élaboration pour la première fois à Djibouti d'un plan stratégique national intersectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ceci intervient après des études tous azimuts sur le VIH/SIDA qui ont permis notamment de déterminer la séroprévalence du VIH dans la population générale, à savoir 2,9 %. Ce plan est suivi de plans d'action multisectoriels actuellement en cours d'exécution avec le financement de la Banque mondiale dans le cadre de MAP II (Programme multipays VIH/SIDA).

2.3.4 Les structures de prestation de soins

À Djibouti, on distingue trois catégories de fournisseurs de soins que nous désignons par « secteurs » (Tableau 2). Le secteur public inclut les structures dépendantes du ministère de la Santé, du ministère de l'Intérieur, du ministère de la Défense ainsi que l'hôpital dépendant de la Coopération militaire française ; le secteur parapublic est constitué par les structures dépendantes de l'Organisme de Protection Sociale (OPS). Le secteur privé inclut les professionnels de santé installés à titre libéral. L'hôpital militaire français offre de même des prestations de soins privés à la population générale qui le souhaite.

Tableau 2. Infrastructure sanitaire

Secteur	Niveau I	Niveau II	Niveau III
Secteur public	32	4	6
Secteur parapublic		2	
Secteur privé	17		
Total	49	6	6

Les structures de soutien sont les suivantes:

- le secteur pharmaceutique
- la transfusion sanguine
- le centre de formation des personnels de santé
- le laboratoire national d'hygiène.

Ressources humaines pour la santé

Les indicateurs relatifs aux ressources humaines pour la santé font ressortir une pénurie dans toutes les catégories, qu'il s'agisse des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des infirmières, des administrateurs, des statisticiens ou des gestionnaire (Tableau 3). Le succès de la réforme du secteur de la santé dépendra dans une large mesure de la disponibilité de ressources humaines suffisantes en nombre et en qualité.

Indicateurs de moyens

- habitants /lit : 550
- habitants/médecin : 3880
- habitants/agent paramédical : 1100
- habitants/centre de santé (niveaux I et II secteur public) : 15 900
- dépenses de santé/habitant : USD 62,3 (7 % du PIB)

Aussi l'État accorde-t-il une priorité au développement des ressources humaines et s'assigne deux objectifs, à savoir la création de préalables à la mise en œuvre d'une politique de développement des ressources humaines et l'amélioration des compétences du personnel soignant diplômé et non diplômé dans l'ensemble des formations sanitaires.

Tableau 3. Personnel médical et paramédical

Secteur	Médecins	Pharmaciens	Dentistes	Paramédicaux
Secteur public	106	11	7	431
Secteur parapublic	8	2		158
Secteur privé	14	6	3	
Total	128	9	10	446

La formation du personnel de santé est assurée au Centre de Formation des Personnels de Santé (CFPS) qui a une capacité d'accueil réduite ; 60 élèves sont recrutés chaque année depuis 2000. Les filières proposées sont : a) infirmiers, sages-femmes et techniciens de laboratoire, diplômés de l'État ; b) auxiliaires infirmiers, auxiliaires sages-femmes et auxiliaires en pharmacie communautaire.

Par ailleurs, la politique salariale influence beaucoup la performance du personnel de santé à Djibouti. Le personnel de santé est en effet moins bien payé que le personnel de l'éducation qui bénéficie de différentes primes : les rémunérations connaissent une érosion en valeur réelle. L'importance de cette question ne doit pas être sous-estimée : les professionnels de santé sont largement démotivés, certains cherchent ailleurs ou à l'intérieur du système même des compléments de revenu alors que d'autres quittent le secteur.

2.3.5 Acteurs nationaux clés : rôles et responsabilités

L'État est le responsable et le premier contributeur à la santé des populations vivant sur le territoire national. Il intervient par l'intermédiaire des différents départements ministériels.

Le ministère de la Santé définit, selon la loi d'orientation, la politique de santé publique et la fait adopter par le gouvernement. En matière de prise en charge des maladies, le ministère de la Santé dispose de structures divisées en quatre niveaux de soins et qui couvrent l'ensemble du territoire national. Le ministère contrôle, par l'intermédiaire de l'Inspection, l'entrée et le transit des produits pharmaceutiques. Le ministère est responsable de l'exercice des professions de santé. Les programmes verticaux de santé (Programme élargi de Vaccination ou PEV, santé génésique, lutte antitabac, etc.) participent à la prévention des maladies évitables par la vaccination et les changements de comportement.

Le ministère de la Défense assure les soins courants aux militaires (Armée Nationale de Djibouti - AND), aux gendarmes (Gendarmerie Nationale - GN) et à la Garde Républicaine. Les deux derniers corps ne disposent que d'un dispensaire chacun situé dans la capitale.

L'AND possède un Centre de Santé familiale à Djibouti-Ville et au moins une infirmerie dans chaque district de l'intérieur. Fait important, l'AND possède le seul centre de dialyse du pays et des véhicules d'évacuation sanitaire équipés de matériels de réanimation. L'AND participe aux transferts d'urgence des malades de l'intérieur vers l'hôpital Peltier avec des moyens aériens.

Concernant l'hospitalisation et les soins médicaux spécialisés, une convention entre la République de Djibouti et les Forces françaises stationnées à Djibouti (FFDJ) prévoit la prise en charge de tout militaire nécessiteux à l'hôpital militaire français. Ce même hôpital assure également des soins à caractère privé.

Le ministère de l'Intérieur intervient dans la santé de deux manières : d'abord par son Centre médical qui dispense aux fonctionnaires (et aux membres de leur famille) de la Police les soins et leur assure les examens ambulatoires. Ensuite, le ramassage et le transport des blessés et des malades de la voie publique relèvent

de la responsabilité de ce département (Pompiers).

Au sein du ministère de l'Emploi, l'Organisme de Protection Sociale (OPS) donne à travers ses deux Centres de santé uniquement des soins ambulatoires et des médicaments à tous les employés affiliés et leur famille. En outre, l'OPS est responsable de la médecine du travail.

Les institutions universitaires sont encore à l'état embryonnaire et ne sont pas pourvues de prolongements sanitaires. Par contre, le ministère de la Santé, à travers le Centre de Formation des Personnels de Santé (CFPS), forme les personnels paramédicaux de base.

La crise économique qui s'est installée dans les années 90 a stimulé la renaissance des mouvements associatifs encouragés par les organismes internationaux et appelés à devenir des partenaires incontournables. On en recensait plus d'une centaine en 2000. Malgré leur nombre, les activités organisées par les associations restent de faible ampleur : messages de prévention et d'information en matière d'hygiène, de santé de l'enfant ou lors des épidémies de choléra et de campagnes de nettoyage, des campagnes de vaccination et de lutte contre le paludisme. Plus récemment, des actions de prévention contre le SIDA et les mutilations sexuelles féminines (Union Nationale des Femmes Djiboutiennes - UNFD) ont été initiées en concertation avec des bailleurs de fonds et le Gouvernement. Certaines de ces associations, telles que l'Association Djiboutienne pour l'Équilibre et la Promotion de la Famille (ADEPF), Al-Bir, Bender Djedid, Solidarité Féminine, etc., disposent de capacités logistiques et administratives notables.

La société civile est associée aux actions relatives à la santé publique (ONG, autorités traditionnelles ou religieuses, ou individus à titre personnel) en prenant part aux actions de prévention et de lutte contre les épidémies et d'amélioration de l'hygiène dans les quartiers des villes ou des campements en milieu rural.

Le secteur privé est impliqué dans la prestation des soins courants et quelques lits d'hospitalisation de médecine générale par l'intermédiaire des trois cliniques et quatre cabinets privés (y compris dentaires) installés officiellement à Djibouti et qui jouent un rôle dans la surveillance épidémiologique de certaines maladies à potentiel épidémique telles que le paludisme, la rougeole, la poliomyélite (paralyse flasque aiguë), les maladies diarrhéiques, la méningite, etc.

2.4 Dépenses de santé/ financements/protection

2.4.1 Vue d'ensemble du financement des dépenses de santé à Djibouti

D'après les comptes nationaux de la santé, les dépenses totales de santé (publiques et privées) représentaient environ 7 % du PIB en 1996. Malheureusement, la part des ressources intérieures allouées à la santé (crédits votés) a constamment diminué en pourcentage du PIB. De l'ordre de 2,2 % au début des années 1990, elle se situe autour de 1,6 % depuis 1999 (Figure 2).

Cette baisse des ressources a été amplifiée par la baisse des versements de l'aide extérieure ; ceux-ci avaient été ramenés de USD 11 millions en 1998 à 7 millions en 1999, soit un recul d'environ 36 %.

Par ailleurs, la répartition de ce budget entre les divers niveaux de santé est disproportionnée entre l'administration centrale et l'hôpital de référence et les structures de soins primaires, préventifs et ceux dans les districts. Le budget alloué à la santé reste dominé par les salaires (66 % du budget santé en 2002).

Il est à signaler que les fonds mobilisés dans le cadre de la coopération internationale sont aléatoires et varient d'une année à l'autre.

2.4.2 Les ménages

Selon les comptes nationaux de la santé de 1996, les ménages contribuent directement à hauteur de 24 % au financement des services de santé par les paiements qu'ils effectuent dans le secteur public et dans le secteur privé, mais aussi auprès des guérisseurs traditionnels. L'État a introduit une politique de recouvrement des coûts au niveau des structures publiques de santé. Le taux de recouvrement reste cependant très faible.

2.4.3 L'État

Le gouvernement finance la santé par l'intermédiaire du budget national dont l'évolution montre au cours des dernières années un fléchissement net. Sous l'effet combiné de la conjoncture économique internationale du début des années 90 (baisse de l'aide extérieure), de l'augmentation du budget de la défense pour cause de guerre et de la mise en place du programme d'ajustement structurel de 1996, le budget alloué à la santé passe de 7,7 % du budget national en 1986 à 4,38 % en 2003 (Tableau 4).

Les acteurs économiques

La solidarité institutionnalisée est quasiment absente ; la couverture de l'assurance maladie demeure faible bien que la législation nationale fasse obligation à tous les acteurs économiques et institutions autonomes de s'affilier à l'Organisme de Protection Sociale (OPS), lequel prend en charge les affiliés et leur famille pour les soins ambulatoires. L'OPS offre les soins à ces affiliés. Cet organisme collecte les cotisations au titre de la santé (6,2 %) mais

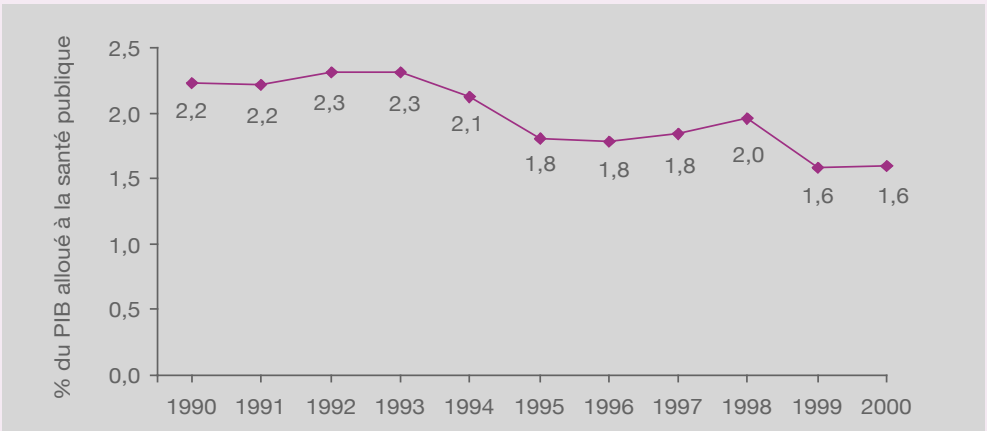

Figure 2. Part du PIB allouée à la santé publique de 1990 à 2000

Tableau 4. Évolution du budget global de la santé par rapport au budget national de 1986 à 2003

Année	Budget de l'État (DJF)	Budget du Ministère de la Santé (DJF)	Part santé dans le budget national (%)
1986	22 851 267 000	1 751 778 000	7,7
1987	22 113 950 000	1 657 999 000	7,5
1988	23 116 900 000	1 784 954 000	7,7
1989	23 709 200 000	1 719 115 000	7,3
1990	23 968 100 000	1 807 013 000	7,5
1991	25 872 597 000	1 841 939 000	7,1
1992	27 008 900 000	1 984 076 000	7,3
1993	28 320 669 000	1 979 292 000	7
1994	32 485 898 000	1 933 542 000	6
1995	31 636 158 000	1 632 814 000	4,3
1996	34 907 350 000	1 577 540 000	3,5
1997	36 808 634 000	1 650 631 000	4
1998	31 561 442 000	1 784 272 000	5,6
1999	35 174 000 000	1 500 053 000	4,3
2000	35 862 000 000	1 568 856 000	4,4
2001	38 232 122 000	1 769 460 000	4,6
2002	39 559 000 000	1 831 199 000	4,6
2003	41 187 000 000	1 804 657 000	4,4

seulement 17 % des fonds collectés sont réaffectés dans le secteur de la santé.

2.5 Problèmes clés de politique de santé et perspectives actuelles

2.5.1 La pérennité du financement

On observe une tendance à la baisse des investissements publics en direction des secteurs sociaux, plus particulièrement pour le secteur de la santé qui n'a pu bénéficier que d'une allocation de DJF 356 millions en 2002 alors que ce secteur avait utilisé une année auparavant des ressources d'un montant de DJF 465 millions.

Comme indiqué plus haut, le financement de la santé est assuré par des ressources différentes et variées, à savoir le budget de l'État, l'OPS, les ménages et les donateurs. Par ailleurs, les militaires djiboutiens ainsi

que leur famille sont pris en charge au niveau de l'hôpital Bouffard (hôpital de l'armée française) pour les hospitalisations et les consultations privées. Cependant, les structures publiques les accueillent également dans les mêmes conditions que le reste de la population. La prise en charge médicale des économiquement faibles est totalement assurée par l'État. Dans ce contexte, les mécanismes de ciblage de la population réellement indigente ne sont pas bien définis, ce qui augmente la charge supportée par l'État.

Compte tenu de cette disparité des financements et la diminution des ressources budgétaires de l'État allouées à la santé, il y a lieu d'envisager une réforme des financements de ce secteur. D'ailleurs, le gouvernement prévoit d'élargir le rôle de l'OPS en y intégrant les fonctionnaires. Enfin, le problème de prise en charge des indigents (ceux qui ne peuvent ni cotiser à l'OPS ni payer directement les prestations de santé) reste entier : les critères d'éligibilité d'indigence et la création d'une éventuelle caisse de solidarité pour couvrir les dépenses de santé feraient actuellement l'objet de discussions aux niveaux des autorités concernées.

2.5.2 Les ressources humaines

À tous les niveaux du système de santé, il manque actuellement des professionnels de santé qualifiés.

Tout d'abord, il est important d'élaborer et de formuler une politique de développement des ressources humaines qui recueille le consensus parmi tous les partenaires intéressés. Il est indispensable de réaliser une enquête approfondie sur les ressources humaines en tenant compte du profil sanitaire et des besoins actuels de la politique de santé. Par exemple, la réorientation de la politique de santé vers la prévention, la participation communautaire et la promotion de la santé rend nécessaire la reconsidération des catégories de personnels de santé ainsi que de leur formation : agent de santé communautaire, spécialisation en soins infirmiers (santé mentale, santé scolaire, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et santé publique), hygiénistes de l'environnement, radiographes, etc. Il est de même nécessaire d'établir un système de réglementation et d'autorisation de pratique (homologation). Il y a un besoin impérieux de former des médecins en santé publique et de renforcer les capacités gestionnaires de l'équipe de santé en s'orientant vers la décentralisation.

La préparation des médecins, dentistes et pharmaciens devrait continuer à s'effectuer par le biais de bourses d'études à l'étranger. La création de facultés dans le pays pourrait s'avérer coûteuse et une étude de faisabilité devrait les justifier. Toutefois, la préparation des infirmières, sages-femmes et professionnels paramédicaux devrait continuer à s'effectuer dans le pays, conformément à la pratique actuelle. Un soutien supplémentaire devra être fourni au Centre de Formation des Personnels de Santé (CFPS) et au « Pôle universitaire » pour assumer ces responsabilités et leur permettre de répondre aux demandes de développement ultérieur des ressources humaines.

En vue d'assurer un meilleur accès et une meilleure utilisation des services de soins de santé primaires (SSP) dans la communauté, il faudrait envisager le recrutement et la

formation d'agents de santé communautaires, plus particulièrement pour les fonctions de promotion, de prévention, d'éducation et de collecte d'informations. Cela nécessitera une modification du tableau des effectifs du Ministère pour y inclure ces nouvelles catégories d'agents de santé.

2.5.3 La disponibilité et l'accessibilité des médicaments

Depuis la nouvelle réforme de la santé en 2002, une nouvelle politique pharmaceutique à l'état encore embryonnaire a été conçue pour assurer notamment l'approvisionnement des formations sanitaires publiques en médicaments génériques. Un nouvel organe de pilotage de la politique pharmaceutique, la « Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) » a été mis en place.

Concernant le financement du médicament, la participation des usagers aux coûts est le remède escompté aux pénuries de médicaments dans les structures publiques. À cet égard, l'expérience de la mise en place progressive des pharmacies communautaires depuis plus d'un an (dans sept centres à Djibouti-Ville et dans quatre districts de l'intérieur) est encourageante. Bien que les médicaments soient aujourd'hui disponibles à travers les pharmacies communautaires, il reste à améliorer les comités de gestion, l'organisation et parfois la viabilité financière de certaines pharmacies communautaires. La prise en charge des urgences reste un autre point sensible non discuté, d'où le risque de renvoi des urgences pour raison financière.

Le statut juridique de la Centrale d'Achat des Médicaments et des Matériels Essentiels (CAMME) prévue dans la réforme de santé a été fixé (Décret n° 59/PR/MS/2004) et la CAMME vient de recevoir sa première dotation sur financement de la Banque mondiale ; mais l'allocation de la première dotation budgétaire de l'État pour ses structures n'a pas encore été reçue et les modalités d'approvisionnement des centres de santé restent à déterminer.

Par ailleurs, l'absence de programme d'information et d'éducation qui devait accompagner l'introduction des génériques pose le problème des abus et risques de mauvais usage de médicaments. La formation des prescripteurs ainsi que le suivi de la prescription à travers des indicateurs sont à leur début, au risque d'abus de prescription de certains médicaments comme les antibiotiques avec pour corollaire l'apparition et la multiplication des résistances.

La Direction du Médicament et de la Pharmacie a besoin de renforcer la capacité de son personnel par la formation et le développement d'outils de suivi et d'évaluation et le démarrage du contrôle des médicaments par la mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité de niveau 1.

L'inspection pharmaceutique est le maillon faible du système actuel.

Malgré les efforts fournis par le gouvernement en matière de législation pharmaceutique, quelques insuffisances subsistent, notamment en matière de réglementation relative aux produits pharmaceutiques en transit destinés aux pays voisins, de coordination des dons en provenance des différents partenaires et

de mise en place d'un système de gestion de médicaments approprié au niveau des services périphériques.

2.5.4 Les situations d'urgence

Le pays souffre régulièrement de l'instabilité de la situation dans la Corne de l'Afrique, de la présence de dizaines de milliers de réfugiés et de personnes déplacées, des variations extrêmes du climat (sécheresse cyclique, pluies torrentielles et inondations - les dernières ayant eu lieu en avril 2004) et des moyens financiers particulièrement limités dont le pays dispose pour mettre en œuvre les programmes de reconstruction et de développement.

Par ailleurs, les catastrophes chimiques menacent le pays, surtout dans les zones portuaires maritimes et le long du corridor routier vers l'Éthiopie. À cet égard, l'épandage accidentel de produits hautement toxiques en 2002 a été révélateur de la fragilité et du manque de préparation de Djibouti face à ce genre d'événements.

À l'heure actuelle, les problèmes d'urgences et de catastrophes sont gérés lorsqu'ils surviennent. Aucun système de prévention n'existe. Lors de la préparation du document DSRP, il a été question d'élaborer une stratégie nationale de prévention des catastrophes mais celle-ci n'a pas encore vu le jour. Cependant, un profil national de gestion intégrée des produits chimiques a été préparé l'année dernière.

Enfin, il existe un mécanisme de coordination des actions en cas de catastrophe, dénommé « plan ORSEC », placé sous l'autorité du ministère de l'Intérieur.

2.5.5 La vulnérabilité du pays face aux maladies transmissibles et épidémies

Les maladies transmissibles restent de très importantes causes de mortalité et de morbidité à Djibouti. Considérant les conditions socio-économiques et hygiéniques, le manque d'eau et le personnel peu qualifié pour y faire face, Djibouti encourt un grand risque d'épidémies.

Le plan de renforcement du système d'alerte précoce sur les maladies transmissibles, mis en place par le ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS depuis 2003 dans tous les centres de santé et les hôpitaux de Djibouti-Ville, est opérationnel dans la majorité des services de santé. Le rôle de chacun des niveaux périphérique, intermédiaire et central est défini et les outils de collecte des données (registres) et le guide de surveillance sont élaborés.

Un réel effort a été fait récemment, avec l'aide de l'OMS, en matière de formation et de supervision pour redynamiser le réseau de points focaux dans les centres de santé et les Centres médico-hospitaliers (CMH) au niveau de tous les districts du pays.

Cependant, le système de surveillance épidémiologique des maladies n'est pas assez performant et demeure fragile, surtout au niveau le plus périphérique. Les contraintes suivantes méritent mention :

- les laboratoires de santé au niveau des districts et au niveau national ne sont pas performants ;
- l'inaccessibilité, la non-implication des équipes mobiles (non formées) ne favorisent pas la collecte, l'analyse et la

rétro-information rapide des données en provenance des zones rurales du pays, où le risque de transmission des maladies est plus accentué par les conditions sociales défavorables ;

- il y a un problème de compétence et de mobilité des ressources humaines, qui se traduit par la non-utilisation des outils de collecte (registres) ;
- l'absence de supervision des centres de santé périphériques par les médecins-chefs et de celle des districts par l'unité chargée de la surveillance épidémiologique au niveau central affecte la qualité et la fiabilité des données recueillies ;
- l'analyse des données n'est pas faite au niveau des centres de soins de base et des centres médico-hospitaliers ;
- le système dit « d'alerte précoce » reste cantonné aux services de soins, ce qui induit une sous-déclaration des cas, car l'accès aux soins reste limité.

2.5.6 La mortalité infantile et maternelle

Les taux de mortalité infantile et maternelle restent parmi les plus élevés dans le monde.

Les principales causes de décès et d'hospitalisation des enfants sont la diarrhée, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les problèmes nutritionnels.

Le gouvernement a développé une stratégie nationale pour la vaccination visant à atteindre une couverture vaccinale de 85 % pour le DTC3, éradiquer la poliomyélite, éliminer le tétanos néonatal et la rougeole, diminuer le taux de carence en vitamine A jusqu'à 65 % et assurer à 100 % la sûreté des injections, tout en renforçant la mobilisation sociale et les capacités des ressources humaines. Dans ce domaine, Djibouti bénéficie du soutien de l'OMS, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), de l'UNICEF et de l'USAID. Le Comité de coordination (CCI) suit régulièrement la mise en œuvre du programme PEV. Cependant, les taux de vaccination systématique restent insatisfaisants par manque de micro-planification (la population cible n'est pas connue pour la plupart des services de santé), de chaîne de froid, de gestion adéquate des vaccins, de formation continue et de supervision.

Le ministère de la Santé a aussi adopté la stratégie de la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME) et le démarrage s'est fait avec l'aide de l'OMS dans le district de Djibouti-Ville en juillet 2004. En un an, la PCIME a été introduite dans 31 % des centres de santé, couvrant 61 % de la population infantile (12 centres sur 35) ; 27 % des agents de santé (soit 47 agents sur 174 au total) ont été formés. Néanmoins quelques problèmes persistent encore, notamment : la qualité des agents PCIME (motivation insuffisante), l'absence d'unités de renutrition et de thérapie de réhydratation orale (TRO) dans la plupart des centres de santé, les insuffisances au niveau de la prise en charge de certains cas graves (malnutrition sévère) et de la gestion des dossiers des malades (classement, archivage). Au moment du démarrage de la stratégie, le système de santé était affaibli par des années de dysfonctionnement lié aux problèmes socio-économiques ; ceci a

fait de l'amélioration de la qualité des soins un réel défi. La composante communautaire de la PCIME n'est pas encore mise en place mais le plan d'action correspondant existe et la mise en œuvre est prévue pour bientôt. Il est nécessaire d'accélérer l'extension de la PCIME dans le reste des districts du pays, et surtout le démarrage de la composante communautaire pour obtenir la participation et l'adhésion de la population aux actions de santé qui la concernent.

L'étude nationale sur la santé de la famille (PAP-FAM, mai 2003) indique que 27 % des enfants au-dessous de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale tandis que 18 % sont sévèrement sous-alimentés alors que 60 % des enfants admis en pédiatrie souffrent de malnutrition grave. Il semblerait que plus de 40 % de femmes cesseraient d'allaiter quand leurs enfants en bas âge sont malades, 40 % de femmes seraient anémiques à leur première consultation prénatale et environ 6 % des élèves auraient des goitres et des nodules palpables.

Beaucoup de facteurs locaux liés à la pauvreté, l'insécurité alimentaire chronique, les croyances et pratiques de la population, l'utilisation du khat, la morbidité et la mortalité maternelles élevées seraient à la base de ce problème de santé important à Djibouti. Le gouvernement a bien souligné l'urgence du développement d'une stratégie adaptée et d'un plan d'action national intersectoriel, avec une approche concertée entre partenaires. Le ministère de la Santé déploie actuellement des efforts pour la mise à niveau des points de récupération nutritionnelle dans les centres de santé qui sont soutenu par le Programme alimentaire mondial (PAM). Par ailleurs, l'OMS a lancé il y cinq ans un projet de production locale d'aliments de complément peu coûteux mais qui s'est arrêté par manque de financement et de suivi. L'OMS a formé un médecin sur la prise en charge thérapeutique de la malnutrition. Récemment, une équipe de la FSAU *(Food Security Assessment Unit)* de la Somalie a visité Djibouti pour la mise en place d'un système de surveillance sentinelle de la malnutrition et des maladies qui sont liées.

Les programmes d'alimentation actuels ne répondent pas aux besoins par manque de stratégie claire, de procédures et de standards au niveau des centres pour le dépistage et la prise en charge des malnutris. Les principales contraintes pour la mise en place d'un programme national de lutte contre la malnutrition au sein du secteur de la santé sont l'absence de cadre institutionnel et de ressources humaines spécialisées ; le manque d'aliments thérapeutiques et l'absence de formation des agents de santé à leur utilisation ; le besoin important de concertation et de coordination pour une approche globale et multisectorielle, les secteurs concernés n'étant pas au même niveau d'engagement ; le manque de ressources financières ; et la nécessité de garantir un engagement continu des partenaires durant la période de mise en place.

Djibouti enregistre un taux de mortalité maternelle élevé de 546 pour 100 000 naissances vivantes. Le programme Santé de la Reproduction (SR) de Djibouti inclut dans sa stratégie les différents volets de la santé de la mère, la planification familiale, les consultations pré- et postnatales, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des accouchements et de la prise en charge des urgences obstétricales, la lutte

contre les mutilations sexuelles féminines, la sensibilisation de la communauté à l'utilisation des services de santé génésique, et la santé génésique et sexuelle des adolescents. L'intégration de la prévention de la transmission parent-enfant du VIH/ SIDA ainsi que la prévention et la prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans les services de santé génésique font partie intégrante du paquet minimum d'activités du programme SR. Il y a eu un recul des décès maternels intra-hospitaliers au niveau national de 709 pour 100 000 en 1999 à 290 pour 100 000 en 2004. Cependant beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer la mortalité maternelle.

Section 3

Assistance au développement et partenariats : flux, instruments et coordination de l'aide

3.1 Les partenaires multilatéraux

Les partenaires au développement, dont les plus importants sont l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, participent aux financements de la santé à travers les programmes de coopération avec le ministère de la Santé selon un cycle propre à chacun d'entre eux. Ces organismes des Nations Unies apportent les activités sanitaires dites régulières à travers des programmes verticaux et fournissent une assistance technique. Ils couvrent également, à la demande du gouvernement, les besoins extraordinaires du pays, notamment lors des situations d'urgence.

3.2 Les partenaires bilatéraux

La France occupe une place prépondérante en raison des faits historiques mais également de la présence d'assistants techniques et du financement des projets.

La Coopération italienne appuie le fonctionnement de l'hôpital de Balbala (situé à la périphérie de la capitale, prenant en charge essentiellement les populations les plus démunies) qu'elle a construit il y a plus de 10 ans et dont l'extension est envisagée pour très bientôt.

D'autres partenaires interviennent depuis quelques années dans la santé à Djibouti. Il s'agit de la coopération égyptienne et chinoise dont les apports ne sont pas chiffrables car ils sont fournis pour l'essentiel sous forme d'assistance technique.

Enfin, une convention a été signée récemment entre le ministère de la Santé et l'USAID pour financer des activités qui vont contribuer à améliorer la couverture en services de santé essentiels. L'instrument d'accord est intitulé « Projet d'Extension de la Couverture en Services de Santé Essentiels (PECSE) ». Ceci consiste à aider le ministère djiboutien de la Santé à :

1. accroître l'offre en services de santé essentiels à travers la réhabilitation des formations sanitaires, la fourniture de matériels et d'équipements ainsi que la réfection des sources d'approvisionnement en eau potable ;
2. améliorer la qualité des services à travers un appui aux systèmes de gestion et de formation afin d'améliorer les connaissances, les compétences et les performances des prestataires ;
3. renforcer les capacités locales à soutenir l'action des services de santé par l'accroissement de la participation communautaire aux programmes de santé, le soutien aux associations locales, organisations non gouvernementales (ONG) et autres groupes communautaires dans leurs actions de mobilisation communautaire et de communication pour répondre aux problèmes de santé importants de la communauté ainsi que l'extension du modèle de service à base communautaire.

La coopération internationale occupe donc une place importante dans la santé publique, aussi bien par le nombre

de partenaires que par l'ampleur de l'assistance fournie. Le tableau 5 présente les principales interventions, les montants des contributions et les périodes de couverture des financements.

Dans le but de mieux coordonner l'aide extérieure et d'assurer son utilisation rationnelle, le ministère de la Santé a mis en place une unité de gestion des projets (UGP).

Par ailleurs, avec l'apport de l'OMS (DJF 108 millions pour la période 2002-2003) et du FNUAP (DJF 106 millions pour la période 2003-2007), ce secteur a pu mettre en œuvre divers projets de santé. Un autre don de la France de 106 millions de francs de Djibouti en 1999 a permis, quant à lui, de poursuivre la réhabilitation de l'hôpital Peltier.

Il importe de signaler qu'en février 2002, avec le concours de l'OMS, le Gouvernement djiboutien a organisé, en collaboration avec la Banque mondiale, une table ronde des bailleurs de fonds pour essayer de mobiliser les ressources nécessaires au financement de son ambitieux programme de développement sanitaire. Les résultats de cette importante rencontre ont été concluants : beaucoup de bailleurs ont manifesté leur intérêt à participer au financement du Programme national de développement sanitaire (PNDS) (Tableau 5).

Tableau 5. Interventions des partenaires dans la santé

	Partenaire	Domaine d'action	Type de financement		Montants en millions	Période d'exécution
			Don	Prêt		
Multilatéral	OMS	Programme de coopération entre le Gouvernement djiboutien et l'OMS. Appui à la politique de santé Soutien à la mise en place des soins de santé de base Appui aux programmes nationaux verticaux Appui au développement des ressources humaines Appui à la politique des médicaments essentiels	√		USD 2,7*	2004–2005

** Incluant les ressources extrabudgétaires mais excluant le coût du personnel de l'OMS visitant le pays en mission de conseil et le coût de participation des nationaux aux réunions interpays organisées par l'OMS.*

Tableau 5. Interventions des partenaires dans la santé

	Partenaire	Domaine d'action	Type de financement		Montants en millions	Période d'exécution
			Don	Prêt		
Multilatéral	UNICEF	Programme de coopération entre Djibouti et UNICEF Volet santé Développement intégral de la petite enfance Lutte contre le VIH/SIDA Objectifs : Contribuer à la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile Contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle Contribuer à la réduction des mutilations sexuelles Prévention du VIH/SIDA chez les jeunes Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	√		USD 3,4	2003–2007
	FNUAP	DJI/03/P01 « Santé de la reproduction : disponibilité, qualité et information » Objectifs : Améliorer la santé reproductive et sexuelle de tous les couples et individus, y compris les adolescents Créer un environnement favorable pour la promotion de la femme et l'égalité des sexes Renforcer la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé	√		USD 1,5	2003–2007
	PAM	PRO10283 Assistance aux groupes vulnérables et aux réfugiés : Volet santé « santé et nutrition » Objectif : maintenir et améliorer le statut nutritionnel des groupes vulnérables Le programme est focalisé sur la santé et la nutrition par des distributions ciblées dans les institutions sociales	√		USD 6,9	2003–2005

Tableau 5. Interventions des partenaires dans la santé *(suite)*

	Partenaire	Domaine d'action	Type de financement		Montants en millions	Période d'exécution
			Don	Prêt		
Multilatéral	PNUD	Programme d'appui à la lutte contre la pauvreté Appui aux stratégies et politiques nationales de lutte contre la pauvreté Appui au développement local durable dans les districts de l'intérieur Volet santé : stratégie de lutte contre le VIH/SIDA Objectif principal : renforcement de la coordination de tous les acteurs afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA.	√		USD 1,19 USD 0,88	
Bilatéral	France	Sécurité transfusionnelle-lutte contre le SIDA Appui à la santé Objectifs Appui à la réforme du système de santé Organisation et pérennisation d'un schéma thérapeutique sur l'ensemble du territoire en liaison avec les modes thérapeutiques des pays voisins Aide exceptionnelle : Objectifs Réhabilitation de l'hôpital Peltier et construction d'un nouveau bâtiment de chirurgie Réhabilitation des réseaux d'assainissement de l'hôpital Peltier	√ √ √		EUR 0,7 EUR 1,2 EUR 2,7	2003–2005 1999–2003 1999–2005
	États-Unis	Programme de l'USAID en République de Djibouti Volet santé : Projet d'Extension de la Couverture en Services de Santé Essentiels (PECSE) Objectifs Accroître l'accès aux services de santé particulièrement pour les populations pauvres Améliorer la qualité et l'efficacité des soins afin de réduire la mortalité infantile et maternelle Développer la couverture des services clés de santé	√		USD 12	2004–2007

Tableau 5. Interventions des partenaires dans la santé *(suite)*

	Partenaire	Domaine d'action	Type de financement		Montants en millions	Période d'exécution
			Don	Prêt		
Bilatéral	Italie	Travaux de génie civil et équipement de l'hôpital de Balbala	√		EUR 9,2	?
	Chine	Création d'une unité de dialyse à Djibouti	√		DJF 40	?
	Maroc	Réhabilitation du Bâtiment Martial, Hôpital général Peltier	√		USD 0,3	?
	Arabie saoudite	Centre de dialyse de l'Émir Sultan Abdoul-Aziz	√		2,2	2004–2005
Institution financière de développement	BANQUE MONDIALE	Projet de Développement du Secteur de la Santé : PDSS	√		USD 15	2003–2007
		Composantes du PDSS Amélioration de la qualité des services de santé				
		Amélioration de la disponibilité des ressources humaines			USD 12	2003–2007
		Amélioration de l'accès aux médicaments				
		Amélioration de la gestion du secteur de la santé				
		Projet de lutte contre le VIH/SIDA/PAL/TB				
		Composantes du projet				
		Renforcement des capacités et mise en œuvre de la politique de lutte contre les maladies transmissibles Intervention du secteur de la santé pour la lutte contre le VIH/SIDA/PAL/TB				
		Appui multisectoriel pour la prévention du VIH				?
		Appui aux interventions communautaires				
		Construction du centre de santé Q2-Khor Bourhan (IDA)	√		DJF 27,3	
	BAfD	Soins de santé de base	√	√	USD 8,3	2004–2009
		Travaux génie civil				
		Équipement et médicaments				
		Formation				

Tableau 5. Interventions des partenaires dans la santé *(suite)*

	Partenaire	Domaine d'action	Type de financement		Montants en millions	Période d'exécution
			Don	Prêt		
Institution financière de développement	BID	Construction de trois centres de santé et réhabilitation des CMH Obock et Tadjourah (FSD)	√		DJF 175	
		Soins de santé de base		√	USD 5,5	2004–2008
		Amélioration du plateau technique de l'hôpital général Peltier		√	USD 6,9	2005
		Construction d'un hôpital régional de 100 lits à Ali Sabieh				
	AFD	Construction du Centre de Santé PK12		?	DJF 46,2	?
	FONDS MONDIAL	Appui à la lutte contre le SIDA	√		USD 12	2005–2008

Coordination des partenaires

Le « Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté » est désormais le document de référence dans le domaine de la coopération et cadre les efforts entrepris pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à Djibouti.

À part l'unité de gestion des projets établie au sein du ministère de la Santé, il n'y a pas véritablement de structure de coordination digne de ce nom, ni d'instrument de programmation préétabli qui puisse orienter les investissements des donateurs.

Tout au long du processus d'élaboration des projets de coopération, le ministère des Affaires étrangères et de la Coopération internationale ainsi que le ministère de l'Économie des Finances et de la Planification, Chargé de la Privatisation (en particulier son département de financement extérieur chargé de prévoir les coûts récurrents des projets d'investissement public) sont intimement associés.

Néanmoins, on note l'existence d'une approche de concertation et de vision commune entre certains partenaires au développement, en l'occurrence les institutions du système des Nations Unies qui ont élaboré un Plan-cadre des Nations Unies pour l' aide au développement (UNDAF) 2003-2007, qui leur sert de référence, en plus des objectifs du Millénaire pour le développement.

Pour qui concerne la coordination des interventions dans le domaine de la santé, le ministère de la Santé a mis en place en février 2005 le Groupe de Partenaires de la Santé (GPS) pour servir de cadre de concertation des partenaires. Ses principales missions sont les suivantes :

- soutenir le ministère de la Santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de ses politiques et stratégies nationales de réforme sanitaire pour répondre au mieux au DSRP, ainsi qu'aux objectifs du Millénaire pour la santé ;
- faciliter l'échange régulier d'informations et la coordination entre les partenaires sur le niveau de financement et de réalisation des objectifs fixés par le PNDS et divers ;
- aider le Gouvernement djiboutien à mobiliser des ressources additionnelles, internes et externes, pour la santé et optimaliser l'utilisation des ressources allouées ;
- apporter l'appui technique nécessaire pour assurer le suivi et l'évaluation des projets programmés ainsi que des résultats mesurables vers les objectifs du Millénaire pour le développement ;
- aider le ministère de la Santé à assurer le lien et la cohérence entre les différentes sources d'investissement dans la santé, dans le secteur privé et public, et d'autres programmes de développement à l'appui des priorités nationales.

Section 4

Coopération actuelle de l'OMS

L'accord de base entre l'OMS et la République de Djibouti concernant la fourniture d'une assistance technique de caractère consultatif a permis l'ouverture du Bureau du Représentant de l'OMS à Djibouti, qui remonte à l'année 1984.

4.1 Les programmes

Les crédits accordés au titre du budget ordinaire depuis l'ouverture du Bureau de l'OMS sont présentés, par période biennale, à la Figure 3.

Au total, plus de USD 16 millions ont été mobilisés par l'OMS pour Djibouti, depuis 1984, compte non tenu des activités interpays et des ressources extrabudgétaires, qui ont représenté plus de USD 2,2 millions durant les quatre dernières périodes biennales et ont été essentiellement affectées à l'éradication de la poliomyélite, la lutte contre le paludisme, la santé de la mère et de l'enfant et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA.

En cohérence avec les priorités et objectifs retenus dans le plan national de développement sanitaire, le programme de coopération de l'Organisation mondiale de la Santé avec le Gouvernement djiboutien pour la période 2002-2003 a couvert 19 programmes d'action, alors que celui de 2004-2005 en a couvert 21.

Les crédits directement affectés à des activités dans le pays durant la période biennale 2002-2003, y compris les ressources extrabudgétaires, ont été de USD 1 345 550. Les huit programmes d'action indiqvés au tableau 6 ont mobilisé plus de 81 % de ce montant.

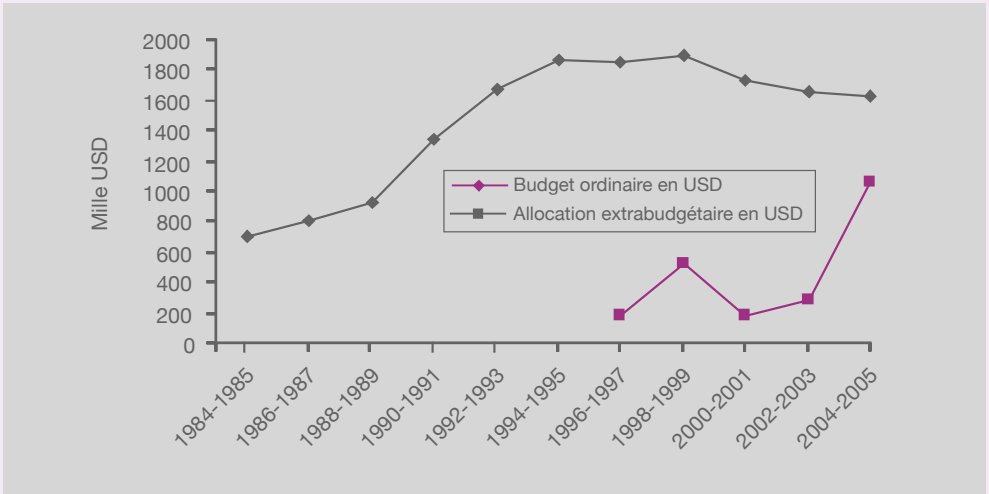

Figure 3. Budget ordinaire et allocations extrabudgétaires

Tableau 6. Allocations aux programmes d'action, 2002–2003

Programme d'action	Crédits utilisés (USD)	Part dans les crédits consommés %
Mise en place du système de soins de santé primaires	373 358	27,7
VIH/SIDA et maladies sexuellement transmissibles	206 226	15,6
Approches de développement durable (BDN)	147 659	11
Politiques pharmaceutiques nationales basées sur les médicaments essentiels	76 381	5,7
Tuberculose	76 193	5,7
Ressources infirmières et paramédicales	75 321	5,6
Formulation de la politique sanitaire	70 447	5,2
Santé et environnement (eau et assainissement)	65 000	4,8

L'action relative à certains programmes de collaboration est brièvement présentée ci- après.

1. Dans le cadre de la politique sanitaire et de la planification stratégique, une attention particulière a été accordée au renforcement des comptes nationaux de la santé, au suivi et l'évaluation des programmes de santé au niveau central et au niveau des districts, ainsi qu'à la mise en place du système d'information sanitaire.
2. La préparation d'un plan d'action pour le développement des ressources humaines a été soutenue afin d'assurer l'adéquation et la conformité du Centre de Formation des Personnels de Santé avec le plan de la réforme du secteur santé à travers l'analyse et la révision des fonctions et des tâches du personnel de santé, la formation pédagogique des formateurs, la mise à jour du programme des infirmiers et des sages-femmes pour intégrer les éléments de santé publique, la formation continue et le recyclage du personnel paramédical.
3. Priorité a été donnée à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité du système de soins de santé de base à travers l'élaboration de la carte sanitaire, le renforcement de la capacité de la direction des soins de santé primaires, l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé par les populations non desservies par le système de santé, le renforcement de la gestion des services de santé et l'appui technique à la planification, à la gestion, au suivi et à l'évaluation du système de santé.
4. Pour promouvoir les politiques pharmaceutiques nationales basées sur les médicaments essentiels, l'OMS a contribué à l'élaboration de

directives techniques sur les bonnes pratiques de l'approvisionnement, et de la réglementation régissant les médicaments en transit en République de Djibouti ainsi qu'à la formation du personnel en gestion de médicaments.

5. Priorité a été également accordée au développement des activités, à l'amélioration de l'organisation, à la gestion et au fonctionnement du réseau national des laboratoires, ainsi qu'à la restructuration des activités du laboratoire de santé publique.

6. L'accent a été mis non seulement sur l'éducation pour la santé mais aussi sur la santé scolaire, sans oublier la sensibilisation de la population aux conséquences de l'usage du tabac. Dans ce contexte, l'importance de la collaboration intersectorielle est mise en relief, étant donnée l'influence des autres secteurs sur les déterminants de la santé et de la qualité de la vie.

7. Dans le domaine des maladies non transmissibles, une attention particulière est accordée à la lutte contre la cécité et à la prévention des maladies cardio-vasculaires. La santé mentale occupe désormais une place privilégiée dans le programme de collaboration de l'OMS.

8. Le taux de mortalité maternelle à Djibouti étant l'un des plus élevés dans le monde, la santé génésique constitue un programme prioritaire de l'OMS. Les actions bénéficiant du soutien de l'OMS sont l'amélioration de la qualité du suivi de la grossesse, la formation du personnel de santé aux urgences obstétricales et la mobilisation sociale en matière de santé génésique, y compris les mutilations sexuelles féminines.

9. L'OMS participe activement avec le ministère de la Santé et les autres partenaires à la promotion et l'adoption de l'approche de prise en charge intégrée de la santé de l'enfant avec implication de la communauté.

10. Dans le cadre du programme santé et environnement, l'OMS compte mettre l'accent sur la révision du cadre institutionnel et la réglementation en matière d'hygiène, le renforcement des capacités dans ce domaine ainsi que sur la promotion des activités intéressant la santé et l'environnement dans les établissements scolaires dans le cadre des initiatives communautaires.

11. Dans le domaine de lutte contre les maladies transmissibles, la priorité est accordée aux maladies jugées importantes sur le plan de la morbidité et de la mortalité, à savoir la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA – la désignation en 2003 de Djibouti comme pays prioritaire dans le cadre de la stratégie « 3 millions d'ici 2005 » en est une illustration – sans oublier les maladies transmissibles de l'enfance qui font l'objet du programme d'immunisation. L'OMS joue également un rôle actif dans l'éradication de la poliomyélite, surtout en matière de formation et d'encadrement du personnel ainsi que dans l'organisation des campagnes nationales de vaccination.

12. L'OMS a contribué à la réponse aux situations d'urgence que le pays a connues, notamment en participant

à la coordination des secours et à la surveillance active des maladies épidémiques et en fournissant des médicaments.

4.2 L'action de l'OMS pour le développement communautaire

L'accent est mis sur l'amélioration de la qualité de la vie par la réduction de la pauvreté à travers les actions du programme des besoins fondamentaux en matière de développement (BDN). Le programme BDN s'appuie sur une dynamique de développement communautaire, socio-économique intégré et des actions intersectorielles coordonnées. Le programme est actuellement opérationnel dans cinq districts à raison d'un site par district. Les districts de Tadjourah et Dikhil disposent de deux sites BDN. Le programme couvre une population de 17 248 personnes.

Le programme BDN est domicilié au ministère de la Santé, ce qui favorise la création d'opportunités d'intégration des programmes sanitaires au programme BDN dans le but de renforcer les soins de santé primaires. Le programme BDN constitue une plateforme et une porte d'entrée pour les interventions dans le domaine de la santé et pourrait ainsi contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé et de l'accès des populations aux services de santé. Le ministère de la Santé prévoit d'institutionnaliser le programme BDN en l'intégrant à la politique de santé afin de renforcer les soins de santé primaires. C'est dans ce but et à la demande du ministère de la Santé que le programme a été évalué par le Bureau régional de la Méditerranée orientale en février 2005.

Les résultats de l'évaluation ont démontré qu'il y avait une nette amélioration des indicateurs sanitaires dans les sites BDN par rapport au niveau national. À titre d'exemple, le taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an au niveau national est de 64,1 %, alors qu'il est de 96 % à 100 % dans les sites BDN. L'accès à l'eau sur les différents sites du projet est de 100 %, alors qu'il n'est que de 52 % au niveau national. Par ailleurs, 480 adultes ont bénéficié de cours d'alphabétisation ; 295 femmes et jeunes filles ont bénéficié de formation et 36 personnes ont bénéficié d'activités génératrices de revenus pour lesquels 100 % de remboursement a été atteint. Par ailleurs, 300 jeunes ont bénéficié de cours d'informatique, dont 80 ont pu trouver un emploi.

L'évaluation a identifié plusieurs points forts tels que la mobilisation et l'organisation des communautés, la forte implication des femmes et la mobilisation des partenaires. Les projets implantés dans le cadre du programme BDN ont aussi permis d'améliorer l'environnement des villages, de faciliter l'accès à l'emploi pour les jeunes et de promouvoir le développement de la femme. Les bénéficiaires du programme BDN ont soulevé l'importance des projets santé de la mère et de l'enfant, des projets agricoles et des projets d'éducation sanitaire.

La volonté du ministère de la Santé d'institutionnaliser le programme BDN en l'intégrant à la politique nationale de santé afin de renforcer les soins de santé primaires ainsi que le grand intérêt que manifestent les partenaires au développement pour la coordination de leurs interventions avec le programme BDN incite à examiner les

moyens de généraliser l'approche BDN sur tout le territoire.

Pour étendre ce programme à l'échelle nationale, la mission d'évaluation a recommandé d'améliorer la collaboration intersectorielle en impliquant les conseils régionaux des districts, de renforcer les compétences et de capitaliser les acquis du programme, d'augmenter le nombre de sites, et d'élaborer un plan d'action national.

4.3 Rôle de l'OMS dans la coordination pour la santé

Depuis quelques années, le nombre des institutions et organisations du système des Nations Unies représentées à Djibouti a augmenté. Le Bureau de l'OMS participe aux différents travaux et actions du système des Nations Unies tels l'élaboration du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Dans ce cadre, la Représentante de l'OMS préside depuis janvier 2004 le groupe thématique santé durable et VIH, et à partir de 2005 le groupe thématique ONUSIDA/Djibouti. L'OMS a ainsi contribué au processus d'élaboration du plan stratégique national de lutte contre le SIDA et au mécanisme de coordination du pays ayant abouti à l'obtention d'un appui du Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le SIDA.

La Représentante de l'OMS a coordonné l'assistance externe au secteur de la santé suite aux inondations survenues en avril 2004 et a été désignée en 2005 présidente du Groupe des Partenaires de la Santé.

Le Bureau de l'OMS a initié et soutenu l'élaboration de la requête du pays pour l'obtention de fonds alloués par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et a été chargé de superviser le suivi et l'évaluation du projet SIDA de la Banque mondiale.

Il convient enfin de signaler que la Représentante de l'OMS préside le comité interagences de coopération et de suivi du programme d'immunisation.

Il est à regretter toutefois que l'implication de l'OMS dans la réforme du système national de santé ait été à la fois limitée et tardive.

4.4 Personnel technique et conditions de travail

Outre la Représentante, le personnel technique du Bureau de l'OMS à Djibouti est composé d'un fonctionnaire médecin en appui direct au ministère de la Santé, d'une fonctionnaire de programme pour la vaccination (Professionnel à court terme), d'une assistante technique pour le BDN (Accord de services spécifiques). Ces deux dernières occupent des postes temporaires. Le manque de personnel qualifié au niveau du ministère de la Santé se traduit par une demande importante de soutien direct et de suivi de la part du Bureau de l'OMS dans le pays. Pour répondre à cette demande, les domaines où le manque de personnel qualifié se fait le plus sentir au niveau du Bureau de pays sont le développement des ressources humaines pour la santé, le développement du système de santé basé sur les SSP, le développement du programme de santé génésique ainsi que le système d'information sanitaire. L'utilisation du français comme langue de travail accroît la charge de travail au niveau du Bureau de pays pour relayer la communication avec le Bureau régional. Par ailleurs, il est à signaler une faiblesse importante au niveau

du soutien logistique (manque de moyens de transport) et du soutien administratif et de celui des secrétaires.

Par manque de personnel, la documentation du travail effectué, la diffusion des succès obtenus et l'échange d'informations restent faibles, alors même qu'une stratégie de communication efficace est essentielle pour l'image de l'OMS et la mobilisation de ressources extrabudgétaires sans lesquelles il n'est pas possible de répondre aux besoins d'encadrement et de développement des actions de coopération.

Depuis le déménagement récent du Bureau de l'OMS, les conditions de travail se sont améliorées.

Section 5

Cadre de politique institutionnelle de l'OMS : orientations mondiales et régionales

5.1 Cadre opérationnel

Les systèmes de santé dans les pays en développement deviennent plus complexes. Le rôle de l'État dans la prestation des soins de santé diminue rapidement, le secteur privé et la société civile devenant d'importants partenaires actifs. En outre, un certain nombre d'organisations de développement et d'institutions financières au niveau mondial sont devenues fortement impliquées dans les activités de développement sanitaire dans les pays en développement. Il était donc opportun pour l'OMS de répondre à cet environnement changeant en demandant de nouveaux modes de collaboration avec ses États Membres.

L'OMS envisage la santé sous un angle plus large, c'est-à-dire dans le contexte du développement humain, en s'intéressant tout particulièrement aux liens entre la santé et la réduction de la pauvreté. Elle assume un rôle plus important dans l'instauration d'un consensus national et international plus large sur les politiques, les stratégies et les normes sanitaires en veillant à l'acquisition de données de recherche, de connaissances et de compétences techniques et à leur application. Au niveau des pays, grâce au processus de la stratégie de coopération avec les pays, on envisage ce qui suit :

- la collaboration de l'OMS sera davantage stratégique et centrée sur quelques domaines prioritaires qui réuniront les priorités mondiales, régionales et nationales.
- On mettra davantage l'accent sur le rôle de l'OMS en tant que conseiller politique et intermédiaire.
- On cherchera la possibilité d'augmenter et de renforcer le partenariat avec d'autres institutions nationales et internationales, y compris les organisations non gouvernementales qui œuvrent dans le domaine de la santé.
- Des approches novatrices seront recherchées pour accroître l'efficacité de l'appui fourni par l'OMS.
- Des tentatives seront effectuées pour garantir l'utilisation des connaissances et des compétences disponibles dans les pays pour les travaux normatifs de l'OMS.

5.2 Fonctions au niveau du pays

Pour mener son action au niveau des pays, l'OMS a identifié les cinq fonctions suivantes :

- catalyser l'adoption et l'adaptation de stratégies techniques : démarrer une mise en œuvre à grande échelle ;
- appuyer la recherche et le développement ; surveiller la performance du système de santé ;
- partager l'information et les connaissances ; fournir des options de politique générale ; normes ; plaidoyer ;
- fournir des conseils sur des politiques spécifiques ; servir d'intermédiaire ; influencer les politiques ; actions et dépenses.

Il faut noter que l'ordre dans lequel les fonctions susmentionnées sont énumérées n'est pas une indication de leur priorité. En fait, l'importance relative de ces fonctions varie d'un pays à l'autre selon son niveau de développement et les priorités stratégiques identifiées pour la collaboration avec l'OMS durant le processus de formulation de la stratégie de coopération avec le pays.

5.3 Orientations stratégiques

Le programme général de travail de l'OMS actuel (2002-2005) énumère les quatre orientations stratégiques indissociables qui sont mentionnées ci-après pour fournir un large cadre afin d'orienter l'action technique de l'OMS.

- Première orientation stratégique : réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout dans les populations pauvres et marginalisées.
- Deuxième orientation stratégique : promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et aux comportements.
- Troisième orientation stratégique : mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et soient financièrement équitables.
- Quatrième orientation stratégique : concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé, et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

5.4 Priorités mondiales de l'OMS

Sur la base de l'analyse des principales priorités en santé internationale, l'OMS a établi un ensemble de priorités mondiales. Les priorités mondiales sélectionnées, telles qu'elles sont mentionnées dans le programme général de travail pour la période 2002-2005, sont les suivantes :

1. paludisme, tuberculose et VIH/SIDA : ces trois grandes maladies transmissibles menacent à la fois la santé et le développement économique et touchent les pauvres de manière disproportionnée ;
2. cancer, maladies cardio-vasculaires et diabète : l'épidémie prend de l'ampleur dans les pays pauvres ou dont l'économie est en transition ;
3. tabagisme : une cause importante de décès dans toutes les sociétés et la situation s'aggrave rapidement dans les pays en développement ;
4. santé maternelle : la différence la plus marquée entre les résultats sanitaires des pays développés et des pays en développement concerne la mortalité maternelle et il est difficile de réduire la mortalité maternelle sans un système de santé performant ;
5. salubrité des aliments : c'est une question de plus en plus préoccupante qui peut avoir de graves conséquences économiques ;
6. santé mentale : cinq des dix premières causes d'incapacités sont

des problèmes de santé mentale ; la dépression majeure se situe au cinquième rang des causes de morbidité dans le monde et pourrait même venir en deuxième position d'ici 2020 ;

7. sécurité transfusionnelle : les transfusions sanguines sont à la fois une source possible d'infection et un élément thérapeutique essentiel ; la sécurité transfusionnelle est cruciale pour la lutte contre l'hépatite et le VIH/SIDA ;

8. systèmes de santé : toutes les autres priorités sont subordonnées à la mise en place de systèmes de santé efficaces et durables ; les États Membres sont nombreux à solliciter un appui et des conseils pour réformer le secteur de la santé ;

9. investir dans le changement à l'OMS : c'est une condition indispensable pour que l'OMS soit à la fois plus efficace et plus productive, et capable d'agir dans un contexte international de en plus complexe. Pour bien s'acquitter de ses fonctions essentielles, l'OMS doit acquérir de nouvelles compétences et concevoir de nouveaux systèmes et dispositifs.

5.5 Priorités régionales

La Région de la Méditerranée orientale a un profil démographique d'une région en développement. C'est une région qui a des revenus moyens inférieurs. La pauvreté et le chômage touchent une grande partie de la population. Les maladies transmissibles sont toujours prévalentes dans les pays les moins avancés et la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA sont les principales maladies meurtrières. Un certain nombre de pays de la Région se trouvent en situation de conflit ou d'urgence. La malnutrition représente toujours un problème important dans les pays qui sont les moins riches sur le plan économique. La rareté de l'eau constitue un défi dans l'ensemble de la Région. En outre, le manque d'approvisionnement adéquat en eau saine et d'assainissement convenable est un obstacle majeur en matière de santé dans les pays les moins avancés, lesquels constituent un fort pourcentage de la population de la Région. De même, l'urbanisation rapide et l'augmentation du nombre de voitures ont entraîné une grave pollution atmosphérique dans la plupart des grandes villes de la Région. La gestion des déchets solides, notamment des déchets dangereux et médicaux, est particulièrement déficiente dans un nombre considérable de pays de la Région.

On constate une transition épidémiologique dans la Région de la Méditerranée orientale. Actuellement, du fait des modifications du mode de vie, les maladies non transmissibles constituent 40 % de la charge de morbidité. D'après les projections, la part des maladies non transmissibles dans cette charge de morbidité devrait passer à 60 % d'ici 2020, ce qui crée un double fardeau de maladies transmissibles et non transmissibles. La mortalité maternelle demeure inacceptablement élevée dans certains pays. Le taux moyen de mortalité maternelle pour la Région en 2001 atteignait 330 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que plus de 60 % des décès de nouveau-nés surviennent pendant la période néonatale dans la plupart des pays. Les maladies d'origine alimentaire sont également en augmentation et représentent un défi de

santé publique majeur. La modification rapide des modes de vie dans plusieurs pays a un impact clair sur le stress et les conditions liées à la santé mentale.

Le système de santé, comprenant la gouvernance, l'assurance de la qualité, la prestation de services, la réglementation sanitaire et les technologies médicales et la médecine, a besoin d'être largement renforcé dans presque tous les pays. Le financement de la santé est un nouveau problème majeur dans la Région. Dans les pays à faible revenu, la plupart des dépenses sont assumées par la population. Les pays à revenu moyen ont recours à une combinaison entre le secteur public et le secteur privé. Dans ces pays dans certains cas, il y a un surplus de personnel formé, comme les médecins par exemple. Dans les pays à revenu élevé, la majeure partie des dépenses de santé est prise en charge par le gouvernement. Le système d'information sanitaire doit être renforcé dans presque tous les pays. La situation concernant les soins infirmiers est plutôt sombre pour ce qui concerne le nombre suffisant de personnel dans les pays pauvres et la structure de leur carrière.

Ceci étant, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a identifié un certain nombre de domaines prioritaires dans sa collaboration avec les États Membres. Ces domaines ont été présentés en détail dans le budget programme pour la période 2004-2005 qui a été approuvé par le Comité régional de la Méditerranée orientale lors de sa 49e session au mois d'octobre 2002 (EM/RC/49/R.2). Ces priorités incluent les suivantes :

Protection et promotion de la santé

- La promotion et le développement de modes de vie sains par le biais de programmes tels que l'Initiative pour un monde sans tabac, les communautés-santé, les villages-santé et les villes-santé, les activités pratiques de santé scolaire, la santé des groupes particuliers et l'éducation sanitaire.
- Le renforcement des initiatives nationales et régionales visant à améliorer la situation nutritionnelle par la sensibilisation des individus et de la communauté et la lutte contre les carences en micronutriments.
- L'intégration des aspects relatifs à la promotion de la santé avec les approches cliniques à tous les niveaux du système de soins de santé, tels que dans l'exemple des initiatives régionales d'intégration, au niveau des soins de santé primaires, de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, de la lutte contre les maladies transmissibles et des activités de santé mentale.
- La promotion et le renforcement des initiatives dans le domaine de la salubrité de l'environnement, notamment celles qui concernent la salubrité et la sécurité de l'eau, l'évaluation de l'impact de l'environnement sur la santé, la sécurité sanitaire des aliments et les environnements sains pour les enfants et la mise en place d'activités intersectorielles dans ce domaine.

Développement communautaire

- S'attaquer aux déterminants sous-jacents de la santé et de la pauvreté en tant qu'éléments essentiels pour assurer le développement durable et des améliorations continues de la santé sur le long terme. Les initiatives communautaires telles que les besoins fondamentaux en matière de développement, les villes-santé et villages-santé et « la femme, la santé et le développement » comptent parmi les priorités adoptées par les pays. Dans toutes ces initiatives, un accent particulier a été mis sur le renforcement du rôle de la femme en tant qu'intervenant majeur dans la réalisation et le maintien des objectifs souhaités pour la santé et le développement.
- Les efforts déployés pour faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, visant à réduire de moitié le nombre de personnes vivant en situation d'extrême pauvreté d'ici l'an 2015. Ceci comprendra la mise en place de politiques et plans divers tels que les documents stratégiques pour la réduction de la pauvreté, afin de créer les conditions politiques, physiques et économiques favorables pour tous les segments de la population et de produire un impact positif sur la qualité de vie globale. Des efforts concertés sont déployés en ce moment pour mieux orienter les systèmes de santé sur les besoins des pauvres en accordant davantage d'attention à la promotion de la santé durant toute l'existence et en réduisant les inégalités dans la situation sanitaire.

Lutte contre la maladie

- Amélioration des profils épidémiologiques à l'aide de méthodes quantitatives telles que la charge de morbidité, les techniques d'évaluation et de prévisions. Des efforts devraient être effectués pour renforcer les capacités nationales et régionales pour les systèmes d'information nationaux et épidémiologiques par la mise en place de registres nationaux et infranationaux pour les problèmes de santé prioritaires. Il faudrait également s'efforcer de mettre à profit les études de recherche épidémiologique pour concevoir les politiques et les stratégies sanitaires. Les maladies prioritaires qui contribuent le plus à la charge de morbidité et qui sont en même temps susceptibles de répondre aux stratégies d'intervention seront identifiées.
- Approche intégrée des programmes de lutte contre les maladies transmissibles en garantissant un engagement politique, en intégrant les activités de lutte intersectorielles, en accélérant les activités de lutte spécifiques à des maladies et en mettant en place une synergie des processus gestionnaires.
  - Des ensembles de services essentiels pour la lutte contre les maladies prioritaires et des indicateurs pour surveiller et évaluer ces programmes seront en mis au point.
  - L'intégration des activités de lutte intersectorielles couvrira au minimum la surveillance des maladies transmissibles, la préparation aux

épidémies et la riposte, y compris la mise en place de systèmes d'alerte précoce et de surveillance, la lutte contre l'infection et l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens, le développement des ressources humaines intégrées, l'éducation pour la santé et le plaidoyer, la recherche opérationnelle.

- L'accélération des activités de lutte spécifiques à des maladies comprend le programme de vaccination, la lutte contre la tuberculose, la lutte contre le paludisme, la lutte contre le VIH/SIDA/les MST, et l'élimination et l'éradication de certaines maladies.

- Le maintien et le renforcement des programmes de vaccination, ciblant plus particulièrement les pays où la couverture vaccinale est faible et la certification de l'éradication de la poliomyélite pose problème. Le Bureau régional poursuivra sa politique visant à atteindre l'autosuffisance dans la production de vaccins.

- La prise en charge intégrée dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Une attention particulière sera accordée aux programmes d'assurance qualité et aux nouveaux besoins tels que les soins palliatifs pour les patients cancéreux et la santé des personnes âgées.

Développement des services et des systèmes de santé

- Promotion d'une culture de la réflexion stratégique dans la prise de décision, utilisant des politiques et stratégies reposant sur des données probantes, et mise au point de composantes importantes pour la fonction d'administration telle que la réglementation, la gestion du partenariat public-privé, la coordination, etc.

- Renforcement de la décentralisation des systèmes de santé par le renforcement des capacités et l'expertise technique, et soutien apporté au système de santé de district par l'institutionnalisation de l'approche de résolution des problèmes par l'équipe de district et la mise en place d'une gestion durable par les programmes d'efficacité de la gestion au niveau national.

- Amélioration de la qualité dans la prestation de services de santé par la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité continue basée sur les normes de qualité pour les individus, les services et les organisations, qui permettrait de mesurer la performance.

- Soutien aux initiatives d'accréditation, tels que les évaluations multidisciplinaires des fonctions de soins de santé, des organisations et des réseaux, en tant qu'approches importantes pour améliorer la qualité des structures de soins de santé

- Renforcement des systèmes d'information nationaux afin de fournir les données nécessaires sur les dépenses de santé, notamment sur les services privés, utilisation des enquêtes sur les dépenses des ménages et sur l'utilisation des services par les ménages ainsi que les analyses des comptes nationaux de la santé.

- Mise à l'essai du cadre de l'OMS et des instruments pour l'évaluation de la performance du système de santé et mise en place d'un observatoire au Bureau régional pour évaluer, gérer et suivre la réforme du secteur de la santé.
- Développement et décentralisation des activités de laboratoire, de la technologie de l'imagerie médicale, de la sécurité transfusionnelle et de la transfusion sanguine.
- Renforcement du programme des médicaments essentiels et garantie de l'utilisation des listes de médicaments essentiels par la plupart des pays tout en encourageant l'usage rationnel des médicaments et la médecine traditionnelle.
- Amélioration de la coordination du développement des ressources humaines et promotion de l'information pour les personnels de santé aux différents niveaux du système. Les efforts porteront principalement sur la mise en place d'approches novatrices pour le développement des ressources humaines, y compris la formation communautaire des personnels de santé.

Section 6

Programme stratégique : priorités définies en commun pour la coopération de l'OMS à Djibouti et avec Djibouti

6.1 Attentes des partenaires nationaux

En parallèle avec l'examen d'un grand nombre de documents (cf. annexe 1), dont notamment le plan national de développement sanitaire (2002-2011) et sa programmation à moyen terme (2002-2006) ainsi que le document sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, élaborés par la République de Djibouti et définissant les orientations, les priorités et les objectifs du pays dans le domaine de la santé, les membres de la mission ont rencontré les principaux partenaires au développement sanitaire du pays. Ils ont été reçus par le Ministre de la Santé entouré de ses proches collaborateurs ; le Ministre de l'Agriculture, de l'Élevage et la Mer, qui a en charge les ressources en eau ; le Ministre de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs et du Tourisme ; le Ministre de l'Habitat, de l'Urbanisme de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire, qui a en charge l'assainissement ; le Ministre de l'Éducation ; le Ministre de l'Économie, des Finances et de la Planification, chargé de la privatisation ; ainsi que par le Directeur du Cabinet du Premier ministre, et la Directrice du Cabinet de la Ministre déléguée chargée de la Promotion de la Femme, du Bien-être familial et des Affaires sociales.

De ces consultations avec les partenaires nationaux de l'OMS, il ressort les aspects suivants :

- l'approche globale du Gouvernement djiboutien au sujet du développement sanitaire du pays est exprimée de la manière la plus accomplie dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté ;
- l'existence, à tous les niveaux du système de santé, d'un personnel motivé et suffisant en quantité et qualité est considérée par tous comme une condition sine qua non du développement sanitaire du pays ;
- l'OMS doit prendre en compte dans son action de coopération les options majeures prises par le gouvernement telles la promotion du rôle de la femme dans le développement et la prise de décision ;
- quels que soient l'intérêt et l'utilité de la fixation de priorités pour la collaboration à moyen terme entre l'OMS et le Gouvernement djiboutien, le Représentant de l'OMS, en tant que conseiller technique du ministre de la Santé, doit rester préparé à apporter le soutien nécessaire au pays pour, d'une part, faire face aux situations d'urgence, et d'autre part, instaurer la santé pour tous, telle que définie dans la charte de l'Organisation et qui recouvre tous les éléments du bien-être ;
- l'OMS peut jouer un rôle utile dans la facilitation de l'action intersectorielle, notamment en matière de lutte contre le VIH/SIDA ; de protection de la santé des enfants et des adolescents ; de lutte contre la toxicomanie, tabagisme y compris ; et de promotion des initiatives communautaires, de l'hygiène et de la salubrité et l'environnement, et de la santé scolaire ;

- l'OMS peut également jouer un rôle important dans le plaidoyer pour accroître l'apport des partenaires internationaux au secteur de la santé et faciliter la coordination de cet apport ;
- une action spécifique de l'OMS est souhaitée dans les domaines de la mise en œuvre de la déclaration de Bamako, la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, la gestion des déchets générés par les unités de soins, et le renforcement de la sécurité sanitaire et des vigilances, y compris l'échange d'information sanitaire avec les pays frontaliers de Djibouti, membres de la Région africaine de l'OMS.

6.2 Stratégie de coopération à moyen terme

La présente stratégie de coopération couvre la période 2006-2011 et a pour horizon l'échéance du plan stratégique national 2002-2011. Elle reflète la vision de l'OMS sur les actions prioritaires susceptibles d'avoir un impact sur la réforme du secteur de la santé et le développement sanitaire à Djibouti.

Les principes clés qui ont présidé au choix des domaines prioritaires de coopération ont été, entre autres :

- le positionnement des interventions dans le secteur de la santé dans le contexte de la lutte contre la pauvreté ;
- la recherche de résultats tangibles de l'action de l'OMS et leur inscription dans une vision cohérente de moyen terme ;
- la prise en compte des interventions des autres partenaires au développement sanitaire du gouvernement.

Le maintien d'une certaine flexibilité pour pouvoir répondre aux nouveaux défis et nouveaux besoins du pays devrait pouvoir être pris en compte.

Les domaines prioritaires de la coopération ont été identifiés sur la base de l'analyse de situation qui a été résumée dans les chapitres précédents, et l'application d'un ensemble de critères. Ces domaines sont au nombre de cinq :

- réforme du secteur de la santé et mise en place d'un système de soins de santé primaires ;
- financement du système, y compris l'aide internationale ;
- développement des ressources humaines, et renforcement des compétences des personnels des formations sanitaires ;
- mise en œuvre d'une politique nationale du médicament essentiel de qualité et renforcement de l'usage rationnel du médicament ;
- appui au développement et mise en œuvre des programmes nationaux prioritaires et des services de santé de base, y compris la qualité des soins.

Pour chaque domaine prioritaire de coopération, les objectifs nationaux de réforme du secteur de la santé auxquels l'OMS doit contribuer ont été identifiés, ainsi que l'approche stratégique de l'intervention de l'OMS. Les approches stratégiques de la coopération définissent les paramètres qui guideront les actions spécifiques, la mobilisation et l'utilisation des ressources de l'OMS.

Le rôle et les responsabilités de l'OMS sont définis selon la classification suivante :

- appui direct à la mise en œuvre des programmes nationaux ;
- appui à l'adoption d'innovations techniques, l'adaptation des stratégies, l'élaboration de directives, y compris en vue du démarrage et de l'accélération de leur mise en oeuvre à grande échelle ;
- appui à la recherche-développement, l'expérimentation de politiques, l'évaluation de la performance du système de santé, l'anticipation des tendances du développement du secteur de la santé ;
- partage de l'information sur les options de politique de santé, les directives et normes, les bonnes pratiques, et plaidoyer en leur faveur ;
- fourniture de conseils spécifiques en matière de politique et d'avis techniques de haut niveau, susceptibles d'influencer l'action du gouvernement et des partenaires au développement, y compris dans un rôle d'intermédiaire et d'arbitre si nécessaire.

6.3 Domaines prioritaires de coopération

6.3.1 Réforme du secteur de la santé et mise en place du système de soins de santé primaires

Objectifs du gouvernement

- Donner au ministère de la Santé les moyens structurels et fonctionnels pour la mise en œuvre des orientations de la politique du gouvernement en matière de santé
- Restructurer la pyramide sanitaire pour la mise en place de services de santé intégrés, coordonnés et complémentaires et répondant à l'ensemble des besoins sanitaires de la population à chacun des trois niveaux du système de santé
- Améliorer la qualité des prestations de soins
- Faciliter et renforcer l'implication de la communauté dans la gestion des structures de santé

Approche stratégique de la coopération

- Contribuer à l'actualisation de la carte sanitaire comme outil de mise en place des soins de santé primaires, suivre et évaluer l'application des dispositions prévues dans la carte sanitaire
- Fournir l'appui technique à l'actualisation et la mise en œuvre effective du paquet minimum d'activités et du paquet complémentaire d'activités
- Promouvoir l'évaluation de la performance du système national de santé, conseiller le ministère sur le renforcement des performances du système national d'information sanitaire et son adaptation aux besoins de la gestion et la prise de décision
- Fournir un appui technique à l'assurance de la qualité de la prestation de soins, l'usage rationnel des médicaments essentiels sur la base des protocoles thérapeutiques préconisés, l'évaluation des performances des prestataires de soins, la promotion des systèmes

d'assurance de la qualité des services et des soins

- Aider le gouvernement dans la définition des approches pour promouvoir le rôle des ONG et des organisations associatives (surtout celles des femmes) dans la mise en œuvre des SSP, et la mise en place de mécanismes pour l'implication des communautés dans la gestion des services de santé, dans le cadre de l'initiative sur les besoins fondamentaux en matière de développement

6.3.2 Financement du système, y compris l'aide internationale

Objectifs du gouvernement

- Améliorer la quantité, l'affectation et la gestion des ressources financières publiques conformément aux objectifs de la politique sanitaire
- Réorienter l'aide internationale vers les objectifs prioritaires de la politique de santé

Approche stratégique de la coopération

- Aider le gouvernement dans la définition d'un système équitable de financement des services et des soins
- Conseiller les autorités sur les options et approches de mise en place de mécanismes de mutuelle et d'assurance-maladie, ainsi que de participation financière des bénéficiaires aux prestations de soins
- Aider à la mise en place des outils des comptes nationaux de la santé et de leur analyse pour appuyer une gestion décentralisée des allocations et des dépenses
- Aider les autorités dans la recherche d'une adéquation de l'aide au développement sanitaire par rapport aux objectifs nationaux, et l'analyse des approches stratégiques et des options techniques envisagées par les partenaires
- Créer les conditions d'une action coordonnée et d'une synergie renforcée parmi les partenaires au développement sanitaire

6.3.3 Développement des ressources humaines et renforcement des compétences des personnels des formations sanitaires

Objectifs du gouvernement

- Créer les préalables à la mise en œuvre d'une politique de développement des ressources humaines
- Améliorer les compétences du personnel soignant diplômé et non diplômé dans l'ensemble des formations sanitaires

Approche stratégique de la coopération

- Aider le gouvernement dans l'élaboration d'une politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé tout en considérant de nouvelles options comme la création d'agents de santé communautaires
- Aider le gouvernement dans la mise à jour du plan national de développement des ressources humaines pour la santé

- Contribuer à la révision des programmes de formation sur la base d'une définition préalable des compétences requises pour la mise en œuvre des soins de santé primaires
- Fournir un appui technique au développement et renforcement des capacités du Centre de Formation des Personnels de Santé
- Fournir un appui technique pour l'étude et la planification
- Contribuer à la formation continue du personnel soignant et non soignant et au recyclage du personnel médical non qualifié en vue de l'application effective du paquet minimum d'activités et de la gestion des services de santé
- Faciliter la mise en place de partenariats et d'échanges Sud-Sud

6.3.4 Mise en oeuvre d'une politique nationale du médicament essentiel de qualité et renforcement de l'usage rationnel du médicament

Objectifs du gouvernement

- Mettre en œuvre une politique nationale de médicaments essentiels de qualité
- Renforcer l'usage rationnel des médicaments essentiels génériques

Approche stratégique de la coopération

- Appuyer l'actualisation du document de politique pharmaceutique nationale et faciliter le consensus autour de cette politique
- Aider à la définition des procédures de contrôle de qualité des médicaments et à la mise en place d'un système d'assurance de qualité des médicaments
- Conseiller le gouvernement en vue de l'actualisation de la liste des médicaments et matériels essentiels conformément aux dispositions de la carte sanitaire, de la surveillance et l'évaluation de son application
- Conseiller le gouvernement en vue de la sensibilisation et la promotion d'une utilisation rationnelle des médicaments essentiels, et la promotion des médicaments génériques auprès des consommateurs, des prescripteurs et pharmaciens

6.3.5 Appui au développement et à la mise en œuvre des programmes nationaux prioritaires et des services de santé de base

Objectifs du gouvernement

Renforcer l'intégration et l'exécution des programmes nationaux prioritaires dans les services de santé de base

Approche stratégique de la coopération

Besoins fondamentaux en matière de développement (BDN)

- Étendre le programme BDN vers de nouveaux sites tout en maintenant :
  - l'appui à la communauté dans toutes les étapes du programme et le renforcement de ses capacités, notamment dans la gestion des projets ;

- l'équilibre entre les projets économiques et les projets sociaux.

- Renforcer l'organisation du programme et améliorer sa performance
- Élaborer des outils promotionnels et des outils de gestion
- Améliorer l'apport des programmes nationaux de santé et la collaboration multisectorielle ; créer un comité national multisectoriel
- Élaborer des programmes conjoints avec les différentes institutions des Nations Unies et les autres partenaires afin de renforcer le partenariat dans les sites BDN actuels et l'étendre à d'autres sites

Surveillance et maîtrise des épidémies

- Aider le ministère de la Santé à opérationnaliser l'unité de surveillance épidémiologique et d'alerte épidémique précoce ainsi qu'à renforcer la capacité centrale et celle des districts à contribuer au système de surveillance
- Renforcer le système d'alerte précoce par une implication effective et active de la communauté, la mise en place de sites sentinelles et le renforcement de la capacité des laboratoires dans le diagnostic des maladies
- Disposer rapidement de l'information complète sur les maladies transmissibles à haut potentiel épidémique
- Prévenir les épidémies par le renforcement des programmes nationaux de lutte et assurer une réponse adéquate et « à temps » aux flambées épidémiques
- Soutenir la mise en place d'un programme de lutte contre les zoonoses
- Collaborer à l'échelle sous-régionale pour prévenir les épidémies

Santé de la mère et de l'enfant

- Promouvoir et apporter un appui technique à l'analyse des facteurs de risque de mortalité maternelle et à l'actualisation des stratégies, approches et directives techniques
- Fournir un appui à l'évaluation de la prise en charge de la grossesse et des accouchements par les services de santé de base
- Promouvoir une approche intersectorielle de la lutte contre les mutilations sexuelles et contribuer à la sensibilisation des décideurs et de la population aux risques
- Conseiller sur la stratégie d'extension de la PCIME à l'ensemble du pays, sur l'adaptation des protocoles, la formation du personnel et la mobilisation communautaire

Programme élargi de Vaccination (PEV)

- Participer à la mise en œuvre, la micro-planification et l'évaluation du programme national PEV
- Soutenir le renforcement de la couverture vaccinale de routine
- Soutenir l'effort pour l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole et du tétanos
- Promouvoir l'introduction de nouveaux vaccins

- Promouvoir l'implication communautaire, l'information et la communication indispensables à la réalisation des objectifs du programme
- Aider à maintenir l'engagement continu des partenaires (appui technique et financier) par la coordination et le plaidoyer

Information, éducation et communication (IEC)

- Fournir un appui à l'analyse des études menées dans le cadre de différents programmes pour dégager les priorités en matière d'IEC
- Aider le ministère dans la vulgarisation d'outils visant le changement des comportements des groupes à risque
- Soutenir la mise en place des relais de prise en charge de la mobilisation sociale pour la santé
- Soutenir la mise en place de comités intersectoriels
- Renforcer les capacités en matière d'IEC

Santé scolaire

- Aider dans la définition des prestations essentielles des services de santé scolaire et leur articulation avec le système de santé de base
- Faciliter la mise en œuvre du plan d'action conjoint entre les ministères de la Santé et l'Éducation nationale
- Promouvoir la coopération Sud-Sud
- Former des responsables et des formateurs.

Tabagisme et toxicomanie

Conseiller le gouvernement en vue de la ratification de la Convention internationale pour la lute antitabac, et appuyer l'application de ses articles

Santé mentale

- Poursuivre le plaidoyer auprès des autorités pour une prise en compte de la santé mentale dans la politique nationale et son intégration dans les soins de santé de base, et auprès des partenaires en vue d'un appui concerté
- Aider les autorités dans le domaine de la surveillance, la prestation des soins et le renforcement des capacités des professionnels et des communautés en matière de santé mentale
- Fournir des conseils techniques en vue du développement des normes de soins et directives de prise en charge des pathologies psychiatriques majeures
- Soutenir la participation de la société civile au développement de la santé mentale

Maladies non transmissibles

Soutenir la mise en place d'un programme national de lutte contre les maladies non transmissibles

Vision et cécité

- Plaidoyer prioritaire pour l'intégration de la prévention et des soins dans les soins de santé primaires (SSP) et dans les soins de santé scolaire
- Faciliter la coopération internationale avec Djibouti dans le domaine

SIDA et infections sexuellement transmissibles

- Participer au renforcement de la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le cadre de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 »
- Contribuer à la mise à jour des stratégies et protocoles pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Renforcement de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles curables, y compris dans les structures sanitaires périphériques
- Renforcement de la surveillance épidémiologique et mise en place de sites sentinelles.

Tuberculose

- Poursuivre l'appui à la planification, la gestion du programme, la surveillance et l'évaluation du programme national de lutte contre la tuberculose dans le cadre des soins de base
- Aider les autorités dans l'amélioration de la couverture et la qualité des services de lutte contre la tuberculose, et renforcement des capacités du personnel et de l'implication des communautés
- Conseiller les autorités en matière d'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose
- Aider à la mobilisation des ressources financières

Paludisme

- Poursuivre le plaidoyer et le soutien au processus de développement de la stratégie multisectorielle de lutte intégrée contre les vecteurs
- Créer les opportunités et soutenir les propositions de Djibouti soumises au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et au Fonds mondial pour l'environnement
- Apporter un soutien à la planification stratégique, la formation, la supervision, la surveillance et l'évaluation
- Fournir un appui aux études nécessaires à la mise à jour des guides pour la prise en charge et la lutte antivectorielle
- Apporter un soutien au renforcement du rôle et de la participation de Djibouti au réseau HANMAT

Environnement et santé

- Contribuer à la mise à jour des politiques, des normes et des guides ainsi qu'à la formation du personnel et la mobilisation des ressources pour promouvoir l'hygiène et la salubrité de l'environnement (particulièrement en matière d'évaluation des risques pour la santé, de surveillance et du contrôle de la qualité de l'eau, de réutilisation sûre des eaux usées, de contrôle de la qualité des aliments et de gestion des déchets des établissements de soins)
- Faciliter la coordination intersectorielle indispensable pour assurer la synergie de l'action des différents partenaires

- Promouvoir les villes et villages-santé
- Soutenir la formation des inspecteurs sanitaires

Nutrition

- Faciliter les évaluations de la situation et l'établissement d'une surveillance nutritionnelle nationale en vue d'améliorer la réponse du système de santé en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition
- Contribuer au développement d'une stratégie nationale, l'accent étant mis sur les groupes vulnérables, et à sa mise en œuvre intégrée aux SSP et à l'éducation sanitaire
- Apporter un appui technique au développement de guides pratiques et à la formation des personnels de santé
- Soutenir le partenariat et une approche nationale multisectorielle pour la nutrition et la sécurité alimentaire

Urgences

Fournir une assistance au développement et à la mise en œuvre d'un plan d'action pour la préparation aux urgences sanitaires

Section 7

Mise en œuvre du programme stratégique: implications pour le Secrétariat de l'OMS, le suivi et l'action à chacun des niveaux de l'Organisation

En dépit des améliorations récentes dans le système de santé à Djibouti à travers le projet de la réforme sanitaire et la redynamisation de l'assistance financière bilatérale, des faiblesses importantes persistent, notamment en matière de planification, de suivi et d'évaluation, et de ressources humaines qualifiées à tous les niveaux du système, plus particulièrement dans la gestion sanitaire et la santé publique. Ceci a des implications sur le mode de fonctionnement ainsi que sur le rôle de l'OMS à Djibouti face à une demande plus importante qu'ailleurs pour un appui technique et un suivi plus rapproché des activités nationales.

7.1 Implications pour le Bureau de pays

Un accent particulier doit être mis le plus tôt possible sur la restructuration du Bureau du Représentant en termes de renforcement de son cadre technique permanent. En effet, il est très difficile de répondre efficacement en même temps aux besoins du ministère de la Santé, aux défis sanitaires dans des conditions générales qui sont déjà difficiles et au besoin d'aider et de renforcer le partenariat international et de mobiliser des fonds, sans le recrutement d'un médecin de santé publique, fonctionnaire international de l'OMS, pour épauler en permanence le Représentant.

De même, le bon déroulement de la mise en œuvre de la CCS restera tributaire de la capacité du Bureau du Représentant de l'OMS de renforcer sa coopération avec les partenaires internationaux en vue de mobiliser des fonds extrabudgétaires. Une action soutenue d'information et de communication sur le rôle de l'OMS et ses réalisations ainsi que la mise en évidence de l'avantage comparatif de l'OMS en terme d'expertise et de sa contribution à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement sont nécessaires. La contribution de l'information, la communication et l'éducation pour la santé pour mener à bien les programmes proposés dans le cadre de cette stratégie est essentielle. Il est donc nécessaire de renforcer le bureau de l'OMS par un professionnel de communication et d'éducation en matière de santé, tout au plus dans un premier temps.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la CCS requiert le développement d'une masse critique de personnel technique à affecter au Bureau en appui spécifique aux programmes nationaux. Un renforcement permanent est nécessaire dans un premier temps dans les domaines suivants :

- le développement du système de santé, pour encadrer la mise en œuvre des stratégies de réforme du système de santé qui concernent le financement, le système d'information sanitaire ainsi que les soins de santé de base ;
- la santé maternelle et infantile ;
- l'épidémiologie et la lutte contre les maladies transmissibles.

Pour assurer un meilleur déroulement des opérations du Bureau de l'OMS et une bonne organisation du travail, un

renforcement de l'administration et du personnel général est également à prévoir. Le personnel est amené dans le cadre très spécifique des opérations à Djibouti à assurer des supervisions fréquentes sur le terrain et avoir une implication directe dans la mise en œuvre des activités nationales. Les besoins en moyens logistiques et de transport doivent être satisfaits.

7.2 Implications pour le Bureau régional et le Siège

L'utilisation essentiellement de la langue anglaise par le Bureau régional et le Siège pose un sérieux problème pour la communication et la diffusion des messages de l'OMS ainsi que des documents stratégiques et techniques. Il est donc nécessaire de trouver au cours de la période de mise en œuvre de la présente stratégie les moyens nécessaires pour subvenir au besoin de communiquer en langue appropriée pour Djibouti, notamment le français. Ceci nécessite que le Bureau régional, ainsi que le Siège, exercent tout effort possible pour communiquer le courrier officiel et les documents et rapports techniques au Bureau du Représentant de l'OMS en langue française.

Annexe 1
Autres documents consultés

Stratégie de mobilisation sociale intégrée en matière de santé. Ministère de la Santé, octobre 2004

« Priorité Santé » No 2, Newsletter. Ministère de la Santé, septembre 2004 Mission d'appui à la mise en œuvre du DSRP. Djibouti, Rapport d'un consultant, projet DJI/003/001-PNUD/DAES-NU, juin 2004

Protracted Relief and Recovery Operation (PRRO). World Food Programme, Djibouti, juin 2004

Les deux programmes d'appui du PNUD 2003 à 2007 – Retraite SNU à Moucha, Djibouti, PNUD Djibouti, mai 2004

Santé et environnement – Coordination des interventions en milieu rural à Djibouti. Djibouti, Ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire et Ministère de la Santé, avril 2004

Rapport Annuel du Coordinateur Résident 2003, PNUD, Djibouti, janvier 2004

Plan d'action 2004 sur la Stratégie PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant). Djibouti, Ministère de la Santé

Résumé des interventions des partenaires dans le secteur Santé en République de Djibouti, janvier 2004

Rapport mondial sur le développement humain, PNUD 2004

Annual Report for 2003 Djibouti WHO Country Office. WHO Representative Office Djibouti, 2004

UNICEF. Action Plan 2004, non daté Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (synthèse), République de Djibouti, décembre 2003

Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille, PAPFAM, mai 2003

Enquête Djiboutienne auprès des Ménages - Indicateurs Sociaux. 2002-EDAM-2IS - Draft, décembre 2002

Document de la table ronde des partenaires au développement. PNUD - Mise en œuvre de la Stratégie nationale d'intégration de la femme dans le développement - Ministère délégué auprès du Premier ministre, chargé de la promotion de la Femme, du Bien-Être Familial et des Affaires Sociales, novembre 2002

Stratégie nationale d'Intégration de la Femme dans le Développement. SNIFD-PNUD. Ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé de la promotion de la Femme, du Bien-Être Familial et des Affaires Sociales, novembre 2002

Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. Djibouti 2003-2007. UNDAF Djibouti, juillet 2002

Code de la Famille, Loi No 152/AN/02/4e L promulguée le 31 janvier 2002

Plan national de développement sanitaire, 2002-2011. Ministère de la Santé, décembre 2001

Plan national de développement sanitaire. Programmation à moyen terme, 2002-2006. Ministère de la Santé, décembre 2001

Politique et organisation du système de santé. Ministère de la Santé, décembre 2001

Propositions pour la réforme du système de santé. Ministère de la Santé, décembre 2001

Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement à Djibouti. Ministère des Affaires étrangères, décembre 2001

Plan d'action national pour l'environnement 2001-2010. Direction de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire, décembre 2001

Analyse du secteur de la santé, CREDES, août 2001

Schéma directeur et Plan d'action 2001-2005. Table ronde sectorielle sur l'éducation des partenaires techniques et financiers, Djibouti, octobre 2000

Centre de recherche, d'information et production de l'Éducation nationale (CRIPEN), Direction Générale de la Pédagogie, Ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement Supérieur, non daté

Statement of Work USAID/Djibouti. Special objective: Expanded Coverage of Essential Health Services (undated)

Annexe 2

Méthodologie utilisée pour le choix des axes prioritaires de la coopération entre l'OMS et le Gouvernement djiboutien

Afin de définir les axes prioritaires de la stratégie de coopération de pays ou CCS entre l'OMS et le Gouvernement djiboutien, tel que décrits dans la section 6 du présent document, la mission a pris comme point de départ les objectifs et axes stratégiques qui figurent dans le plan national de développement sanitaire, 2002-2011, finalisé par le ministère de la Santé en décembre 2001.

Les membres de la mission ont donc considéré chacun des objectifs retenus dans ce plan et ont utilisé l'approche suivante pour juger de la possible contribution de l'OMS à sa réalisation en tenant compte des critères proposés pour la sélection des axes stratégiques d'intervention de l'OMS, à savoir :

1. Pertinence du choix du domaine par rapport aux besoins/défis du pays
2. Pertinence par rapport aux priorités de l'OMS
3. Faisabilité de l'intervention
4. Effet de l'intervention dans l'amélioration de l'état de santé des populations, surtout les plus pauvres
5. Avantage/capacité réels et potentiels de l'OMS à soutenir le domaine d'intervention (capacité organisationnelle, disponibilité et capacité des ressources humaines, disponibilité des ressources financières)
6. Existence d'opportunités pour des partenariats nouveaux ou renforcés dans le cadre de la mobilisation des ressources.

Dans un premier stade, chacun des membres de l'équipe a noté chacun des objectifs figurant dans le plan national de développement sanitaire en attribuant une note comprise entre 1 et 5, croissante avec le degré de priorité ressenti. Les notes des membres de l'équipe ont ensuite été consolidées et une note finale, également comprise entre 1 et 5, a été attribuée par consensus en tenant compte :

- de l'expérience du Bureau de l'OMS à Djibouti et du ministère de la Santé ;
- des attentes des partenaires nationaux ;
- des documents consultés par la mission, avec une attention particulière au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Les objectifs pour lesquels la note attribuée par consensus des membres de la mission était égale ou supérieure à trois ont été retenus pour la définition d'actions de coopération OMS-Gouvernement djiboutien.

Par la suite, les axes stratégiques figurant sous chacun de objectifs retenus ont été examinés à leur tour dans le même souci ; quand cela a été juge nécessaire, des axes stratégiques ont été regroupés de manière à rendre plus cohérente une action possible.

Enfin les actions proposées pour la coopération entre l'OMS et le Gouvernement djiboutien ont été formulées dans le but d'indiquer le type d'action nécessaire et les fonctions impliquées en utilisant la codification définie dans le cadre de la CCS (cf. fin de la section 6.2).

Annexe 3

Participants à le mission CCS à Djibouti

Dr Jihane Tawilah
Représentant de l'OMS
Djibouti

Dr Khanh Nguyen
Responsable de la planification
Planification, coordination des ressources et suivi des résultats
Siège de l'OMS

Dr Houssain Abouzaid, Coordonnateur
Programme Environnement sain
Bureau régional de la Méditerranée orientale

Dr Nabil Kronfol
Consultant à court terme
Djibouti

Dr Saleh Banoita Tourab
Consultant national

M. Abdourahman Aboubaker
Consultant national