

# PROJET ARIVA

APPUI REGIONAL A L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE

UNION EUROPEENNE

**ETUDE SUR LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE  
ET LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES  
AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL  
DANS 11 PAYS D'AFRIQUE**

Projet n° 8 ACP ROC 039 / TPS 096

Contrat n° 005/2002/MEF/ARIVA

## **Synthèse Générale**

**PROJET ARIVA**  
APPUI REGIONAL A L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE

**UNION EUROPEENNE**

**ETUDE SUR LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE  
ET LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES  
AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL  
DANS 11 PAYS D'AFRIQUE**

Projet n° 8 ACP ROC 039 / TPS 096

Contrat n° 005/2002/MEF/ARIVA

**Synthèse générale**

**Document préparé par :**

Michel ETCHEPARE, médecin de santé publique, Chef de mission,  
Christophe PENICAUD, économiste / planificateur,  
Michel COUDRAY, médecin de santé publique,  
Amadou SYLLAH, médecin de santé publique,  
Bassirou JOHNSON, médecin épidémiologiste, Sénégal,  
Bénédicte MOULIN, socio-économiste,  
Cheikh Oumar COULIBALY, médecin de santé publique,  
Maria de Lourdes SILVA MONTEIRO, médecin de santé publique,

**Avec la participation des experts de la Cellule d'Appui Technique Régionale :**

Mahamane HAMIDINE, médecin de santé publique, Coordonnateur,  
Cassien NDIKUMANA, médecin de santé publique, Coordonnateur Adjoint,  
Alexis Maleyo-SATOULOU, économiste de la santé,  
Arona DIALLO, Administrateur /Gestionnaire

## REMERCIEMENTS

Les consultants remercient les autorités des ministères de la Santé Publique et celles des ministères des Finances pour la disponibilité, l'ouverture d'esprit et l'accueil que lui ont réservés les différents responsables rencontrés dans les 11 pays visités : Bénin, Burkina Faso, Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad et Togo.

Ils remercient aussi les responsables des partenaires rencontrés, et en particulier des représentations de l'OMS et de l'UNICEF dans les pays visités, ainsi que des bureaux régionaux de ces deux institutions, respectivement à Abidjan et Dakar.

Ils remercient les experts des Délégations de la Commission européenne dans les pays visités, ainsi que ceux du Siège de la Commission européenne à Bruxelles.

Ils remercient enfin la Cellule d'Appui Technique Régionale du Projet ARIVA à Ouagadougou pour toute l'assistance qu'elle leur a apportée sur la mission.

---

*Les opinions et conclusions de ce document n'engagent que les consultants. Elles ne reflètent pas nécessairement les positions (i) des ministères de la Santé Publique et les ministères des Finances dans les 11 pays visités, (ii) de la Commission européenne et des partenaires, (iii) du projet ARIVA, (iv) des institutions affiliées et (v) des personnes agissant pour leur compte.*

## Afrique de l'Ouest et Tchad



# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>OPERATIONAL SUMMARY .....</b>   | <b>i</b>  |
| <b>RESUME OPERATIONNEL .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>I. INTRODUCTION .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>III. INVENTAIRE CRITIQUE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA SURVEILLANCE<br/>EPIDEMIOLOGIQUE ET DU CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES.....</b>      | <b>7</b>  |
| <b>IV. RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE LA SECMT AU NIVEAU<br/>REGIONAL ET NATIONAL .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>IV.1. Eléments fondamentaux de la réflexion .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>IV.2. Les hypothèses de travail issues de l'étude.....</b>  | <b>10</b> |
| IV.2.1. <u>Les mécanismes et structures techniques sous-régionaux d'appui</u> .....  | 11        |
| - <i>L'accessibilité à un fonds régional très flexible de lutte contre les épidémies et la<br/>coordination technique et financière.....</i>         | 11        |
| - <i>La disponibilité de ressources humaines qualifiées et l'échange des données épidémiologiques.....</i>   | 14        |
| - <i>Une mobilisation efficiente de médicaments, vaccins, consommables et matériels, notamment<br/>pour la riposte .....</i>                         | 14        |
| - <i>Le renforcement des réseaux nationaux de laboratoires et contrôle régional de qualité.....</i>  | 14        |
| - <i>Le renforcement de la maintenance .....</i>   | 15        |
| - <i>Le renforcement des réseaux de communication .....</i>  | 15        |
| IV.2.2. <u>L'ancrage au niveau des pays</u> .....  | 15        |
| - <i>Proposition 1 : Ancre par sites sélectionnés par chaque pays selon divers critères.....</i>   | 15        |
| - <i>Proposition 2 : Ancre par zones épidémiologiques transfrontalières.....</i>   | 16        |
| - <i>Proposition 3 : Ancre par systèmes nationaux.....</i>   | 16        |
| - <i>Proposition 4 : Ancre par sites sélectionnés par les pays de la sous-région selon des critères<br/>épidémiologiques.....</i>                    | 16        |
| <b>IV.3. Les propositions issues de l'atelier technique (Ouagadougou, mars 2004).....</b>  | <b>16</b> |
| IV.3.1. <u>Présentation systémique du mécanisme régional de veille et de riposte</u> .....   | 17        |
| - <i>Au niveau régional .....</i>  | 17        |
| - <i>Au niveau des pays .....</i>  | 19        |
| IV.3.2. <u>Présentation organisationnelle et de financement du mécanisme régional de veille et de riposte</u> .....                                  | 22        |
| - <i>Justification.....</i>  | 22        |
| - <i>Objectifs .....</i>   | 22        |
| - <i>Fonds Régional - Mécanisme.....</i>   | 22        |
| - <i>Ressources et emplois du Fonds Régional .....</i>   | 26        |
| - <i>Procédures de constitution du Fonds Régional .....</i>  | 26        |
| - <i>Modalités et conditions .....</i>   | 27        |
| - <i>Avantages et risques .....</i>  | 27        |
| - <i>Conditions de participation .....</i>   | 28        |
| - <i>Conditions d'utilisation .....</i>  | 28        |
| - <i>Cellule de Veille et de Riposte - Rôle .....</i>  | 29        |
| - <i>Exécutif – Pilotage – Partenaires .....</i>   | 30        |
| - <i>Pré requis .....</i>  | 30        |
| - <i>Principes du système proposé .....</i>  | 30        |
| - <i>Critères d'éligibilité .....</i>  | 30        |
| - <i>Hypothèses .....</i>  | 30        |
| - <i>Rôle de l'aide extérieure .....</i>   | 31        |
| - <i>Postes financés par l'aide extérieure.....</i>  | 31        |
| - <i>Phases de mise en œuvre .....</i>   | 31        |
| <b>IV.4. Les recommandations faites par les représentants des onze pays à l'issue<br/>de l'atelier de restitution (Ouagadougou, mars 2004) .....</b> | <b>31</b> |
| <b>IV.5. Les décisions retenues lors de la 6<sup>ème</sup> Réunion Inter Pays (Cotonou, avril 2004).....</b>   | <b>32</b> |
| <b>V. CONCLUSION.....</b>  | <b>34</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ANNEXES</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>Annexe 1 :</b> Présentation synthétique des termes de référence de l'étude régionale sur la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles : objectifs, principes méthodologiques et résultats attendus..... | 37        |
| <b>Annexe 2 :</b> Contexte et méthodologie de l'étude .....  | 41        |
| <b>Annexe 3 :</b> Importance du problème des maladies à potentiel épidémique .....   | 44        |
| <b>Annexe 4 :</b> Inventaire critique de la situation actuelle de la surveillance épidémiologique et du contrôle des maladies transmissibles .....   | 50        |
| <b>Annexe 5 :</b> Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad .....   | 75        |
| <b>Annexe 6 :</b> Indicateurs de PNB et de population de pays d'Afrique Sub-saharienne .....   | 81        |
| <b>Annexe 7 :</b> Acteurs sous-régionaux et internationaux (ayant été impliqués, impliqués ou émergents) dans le domaine de la Surveillance et le contrôle des maladies transmissibles .....                             | 83        |
| <b>Annexe 8 :</b> Recommandations pour le renforcement de la SECMT au niveau régional et national.....   | 85        |
| <b>Annexe 9 :</b> Rappel du dispositif de financement actuel du PEV de routine.....  | 97        |
| <b>Annexe 10 :</b> Fourniture de vaccins, Note de travail, ReMeD, mars 2004.....   | 98        |
| <b>Annexe 11 :</b> Phases de mise en œuvre .....   | 103       |
| <b>Annexe 12 :</b> Organisation et financement du mécanisme régional de veille et de riposte, Fiche de résultat des débats lors de la 6 <sup>ème</sup> RIP - Cotonou, 5-7 avril 2004.....                                | 105       |
| <b>Annexe 13 :</b> Fiche d'analyse du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9 <sup>ème</sup> FED, par rapport aux résultats directeurs de la présente étude .....                                  | 109       |
| <b>Annexe 14 :</b> Cadre logique .....   | 121       |

## **Liste des tableaux**

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tableau 1 : | Niveau d'élaboration des Plans stratégiques SIMR mis en œuvre par l'OMS .....   | 7  |
| Tableau 2 : | Synthèse de la situation en matière de SECMT dans les 11 pays étudiés .....   | 8  |
| Tableau 3 : | Principaux organismes et/ou projets continuant à être impliqués en 2004<br>dans la SECMT, avec leur couverture géographique ..... | 9  |
| Tableau 4 : | Présentation synthétique des prestations de la structure sous-régionale<br>au bénéfice des pays .....                             | 20 |

## **Liste des schémas**

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Schéma 1 : | Hypothèses de points d'ancrage au niveau national .....   | 13 |
| Schéma 2 : | Schéma organisationnel de veille épidémiologique et de déclenchement<br>de la riposte (PVER) au niveau régional ..... | 17 |
| Schéma 3 : | Coordination sous-régionale .....   | 18 |
| Schéma 4 : | Articulation entre les niveaux nationaux et régionaux .....   | 21 |
| Schéma 5 : | Mécanisme de fonctionnement du Fonds Régional (exemple) .....   | 24 |

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

|         |   |
|---------|---|
| ACAME   | Association des Centrales d'Achat de Médicaments Essentiels   |
| AMP     | Association pour l'Aide à la Médecine Préventive  |
| ARIVA   | Appui au Renforcement de l'Indépendance Vaccinale en Afrique  |
| ARIVAS  | Appui au Renforcement de l'Indépendance Vaccinale en Afrique Sahélienne   |
| ASURE   | Projet d'appui technique au renforcement de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les épidémies en Afrique de l'Ouest |
| BASICS  | Basic Support for Institutionalizing Child Survival   |
| BEL     | Bulletin Epidémiologique de Liaison   |
| BM      | Banque Mondiale   |
| CATR    | Cellule d'Appui Technique Régionale   |
| CCIA    | Comité de Coordination Inter Agences  |
| CEDAO   | Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest   |
| CE      | Commission Européenne   |
| CEMAC   | Communauté Economique et monétaire de l'Afrique Centrale  |
| CSLP    | Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté   |
| CPR     | Comité de Pilotage Régional   |
| CVR     | Cellule de Veille et de Riposte   |
| DAF     | Direction Administrative et Financière  |
| ECHO    | European Community Humanitarian Office  |
| EPIGEPS | Epidémiologie et gestion des programmes de santé  |
| EPIVAC  | Epidémiologie et Vaccinologie   |
| FED     | Fonds Européen de Développement   |
| FNUAP   | Fonds des Nations Unies pour la Population  |
| FR      | Fonds Regional  |
| GAVI    | Global Alliance for Vaccines and Immunization   |
| ICG     | Groupe de Coordination International  |
| IDEA    | Institut pour le Développement de l'Epidémiologie Appliquée   |
| IDSR    | Integrated Disease Surveillance and Response  |
| IIV     | Initiative pour l'Indépendance Vaccinale  |
| IPC/EMC | Equipe technique sous régionale OMS   |
| JNV     | Journée Nationale de Vaccination  |
| LNR     | Laboratoire National de Référence   |
| MAEP    | Mécanisme Africain d'Evaluation par les Pairs   |
| MAPE    | Maladies à Potentiel Epidémique   |
| MF      | Ministère des Finances  |
| MSP     | Ministère de la Santé Publique  |
| OCCGE   | Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies  |
| OMS     | Organisation Mondiale de la Santé   |
| OOAS    | Organisation Ouest Africaine de la Santé  |
| PAS     | Programme d'Ajustement Structurel   |
| PASEI   | Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée   |
| PCIME   | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance  |
| PEV     | Programme Elargi de Vaccination   |
| PFA     | Paralysie Flasque Aiguë   |
| PNDS    | Programme National de Développement Sanitaire   |
| PPTE    | Pays Pauvres Très Endettés  |
| PRSAO   | Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9 <sup>ème</sup> FED  |
| RAC     | Réseau Autonome de Communication  |
| ReMed   | Réseau Médicaments et Développement   |
| RH      | Ressources Humaines   |
| RIP     | Réunion Inter Pays  |
| SD-SNIS | Schéma Directeur- Système National d'Information Sanitaire  |
| SE      | Surveillance Epidémiologique  |
| SECMT   | Surveillance Epidémiologique et Contrôle des Maladies Transmissibles  |
| SFVR    | Structure Focale de Veille et de Riposte (au niveau central)  |
| SIMR    | Surveillance Intégrée des Maladies et Réponse aux épidémies   |
| SNIS    | Système National d'Information Sanitaire  |
| SSRIS   | Système Sous Régional d'Informations Sanitaires   |
| UEMOA   | Union Economique et Monétaire Ouest Africaine   |
| UNICEF  | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  |
| UNIPAC  | United Nation Packing   |

# OPERATIONAL SUMMARY

## I. PRESENTATION OF THE STUDY

Communicable diseases represent the principle cause of morbidity and mortality sub-Saharan. This fact has prompted the European Commission (CE) to finance the following study, which general objective is to provide the technical, organisational, and administrative elements to support the implementation and the strengthening of a surveillance system and an effective control of communicable diseases at national and regional level. The cornerstone of the partnership was a strong partnership with all institutions and organisations already involved in the field. This study which adheres to the 5<sup>th</sup> ARIVA objective has already been undertaken in cooperation with the 11 countries: Benin, Burkina Faso, Gambia, Guinea Bissau, Guinea Conakry, Mali, Mauritania, Niger, Senegal, Chad and Togo.

The study, which was undertaken in October 2002, was in cooperation with the member countries and partners, among others the WHO. A technical workshop, followed by a feedback session for the representatives of the 11 member countries, took place in Ouagadougou in March 2004. All the works were presented during the Inter-Country meeting in Cotonou in April 2004. From the debates, a consensus was reached on all fundamental elements of the envisaged plan of action.

## II. CRITICAL BREAKDOWN OF THE CURRENT SITUATION IN REGARDS TO THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND CONTROL OF COMMUNICABLE ILLNESSES (SECMT)

The study revealed or confirmed the following findings:

- Poor functioning of national health information systems,
- The difficulties of financing the implementation of the SMIR Plan,
- Weakness in the national network of laboratories,
- Shortages in urgent vaccine stocks, drugs, reactive, and consumables to ensure a rapid response,
- A significant shortage of maintenance equipment,
- Absence of operational mechanisms to coordinate sub-regional institutions for a response to epidemics.

These SECMT shortages may be attributed to two main problems characterising health systems.

- Weakness (quantitative and/or qualitative) of financial, human, and material resources, compounded by limited State support, which cannot be compensated by exterior partners,
- Dysfunctional national management and mapping of financial, human, and material resources.

Since 1996, a sub-regional consensus was reached on a diagnosis of the situation, which gave rise to relevant corrective strategic measures. Since then, albeit fragmented and localised strides can be observed, the length and the change in scale constitute problems due to the following factors:

## III. RECOMMENDATION FOR THE STRENGTHENING OF THE SECMT AT NATIONAL LEVEL

### III.1. Fundamental elements that were mooted

The deliberations adhered to certain criteria:

- Implementation of an innovative and autonomous system to counter the regional institutional void prevailing,
- Strengthening of national and regional structures and an enhancement in articulation between neighbouring countries,
- Respect of State sovereignty while fostering regional cooperation,
- Enhancing synergies between organisations and partners,
- Respect of the decisions ensuing from the 1996 Protocol on Cooperation and the WAEMU recommendations,
- Value the existing national and regional resources,

- **Regional approach** favoured by the EC, notwithstanding that input at national level in terms of health will henceforth go through direct budget lines,
- The finding that: (i) information should be strengthened at national level, while an analysis coordinated at regional level, (ii) a response often exceed national capacities, thus this aspect should be foregrounded in the proposals made in the framework of the sub-regional project.

These proposals built not only on the precedent initiatives, fruitful or not, but also on the evolving context (new foreign aid mechanisms, change of actors along with the emergence of new initiatives, development of rapid communication networks) etc.

### III.2. Hypotheses resulting from the study

Consensus has been reached on the points mooted during preceding sub-regional workshops by all actors involved in the study.

- The necessity for implementing mechanisms and sub-regional support structures, aiming at enhancing proximity, flexibility and quick response capacity with respect to: (i) financing, (ii) human resources (experts and training), (iii) reference laboratories (quality control, support to the diagnosis), (iv) ample stocks of pharmaceutical drugs, vaccines and consumables, (v) maintenance, (vi) epidemiological and exchange information.
- The need for a sub-regional coordination entity, central spokesman ensuring (i) the synergy between support structure, (ii) the links between the countries, (iii) the management, monitoring and evaluation (technical and financial) of sub-regional actions and funds (stemming from various sources) and made available for this effect.

It is noteworthy that various actors have emphasised that if a sub-regional support is relevant, the performance of national systems must on the other hand be enhanced. Furthermore, each State's commitment must be substantially increased.

Granting sub-regional support in countries gives rise to a debate. Four approaches seem possible and not mutually exclusive:

- Strengthening of each national system around central SECMT Directors, to pursue the efforts undertaken
- Direct support to the network of sites from peripheral regions in each country, selected by those in charge at national level on establishing performance and risk epidemic criteria.
- Strengthening large epidemiological zones covering several countries, known for their vulnerability to recurring epidemics
- Strengthening of more restrained bordering epidemiological zones, defined by a sub-regional consensus, known for their vulnerability to recurring epidemics.

The study has enabled to tune into the needs and argue, that a number of regional actors, which are likely to play a reference role have been proposed by all spokesmen of the 11 countries.

### III.3. Proposals made at the end of technical workshops (Ouagadougou, March 2004)

#### III.3.1. Presentation of the workings of the regional monitoring and response mechanism

The general plan for the regional epidemiological monitoring project and response is presented on page 17, 18, 20.

By strengthening the pool of sub-regional experts of member countries, this mechanism purports at the same time to strengthen national alert and response systems to which they belong.

Among the four hypotheses..... at national level, the participants in the technical workshop have prioritised a technical support and in co-financing, limited bordering sites, identified on basis of epidemiological criteria (recurrent outbreaks, specific vulnerability) by a group of countries concerned.

Apart from its own technical interest, this means of support enables the trans-bordering dimension to be taken into account, as advocated by sub-regional institutions (such as the OOAS or the WAEMU) and bi or multilateral partners.

### III.3.2. Presentation on the organisational and financing aspects of the regional monitoring and response mechanism

Summing up the main dysfunctional aspects of the management of epidemic outbreaks:

- Lack of national capacity to quickly assess the needs for responding to epidemics and take the subsequent adequate organisational measures,
- Shortage, or lack of financial or physical resources responding to urgent needs,
- Slowness in gathering the required resources (lack of fast disbursement procedures), leading to financial overburdening due to spread of the epidemic outbreaks,
- Drawing from the vaccine stock pertaining to the EPI routine stocks to deal with the needs arising from the epidemics, and hence rendering the routine EPI fragile,
- Lack of rapid procurement procedures among pre-identified suppliers (or pre-contractors),
- Lack of national means for the monitoring and response (human and material resources).

The following proposal is based on:

- The need to place resources at regional level, aiming to strengthening national capacities, or the implementation of a regional funds (FR) and a Monitoring and Response Unit (CVR).

The Regional Fund purports to supply member countries:

- An advance in treasury for acquiring the necessary input for the treatment of the epidemic, while still in its initial phase. This advance is limited to a drawing right established according the initial contribution of the State and is reimbursable by defer payment (6 months for example) and with an interest rate applicable when the defer payment expires. Exceptionally, a credit can be granted according to the magnitude of the risk and resources available.
- Necessary funds for developing a monitoring and response system (mainly human resources).

The Monitoring and Response Unit has following objectives:

- Management of the FR,
- Provide a specific technical assistance (gather regional experts; procurement of vaccines and consumables, organisation of the logistic aspect, verifying reports on alert and end of the epidemic, implementation of a regional training and research plan.

The report present:

- General FR mechanisms
- Use of the FR and its resources
- FR procedures and how the FR has been drawn
- Methods and conditionalities
- Its advantages and implications for the country, bordering countries, the sub-region, foreign aid, and fort the vaccine and consumable suppliers
- Conditions for participation and using the FR
- Type of expertise that can mobilised
- The role and composition of the CVR
- The prerequisites required for becoming member with respect to minimum reactive norms
- National resources, respect of sovereignty, but mutual « right to observe » (MAEP), support to strengthening capacities and non substitutions, structuring of the surveillance system, buttressed in synergy with sub-regional organisations/institutions
- Securing operations by (i) separating the roles at the CVR level, (ii) audits, (iii) reports on the alert and end of the epidemics
- the implementation phases.

### III.4. **The recommendations made by the representatives from the 11 countries at the end of feedback workshop (Ouagadougou, March 2004)**

The diagnosis made by the consultants from the 11 countries has been approved « Debates, a consensus has been reached for the following points:

- 1 Need to support the national epidemiological surveillance systems resulting from the study's diagnosis that has been done in the 11 member countries. This support will enhance the performance of the above-stated systems.

- 2 The CATR / FED ARIVA Project has obtained recognition in the countries of the sub-region for its excellent work. The countries recommend that the CATR be kept and strengthened for the management of the surveillance Unit.
- 3 With respect to the drug, vaccines, and consumables procurement, the experience of other partners and mechanisms already prevailing in the sub-region should be drawn upon.
- 4 Certain leverage should be granted to the regional epidemiological monitoring system for illnesses under surveillance, contrary to limited nature of the proposal that only takes into account yellow fever, meningitis and cholera.

### III.5. Decisions taken during the 6th inter-country meeting (Cotonou, April 2004)

During the 6<sup>th</sup> inter-country meeting, the findings of the research undertaken were presented. While debating a set of variants, the following points of consensus were mooted by the Task groups, composed by country representatives as well as partners (such as the WHO and UNICEF)

- 1) Sub- regional Positioning: the need for a sub-regional monitoring and response mechanism were emphasised, along with a Regional Steering Committee, a regional monitoring and response Unit (CVR), and a regional fund (RF)
- 2) Geographical localisation: the geographical localisation of the regional monitoring and response Unit will be defined in the framework of the Regional Health programme for Western Africa, ROC/002/03, 9<sup>th</sup> EFD.
- 3) Eligible countries: the countries eligible are those benefiting from the Regional health programme in Western Africa, ROC/002/03, 9<sup>th</sup> EFD, including the 15 countries of the CEDEAO, as well as its associative members, Mauritania and Chad.
- 4) Objectives and roles of the Regional monitoring and response Unit and the Regional Fund: The overriding objectives and the roles of the CVR and the RF are to respond to emergencies (ensure the availability of vaccinations and expertise in combating epidemics, logistics), as well as to promote development (training, operational research) in cooperation with other actors involved (WHO, UNICEF, ECHO...)
- 5) Mechanisms of the RF: the importance of the forming mechanism, utilisation, and the regional Fund have been emphasised while adhering to the proposed plan: Forming (advancing of funds by member states and Consolidation of the RF by external resources; Use (render available the possibility of advancing funds), which would not exceed the drawing rights: Reimbursement in advance.
- 6) Strengthening of national monitoring capacities, as well as its capacity to conceive tailored response capacities: The strengthening of national monitoring capacities would seek to upgrade the focal structure for monitoring and response at central level, which would in turn acquire administrative legitimacy and be endowed with sufficient means.
- 7) Support to the sub-regional reference structures: These structures will be supported, according to the priorities highlighted and to the selection criteria yet to be elaborated.
- 8) RF Resources: National and regional Fund which encompasses external aid.
- 9) Types of epidemics concerned: All epidemics, but using a gradual approach, prioritising the most frequent types of outbreaks, which will need to be defined hereafter.
- 10) Financing of operations: The countries will possess their right to draw a certain amount of money and eventually have access to credit. The credit will be granted according to the magnitude of the epidemic and the availability of resources in the country. In order to adequately tackle critical situations, a Solidarity Fund will be foreseen.
- 11) Conditionalities attached to the credit: the possibility of a defer payment for a 6 month period will be granted. Furthermore, it was recommended that the RF be strengthened by a Regional Institute, which will proceed to direct debit.
- 12) Estimate of the initial advancing funding: The advancing of funds will be contingent upon a composite indicator, taking into account, i) the contributive capacity of each country and ii) the risk factor in terms of size of its population.
- 13) Pricing: All services are reimbursed at face value, adhering to a predefined pricing grid. Exempted will be all personnel cost (specialised expertise in pre response or response) as well as recurrent fees, which will be borne by the Regional West African health programme.
- 14) Drawing up of the initial implementation fund: once or over a number of times, at established dates at the convenience of countries.
- 15) Threshold for interventions: Procedures will be defined in order to establish the levels of interventions with respect to nature, localisation and the impact of the epidemic.

- 16) Bank account of the RF: the bank account of the RF will be operational once it has been signed twice and will belong to a bank where the CVR is situated.
- 17) Composition of the CVR: 1 MD in Public Health, with a concentration in epidemiology, a RF director, Administrator, Financial manager of the RF, manager of a database with regional experts, pharmacy manager, logistician and support personnel, of which both, an RF accountant and a secretariat. The fees for operationalising the CVR will be borne in a regressive fashion by the Regional health programme for Western Africa.
- 18) Implementation: While waiting for the Regional Health programme for Western Africa to be launched, the CATR will be responsible for overseeing that the proposed initial phases with view to providing support are being implemented.
- 19) Evaluation: Evaluations and periodical audits will be undertaken.

## RESUME OPERATIONNEL

### I. PRESENTATION DE L'ETUDE

Les maladies transmissibles représentent la principale cause de morbidité et de mortalité en Afrique subsaharienne. De ce fait, la Commission européenne (CE) a financé la réalisation de la présente étude dont l'objectif général est de fournir les éléments techniques, organisationnels et administratifs pour appuyer la mise en place ou le renforcement d'un système de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles aux niveaux national et régional ; et ce en valorisant l'existant et en partenariat étroit avec les institutions et organismes déjà impliquées dans ce domaine. Cette étude, qui s'inscrit dans le 5<sup>ème</sup> objectif spécifique du projet ARIVA, a été réalisée en collaboration avec onze pays : Bénin, Burkina Faso, Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad et Togo.

L'étude menée en étroite collaboration avec les pays et les partenaires, dont l'OMS, a débuté en octobre 2002. Un atelier technique, suivi d'une restitution aux représentants des 11 pays concernés a été réalisé à Ouagadougou en mars 2004. L'ensemble des travaux a été présenté à la Réunion Inter Pays de Cotonou en avril 2004. Des débats qui s'y sont déroulés, un consensus s'est dégagé sur les éléments fondamentaux du dispositif envisagé.

### II. INVENTAIRE CRITIQUE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET DU CONTRÔLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (SECMT)

L'étude pays a révélé ou confirmé les constats suivants :

- la faible fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires,
- les difficultés de financement de la mise en œuvre des Plans de SMIR,
- les insuffisances des réseaux nationaux de laboratoire,
- les carences de stocks d'urgence en vaccins, médicaments, réactifs et consommables pour assurer une riposte rapide,
- la lacune significative de la maintenance des intrants,
- l'absence de mécanismes et d'institution opérationnels de coordination sous régionale pour la riposte aux épidémies.

Ces carences de la SECMT sont essentiellement liées à deux problèmes de fond des systèmes de santé :

- l'insuffisance (quantitative et/ou qualitative) de ressources financières, humaines et matérielles, avec de faibles disponibilités des Etats qui ne peuvent être totalement compensées par les partenaires extérieurs,
- les dysfonctionnements affectant les gestions nationales et la traçabilité de ces ressources financières, humaines et matérielles.

Dès 1996, un consensus sous-régional avait posé le diagnostic et proposé des stratégies correctives pertinentes. Depuis lors, des avancées parcellaires et localisées sont indéniables, mais l'inscription dans la durée et le changement d'échelle pose problème en raison des facteurs cités ci-dessus.

### III. RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE LA SECMT AU NIVEAU REGIONAL ET NATIONAL

#### III.1. Eléments fondamentaux de la réflexion

La réflexion s'appuyait sur certains critères :

- mise en place d'un système novateur avec autonomie d'action afin de combler un vide institutionnel régional,
- renforcement de la structuration des niveaux nationaux et régionaux et de l'articulation entre pays frontaliers,
- respect de la souveraineté des pays tout en ayant une force de coordination régionale,
- renforcement des synergies avec les autres organismes et partenaires,
- respecter des décisions du Protocole de Coopération de 1996 et des recommandations UEMOA

- valorisation des ressources existantes aux niveaux national et régional.
- option **régionale** retenue par la CE, les apports au niveau national en matière de santé passant dorénavant par les appuis budgétaires directs,
- le constat que : (i) l'information doit prioritairement être renforcée au niveau national, avec une analyse coordonnée au niveau régional, (ii) la riposte dépasse fréquemment les capacités nationales, et c'est donc cet aspect qui devait être privilégié dans les propositions du projet sous-régional.

Ces propositions ont pris en compte les leçons tirées des initiatives antérieures, concluantes ou non, mais aussi de l'évolution du contexte (nouveaux mécanismes de l'aide extérieure, changement d'acteurs avec l'apparition de nouvelles initiatives, développement des réseaux de communication rapide) etc.

### III.2. Les hypothèses de travail issues de l'étude

Des points font l'objet de consensus, que ce soit auprès des interlocuteurs de la présente étude ou lors des débats sous-régionaux antérieurs :

- la nécessité de mécanismes et de structures sous-régionaux d'appui, alliant proximité, souplesse et rapidité de réaction, en matière de : (i) financement ; (ii) ressources humaines (experts et formation) ; (iii) laboratoire de référence (contrôle de qualité, appui au diagnostic) ; (iv) pré-positionnement de stocks de sécurité en médicaments, vaccins et consommables ; (v) maintenance; (vi) données épidémiologiques et échange d'informations.
- la nécessité d'une entité sous-régionale de coordination, interlocuteur central assurant (i) la synergie entre structures d'appui ; (ii) les liens entre les pays ; (iii) la gestion, le suivi et l'évaluation (technique et financière) des actions sous-régionales et des fonds (pouvant provenir de plusieurs sources) mis à disposition à cet effet.

A noter que plusieurs acteurs rencontrés dans les pays visités soulignent que si un appui sous-régional est pertinent, il faut aussi que les systèmes nationaux soient plus performants et que l'engagement de chaque Etat soit déjà plus significatif.

L'ancrage de cet appui sous-régional dans les pays ouvre matière à débat. Quatre options semblent possibles, non mutuellement exclusives:

- une redynamisation de chaque système national autour des responsables centraux chargés de la SECMT, dans une logique de continuité des efforts menés jusqu'ici,
- l'appui direct à un maillage coordonné de sites pilotes périphériques dans chaque pays, sélectionnés par les responsables nationaux sur des critères de performance et de risque épidémique,
- un renforcement de larges zones épidémiologiques couvrant plusieurs pays, connues pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant de manière récurrente,
- un renforcement de zones épidémiologiques transfrontalières plus restreintes, définies par consensus sous-régional, connues également pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant également de manière récurrente.

L'étude a permis d'affiner les besoins et de les argumenter ; de plus, une série d'acteurs régionaux susceptibles de jouer le rôle de référence ont été proposés par les interlocuteurs rencontrés dans les onze pays.

### III.3. Les propositions issues de l'atelier technique (CATR ARIVA, Ouagadougou, mars 2004)

#### III.3.1. Présentation systémique du mécanisme régional de veille et de riposte

Le schéma général du projet régional de veille épidémiologique et de déclenchement de la riposte est présenté pages 17, 18 et 20.

Ce mécanisme, en animant et en renforçant des pools d'experts sous-régionaux issus des pays concernés, mobilisés à la demande, permet ainsi, dans le même temps, le renforcement des systèmes nationaux d'alerte et de riposte auxquels ils appartiennent.

De plus, chaque responsable national (et chaque structure jouant un rôle dans ce réseau sous-régional) sera doté de moyens bureautiques et de communication, ainsi que d'un budget de fonctionnement permettant une connexion web permanente.

Parmi les quatre hypothèses d'ancrage au niveau national, les participants à l'atelier technique ont priorisé un appui technique et en co-financement, de sites transfrontaliers limités, identifiés sur la base de critères épidémiologiques (flambées récurrentes, vulnérabilité spécifique) par un groupe de pays concernés.

Ce mode d'appui permet, outre son intérêt technique propre, la prise en compte de la dimension transfrontalière des épidémies, prônée tant par les institutions sous-régionales (comme l'OOAS ou l'UEMOA) que par les partenaires internationaux bi ou multilatéraux.

### III.3.2. Présentation organisationnelle et de financement du mécanisme régional de veille et de riposte

Rappelons les principaux dysfonctionnements observés dans la gestion de la majorité des flambées épidémiques :

- le manque de capacité nationale à évaluer rapidement les besoins nécessaires pour répondre aux épidémies et à prendre les mesures organisationnelles adéquates,
- l'insuffisance, voire l'absence, de ressources financières ou physiques répondant aux besoins d'urgence,
- la lenteur dans la mobilisation des ressources (absence de procédures de décaissement rapide), induisant des surcoûts liés à la propagation de la flambée épidémique,
- des prélèvements de stocks de vaccins dans les stocks du PEV de routine pour faire face aux besoins de l'épidémie, entraînant la fragilisation du PEV de routine,
- l'absence de procédures d'achat rapide auprès de fournisseurs pré-identifiés (ou pré-contractés),
- l'insuffisance des moyens nationaux de veille et de riposte (ressources humaines et matérielles).

La présente proposition est basée sur :

- la nécessité de positionner des ressources au niveau régional, destinées à renforcer les capacités nationales, d'où la mise en place d'un fonds régional (FR) et d'une Cellule de Veille et de Riposte (CVR),
- l'obligation de valoriser des ressources limitées, d'où une focalisation sur : (i) la phase initiale de l'épidémie, (ii) le développement des systèmes de veille, (iii) les ressources humaines affectées à la surveillance épidémiologique et de riposte,

Le Fonds Régional a pour objet de fournir aux pays membres :

- une avance de trésorerie, destinée à acquérir les intrants nécessaires au traitement de l'épidémie, pour la phase initiale. Cette avance est limitée à un droit de tirage établi en fonction de la contribution initiale des Etats, et est remboursable avec différé d'amortissement (6 mois par exemple) et avec un taux d'intérêt applicable à l'expiration du différé. A titre exceptionnel, un crédit peut être accordé en fonction de la magnitude des risques et des ressources disponibles.
- des fonds nécessaires au développement des systèmes de veille et de riposte (ressources humaines principalement).

La Cellule de Veille et de Riposte a pour objet de :

- gérer ce FR.
- apporter une assistance technique spécifique (mobilisation d'experts régionaux d'appui, achats de vaccins et consommables, organisation de la logistique, validation des rapports d'alerte et de fin d'épidémie, mise en œuvre des plans de formation régionaux et recherche opérationnelle).

Le rapport présente :

- le mécanisme général du FR,
- les ressources et emplois du FR,
- les procédures de constitution du FR,
- ses modalités et conditions,
- ses avantages et risques pour le pays concerné, pour les pays limitrophes concernés, pour la sous-région, pour l'aide extérieure, pour les fournisseurs de vaccins et consommables,
- les conditions de participation et d'utilisation du FR,
- les types d'expertise mobilisables,

- le rôle et la composition de la CVR,
- les pré-requis nécessaires pour l'adhésion des pays en termes de normes de réactivité minimales,
- les principes du système proposé : autonomie, mais articulé avec politique sanitaire (+ ancrage institutionnel) ; équilibre droits/obligations des Etats membres ; transparence, équité, indépendance et solidarité ; pooling de ressources ; reconnaissance de la compétence des ressources nationales ; respect de la souveraineté, mais « droit de regard » mutuel (MAEP) ; appui au renforcement des capacités et non substitution ; structuration des systèmes de surveillance ; adossé et en synergie avec organismes/institutions sous-régionales ; sécurisation des opérations par (i) la séparation des rôles au niveau de la CVR, (ii) audits, (iii) rapports d'alerte et de fin d'épidémie,
- les critères d'éligibilité,
- le rôle de l'aide extérieure : conditionnelle, incitative, limitée, additionnelle, adaptée aux nouveaux mécanismes de l'aide,
- les phases de mise en œuvre.

#### **III.4. Les recommandations faites par les représentants des onze pays à l'issue de l'atelier de restitution (Ouagadougou, mars 2004)**

Le diagnostic fait par les consultants au niveau des onze pays a été approuvé.

« Des débats, les points suivants ont fait l'objet d'unanimité :

- 5 Nécessité d'appuyer les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique à la suite de l'étude diagnostique qui a été faite dans les 11 pays concernés. Cet appui permettra de rendre performants les dits systèmes.
- 6 La CATR /Projet FED ARIVA est maintenant acceptée dans les pays de la sous-région où elle a fait un travail remarquable. Les pays recommandent de garder et de renforcer la CATR pour la gestion de ce volet surveillance.
- 7 En matière de mobilisation et d'achat des médicaments, vaccins et consommables, il faut profiter des expériences des autres partenaires et des mécanismes déjà existants dans la sous région.
- 8 Nécessité de créer des mécanismes de coordination et de mobilisation des ressources entre les partenaires
- 9 Il faut accorder une certaine souplesse au système régional de veille épidémiologique des maladies sous surveillance, contrairement au caractère limitatif proposé, qui prend en compte uniquement la fièvre jaune, la méningite et le choléra ».

#### **III.5. Les décisions prises lors de la 6<sup>ème</sup> Réunion Inter Pays (Cotonou, avril 2004)**

Lors de la 6<sup>ème</sup> Réunion Inter Pays, une présentation des résultats de l'étude a été faite à l'ensemble des participants. A partir d'une série de variantes soumises à débat, les points de consensus suivants ont été dégagés par le Groupe de travail, composé des délégués des pays et des partenaires (dont l'OMS et l'UNICEF) :

1. Positionnement sous-régional : Le positionnement sous-régional du dispositif de veille et de riposte a été retenu, avec un Comité de Pilotage Régional, une Cellule Régionale de Veille et de Riposte (CVR) et un Fonds Régional (FR).
2. Localisation géographique : La localisation géographique de la CVR sera définie dans le cadre du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED.
3. Pays éligibles : Les pays éligibles sont ceux visés dans le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, à savoir les 15 pays de la CEDEAO auxquels s'ajouteront des pays associés, tels que Mauritanie et Tchad.
4. Objectifs et rôles de la CVR et du FR : Les objectifs et rôles de la CVR (et du FR) sont de mener des actions d'urgence (mise à disposition de vaccins et d'experts spécialisés en lutte contre les épidémies, logistique) et des actions de développement (formation, recherche opérationnelle), en étroite liaison avec les partenaires concernés (OMS, UNICEF, ECHO, ...).
5. Mécanisme du FR : Le mécanisme de constitution, d'utilisation et de réabondement du Fonds Régional a été retenu suivant le schéma proposé : Constitution (versement d'une avance financière par les Etats membres + Consolidation du FR par des ressources extérieures) ; Utilisation (Mise à disposition d'une avance aux Etats membres à concurrence d'un « droit de tirage ») ; Réabondement (Remboursement de l'avance)

6. Renforcement des capacités nationales de veille et de riposte et ancrage : Ce renforcement portera en priorité sur la mise à niveau d'une structure focale de veille et de riposte (SFVR) au niveau central, qui aura une légitimité administrative, dotée de moyens adéquats.
7. Appui aux structures sous-régionales de référence : Ces structures seront appuyées, selon les priorités définies et suivant des critères de sélection à élaborer.
8. Ressources du FR : Fonds nationaux et régionaux auxquelles s'ajoute l'Aide extérieure.
9. Types d'épidémies concernées : Toutes les épidémies, mais de façon graduée en privilégiant les épidémies les plus courantes à définir ultérieurement.
10. Financement des opérations : Les pays disposeront d'un droit de tirage avec éventuellement accès au crédit. Le crédit sera accordé en fonction de la magnitude de l'épidémie et des ressources disponibles dans le pays. Pour faire face à des situations critiques, il sera prévu un Fonds de Solidarité.
11. Conditions de crédit : Un différé d'amortissement de 6 mois sera accordé. Il a été recommandé d'adosser le FR à une Institution Régionale susceptible de procéder à des retenues directes.
12. Calcul de l'avance (Fonds de Roulement initial) : Cette avance sera établie à partir d'un indicateur composite, tenant compte (i) de la capacité contributive de chaque Etat et (ii) du risque en fonction de la taille de la population.
13. Tarifcation : Toutes les prestations sont remboursables « at cost », suivant grilles tarifaires prédéfinies. Exception sera faite pour les frais de personnel (expertise spécialisée d'appui à la pré-riposte ou à la riposte) et frais récurrents qui seront pris en charge par le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest.
14. Constitution du fonds de roulement initial : En une ou plusieurs fois, à des dates fixées à la convenance des pays.
15. Seuil de déclenchement des interventions : Des procédures seront définies pour établir les niveaux d'interventions en fonction de la nature, de la localisation et de l'ampleur des épidémies.
16. Compte bancaire du FR : Le compte bancaire du FR fonctionnera sous double signature et sera logé dans une banque de la place où sera située la CVR.
17. Composition de la CVR : 1 médecin de santé publique, avec une spécialisation en épidémiologie, ordonnateur du FR, 1 administrateur, contrôleur Financier du FR, et gestionnaire de la Base de données des experts régionaux, 1 pharmacien gestionnaire, 1 logisticien et du personnel d'appui, dont le comptable du FR, et un secrétariat. Les frais de fonctionnement de la CVR seront pris en charge de façon dégressive par le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest.
18. Mise en œuvre : En attendant le lancement du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, la CATR sera chargée d'assurer les étapes initiales de l'appui proposé.
19. Evaluation : Des évaluations et audits périodiques seront réalisés.

## I. INTRODUCTION

Les maladies transmissibles représentent la principale cause de morbidité et de mortalité en Afrique subsaharienne. En 2000, l'OMS a estimé le nombre de cas de fièvre jaune à 200.000 dont 30.000 décès pour l'Afrique. Depuis 2000, il y a eu des épidémies au Bénin, Burkina Faso, Guinée, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Sénégal, Libéria, Nigeria, Sierra Leone et en Guinée.

La Commission européenne (CE) a financé la réalisation de la présente étude dont l'objectif général est de fournir les éléments techniques, organisationnels et administratifs pour appuyer la mise en place ou le renforcement d'un système de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles aux niveaux national et régional ; et ce en valorisant l'existant et en partenariat étroit avec les institutions et organismes déjà impliqués dans ce domaine. Cette étude s'inscrit dans le cinquième objectif du projet ARIVA<sup>1</sup>.

Cette étude concernait potentiellement 17 pays<sup>2</sup>, actuellement bénéficiaires ou non du projet ARIVA, d'Afrique occidentale et centrale : le Bénin, le Burkina Faso, le Cap Vert, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad, le Togo, le Nigeria.

A l'exception du Cap Vert, tous les pays actuellement couverts par ARIVA<sup>3</sup> ont été inclus tandis que la Guinée-Bissau, qui n'en fait pas partie, a été également associée. En raison du contexte socio-politique, le Libéria et la Sierra Leone n'ont pu être retenus dans l'étude pays. Le Cap Vert, le Ghana, la Côte d'Ivoire et le Nigeria, invités à s'associer à l'étude, n'en ont pas exprimé la demande dans l'intervalle du chronogramme fixé.

## II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

L'étude menée en étroite collaboration avec les pays et les partenaires, dont l'OMS, a suivi plusieurs étapes :

- Méthodologie définie à la CATR ARIVA à Ouagadougou en octobre 2002.
- Présentation de la méthodologie aux pays ARIVA réunis à Banjul en octobre 2002.
- Envoi d'un dossier présentant l'étude à tous les pays retenus, avec demande de désignation d'un point focal national chargé de préparer la venue des experts et de collecter la documentation. Il était convenu que les experts impliqués ne se rendaient dans le pays que lorsqu'un accord officiel était obtenu et que le point focal assurait le respect des préalables demandés.
- Missions d'experts menées entre mars et décembre 2003.
- Analyse synthétique effectuée à partir de janvier 2004.
- Mission de concertation avec les bureaux OMS et UNICEF et autres organismes d'appui régionaux en janvier 2004.
- Atelier technique suivi d'une restitution aux représentants des 11 pays concernés réalisé à Ouagadougou en mars 2004.
- Ensemble des travaux présenté à la RIP de Cotonou en avril 2004 et adoption du schéma directeur avec les pays et les partenaires.

On trouvera en annexe des précisions complémentaires sur le contexte et la méthodologie de l'étude ainsi que des données sur l'importance du problème des maladies à potentiel épidémique<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Annexe 1 (page 37) : Présentation synthétique des termes de référence de l'étude régionale sur la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles : objectifs, principes méthodologiques et résultats attendus.

<sup>2</sup> Ces pays sont suivis par ECHO.

<sup>3</sup> Les pays ARIVA, au mois d'avril 2004, sont : le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée Conakry, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, le Tchad, le Togo et la Gambie.

<sup>4</sup> Annexe 2 (page 41) : Contexte et méthodologie de l'étude.

Annexe 3 (page 44) : L'importance du problème des maladies à potentiel épidémique.

### III. INVENTAIRE CRITIQUE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET DU CONTRÔLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (SECMT)

L'inventaire critique de la situation actuelle de la surveillance épidémiologique et du contrôle des maladies transmissibles s'appuie sur les résultats des investigations réalisées dans les 11 pays, présentés sous forme d'un corpus de 11 études spécifiques (en annexe séparée). Cet inventaire est détaillé en annexe<sup>5</sup>.

Les études pays ont révélé ou confirmé les constats suivants :

- la faible fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires,
- les difficultés de financement de la mise en œuvre des Plans de SMIR,
- les insuffisances des réseaux nationaux de laboratoire,
- les carences de stocks d'urgence en vaccins, médicaments, réactifs et consommables pour assurer une riposte rapide,
- la lacune significative de la maintenance des intrants,
- l'absence de mécanismes et d'institution opérationnels de coordination sous régionale pour la riposte aux épidémies.

A titre d'illustration de ce qui précède, le niveau d'élaboration des Plans stratégiques SIMR mis en œuvre par l'OMS est plus ou moins avancé selon les 11 pays visités, comme l'indique le tableau suivant :

**Tableau 1 : Niveau d'élaboration des Plans stratégiques SIMR mis en œuvre par l'OMS**

| PAYS/STADES <sup>6</sup> | 1 | 2 | 3        | 4        | 5        | 6        |
|--------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|
| Bénin                    |   |   |          |          | En cours |          |
| Burkina Faso             |   |   |          |          |          |          |
| Gambie                   |   |   |          |          |          |          |
| Guinée                   |   |   |          |          |          |          |
| Guinée Bissau            |   |   |          |          |          |          |
| Mali                     |   |   |          |          |          | En cours |
| Mauritanie               |   |   | En cours |          |          |          |
| Niger                    |   |   |          |          |          |          |
| Sénégal                  |   |   |          |          |          |          |
| Tchad                    |   |   |          | En cours |          |          |
| Togo                     |   |   |          | En cours |          |          |

En général, sont relevées : (i) une mauvaise expression des besoins réels en matière de SECMT, due à une insuffisante maîtrise du processus de planification à tous les niveaux, et à une incertitude sur les actions qui vont pouvoir être financées par certains partenaires (dans un contexte général de faible engagement financier de l'Etat) ; (ii) une insuffisance d'encadrement et de ressources humaines pour faire face au processus de planification.

Par ailleurs, en ce qui concerne la SECMT, le tableau ci-après présente une synthèse de la situation (mise à jour avec l'ensemble des délégués des pays lors de la réunion de restitution de mars 2004).

<sup>5</sup> Annexe 4 (page 50) : Inventaire critique de la situation actuelle de la surveillance épidémiologique et du contrôle des maladies transmissibles.

<sup>6</sup> Pour mémoire, l'élaboration des Plans doit normalement se dérouler en plusieurs étapes :

- Stade 1 : sensibilisation des autorités,
- Stade 2 : analyse de situation et évaluation du Système National de SE,
- Stade 3 : élaboration du plan stratégique opérationnel quinquennal pour le développement de la surveillance et de riposte aux épidémies, d'ici la fin de l'année 2006 les 46 Etats membres de l'OMS en Afrique Sub-saharienne et 60% des districts devront, respectivement, avoir mis en place des systèmes de surveillance intégrée et effectivement mis en œuvre les activités y afférentes,
- Stade 4 : adaptation du guide générique de surveillance intégrée,
- Stade 5 : formation du personnel,
- Stade 6 : suivi et évaluation.

**Tableau 2 : Synthèse de la situation en matière de SECMT dans les 11 pays étudiés**

- ◆ : situation acquise (1 point)  
 □ : situation non acquise (0 point)  
 ◻ : situation en cours d'acquisition (0,5 point)

|   | Bénin     | Burkina Faso | Gambie    | Guinée Conakry | Guinée Bissau | Mali      | Mauritanie | Niger     | Sénégal   | Tchad       | Togo      | Total / 11 |
|---|-----------|--------------|-----------|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|------------|
| Existence d'un Plan stratégique national de surveillance intégrée des maladies et la riposte  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 10         |
| Plan stratégique national de surveillance intégrée des maladies et la riposte validé  | ◆         | ◆            | □         | ◆              | □             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 7          |
| Existence sur le budget de l'Etat d'une ligne budgétaire épidémies et catastrophes  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 11         |
| Existence d'un fonds national (de solidarité)   | ◆         | ◆            | □         | ◆              | □             | ◆         | □          | □         | ◆         | □           | □         | 5          |
| Existence d'autres fonds  | ◆         | ◆            | □         | ◻              | □             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 7,5        |
| Application du règlement sanitaire international  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 11         |
| Existence d'une liste nationale des maladies à déclaration obligatoire (textes juridiques)  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 11         |
| Existence de textes réglementaires portant création de comités intersectoriels national, régionaux et locaux de prévention et de gestion des épidémies et/ou catastrophes | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 10         |
| Comités intersectoriels national, régionaux et locaux de prévention et de gestion des épidémies et/ou catastrophes fonctionnels   | ◆         | □            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 9          |
| Existence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de points focaux chargés de la Surveillance épidémiologique intégrée et de la riposte                               | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 11         |
| Existence d'une équipe d'intervention rapide  |           |              |           |                |               |           |            |           |           |             |           |            |
| Niveau central  | ◆         | □            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | □         | 9          |
| Niveau régional   | ◆         | □            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | □         | ◆         | □           | □         | 7          |
| Niveau local  | ◆         | □            | ◆         | ◆              | □             | ◆         | ◆          | □         | ◆         | □           | □         | 6          |
| Formation des agents à la SIMR  | □         | □            | ◆         | ◆              | □             | ◆         | □          | ◆         | □         | □           | □         | 4,5        |
| Existence d'un Laboratoire National de Référence  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 11         |
| Existence formelle d'un Réseau National de Laboratoire  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | □             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 8          |
| Existence d'un guide national de surveillance intégrée des maladies et riposte validé   | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | □             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 8,5        |
| Existence à tous les niveaux d'un stock d'urgence de sécurité pré positionné pour les maladies à potentiel épidémique   | ◆         | ◆            | □         | ◆              | □             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 8          |
| Existence d'un plan national de mobilisation sociale pour les maladies à potentiel épidémique   | □         | □            | ◆         | □              | □             | ◆         | □          | ◆         | ◆         | □           | □         | 5,5        |
| Existence d'un comité de coordination inter agences (CCIA) fonctionnel  | ◆         | ◆            | ◆         | ◆              | ◆             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | ◆           | ◆         | 11         |
| Existence d'un cadre formel de rencontres transfrontalières avec les pays voisins   | ◆         | □            | ◆         | ◆              | ◆             | □         | ◆          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 8,5        |
| cadre formel de rencontres transfrontalières avec les pays voisins fonctionnel  | □         | □            | ◆         | □              | □             | □         | □          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 6          |
| Existence de canaux informels d'échanges sanitaires transfrontaliers  | ◆         | ◆            | ◆         | □              | □             | ◆         | ◆          | ◆         | ◆         | □           | ◆         | 8,5        |
| <b>Total / 23</b>   | <b>21</b> | <b>16,5</b>  | <b>18</b> | <b>20,5</b>    | <b>12</b>     | <b>22</b> | <b>14</b>  | <b>20</b> | <b>22</b> | <b>10,5</b> | <b>17</b> |            |

Globalement :

- Les pays les plus en retard sont le Tchad, la Guinée Bissau et la Mauritanie. A l'inverse, les pays les plus avancés sont le Sénégal, le Mali, le Niger et le Bénin.
- Les lignes affichant les scores les plus faibles concernent (i) l'existence d'un cadre formel de rencontres transfrontalières avec les pays voisins fonctionnel, (ii) les actions de formation des agents à la SIMR, (iii) l'existence d'un fonds national (de solidarité) et (iv) l'existence d'un plan national de mobilisation sociale pour les maladies à potentiel épidémique. A l'inverse, les affichant les scores les plus élevés concernent (i) l'existence sur le budget de l'Etat d'une ligne budgétaire épidémies et catastrophes, (ii) l'application du règlement sanitaire international, (iii) l'existence d'une liste nationale des maladies à déclaration obligatoire (textes juridiques) et (iv) l'existence d'un comité de coordination inter agences (CCIA) fonctionnel.

Si ce tableau fait apparaître une moyenne positive sur la plupart des lignes, des lacunes existent, notamment sur le plan qualitatif.

Ces carences de la SECMT sont essentiellement liés à deux problèmes de fonds des systèmes de santé :

- l'insuffisance (quantitative et/ou qualitative) de ressources financières, humaines et matérielles, avec de faibles disponibilités des Etats qui ne peuvent être totalement compensées par les partenaires extérieurs,
- les dysfonctionnements affectant les gestions nationales et la traçabilité de ces ressources financières, humaines et matérielles.

Dès 1996, un consensus sous-régional<sup>7</sup> avait posé le diagnostic et proposé des stratégies correctives pertinentes. Depuis lors, des avancées parcellaires et localisées sont indéniables, mais l'inscription dans la durée et le changement d'échelle pose problème en raison des facteurs cités ci-dessus. A ce constat, il convient d'ajouter, pour mémoire, l'hétérogénéité des pays entre eux (voir annexe<sup>8</sup>) et des blocs régionaux constitués. Sur ce dernier point, le tableau ci-dessous illustre la difficulté de la démarche de structuration régionale.

**Tableau 3 : Principaux organismes et/ou projets continuant à être impliqués en 2004 dans la SECMT, avec leur couverture géographique**

| Pays          | OMS Ouest | OMS central | UNICEF | ARIVA | UEMOA | OOAS | PASEI CCISD | Projet Surveill. int OMS | USAID Basics | PATH | AMP |
|---------------|-----------|-------------|--------|-------|-------|------|-------------|--------------------------|--------------|------|-----|
| Bénin         |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Burkina F.    |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Cap Vert      |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Cote d'Ivoire |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Gambie        |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Ghana         |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Guinée C.     |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Guinée-B.     |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Liberia       |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Mali          |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Mauritanie    |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Niger         |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Nigeria       |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Sénégal       |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Sierra L.     |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Tchad         |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Togo          |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |

Enfin, il convient de rappeler le nombre significatif d'acteurs sous-régionaux et internationaux (ayant été impliqués, impliqués ou émergents) dans le domaine de la Surveillance et le contrôle des maladies

<sup>7</sup> Annexe 5 (page 75) : Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad. signature du Protocole par les Ministres de la santé et ceux de l'Intérieur.

<sup>8</sup> Annexe 6 (page 81) : Indicateurs de PNB et de population de pays d'Afrique Sub-saharienne.

transmissibles<sup>9</sup>. Cette diversité de facteurs et d'acteurs devra nécessairement être prise en compte dans toute démarche de structuration de la veille et de la riposte au niveau de la sous-région et des pays.

#### **IV. RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE LA SECMT AU NIVEAU REGIONAL ET NATIONAL**

Cette partie résume les développements portés en annexe<sup>10</sup>.

##### **IV.1. Éléments fondamentaux de la réflexion**

Lors du débat de l'atelier technique de Ouagadougou, certains critères ont été retenus pour que le projet de renforcement garde sa pertinence et son efficacité, à savoir :

- mettre en place un système novateur et concret avec une autonomie d'action qui pourrait combler un vide institutionnel régional,
- renforcer la structuration des niveaux nationaux et régionaux et l'articulation entre pays frontaliers,
- respecter la souveraineté des pays tout en ayant une force de coordination régionale,
- créer des synergies avec les autres organismes et partenaires,
- respecter les décisions du Protocole de Coopération de 1996 et la recommandation 01/2000/CM/UEMOA, relative à la mise en œuvre de l'union d'actions communes en matière de santé du 29 juin 2000.
- valoriser les ressources existantes aux niveaux national et régional.

Par ailleurs, deux éléments devaient être intégrés dans les choix :

- l'option **régionale** retenue par la CE, les apports au niveau national en matière de santé passant dorénavant par les appuis budgétaires directs,
- le constat que : (i) l'information doit prioritairement être renforcée au niveau national, avec une analyse coordonnée au niveau régional, (ii) la riposte dépasse fréquemment les capacités nationales, et c'est donc cet aspect qui devait être privilégié dans les propositions du projet sous-régional.

Ces propositions ont pris en compte les leçons tirées des initiatives antérieures, concluantes ou non, mais aussi de l'évolution du contexte (nouveaux mécanismes de l'aide extérieure, changement d'acteurs avec l'apparition de nouvelles initiatives, développement des réseaux de communication rapide, etc.

##### **IV.2. Les hypothèses de travail issues de l'étude**

La réflexion, schématiquement, s'est située à deux niveaux :

1. Les propositions semblent faire consensus, que ce soit auprès des interlocuteurs lors de la présente étude que lors des débats sous-régionaux antérieurs :
  - la nécessité de mécanismes et de structures sous-régionaux d'appui, alliant proximité, souplesse et rapidité de réaction, en matière de : (i) financement ; (ii) ressources humaines (experts et formation) ; (iii) laboratoire de référence (contrôle de qualité, appui au diagnostic) ; (iv) pré-positionnement de stocks de sécurité en médicaments, vaccins et consommables ; (v) maintenance; (vi) données épidémiologiques et échange d'informations.
  - la nécessité d'une entité sous-régionale de coordination, interlocuteur central assurant (i) la synergie entre structures d'appui; (ii) les liens entre les pays ; (iii) la gestion, le suivi et l'évaluation (technique et financière) des actions sous-régionales et des fonds (pouvant provenir de plusieurs sources) mis à disposition à cet effet.

A noter que plusieurs acteurs rencontrés dans les pays visités soulignent que si un appui sous-régional est pertinent, il faut aussi que les systèmes nationaux soient plus performants et que l'engagement de chaque Etat soit déjà plus significatif.

<sup>9</sup> Annexe 7 (page 83) : Acteurs sous-régionaux et internationaux (ayant été impliqués, impliqués ou émergents) dans le domaine de la Surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

<sup>10</sup> Annexe 8 (page 85) : Recommandations pour le renforcement de la SECMT au niveau régional et national.

2. L'ancrage de cet appui sous-régional dans les pays ouvre matière à débat. Quatre options semblent possibles, non mutuellement exclusives (voir schéma page 13) :
- une redynamisation de chaque système national, articulée autour des responsables centraux chargés du SECMT, dans une logique de continuité des efforts menés jusqu'ici,
  - l'appui direct à un maillage coordonné de sites pilotes périphériques dans chaque pays, sélectionnés par les responsables nationaux sur des critères de performance et de risque épidémique,
  - un renforcement de larges zones épidémiologiques couvrant plusieurs pays, connues pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant de manière récurrente,
  - un renforcement de zones épidémiologiques transfrontalières plus restreintes, définies par consensus sous-régional, connues également pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant également de manière récurrente.

#### **IV.2.1. Les mécanismes et structures techniques sous-régionaux d'appui**

##### ***L'accessibilité à un fonds régional très flexible de lutte contre les épidémies et la coordination technique et financière***

Les enjeux sont :

- le sous-financement chronique de la SECMT,
- la lente mobilisation des ressources financières pénalisant la réponse adéquate lors d'épidémies.
- l'insuffisante traçabilité des fonds consacrés à la SECMT, compliquée par des nomenclatures et des bilans budgétaires étatiques hétérogènes, ainsi que par des cadres techniques et financiers de projets d'appui spécifiques à chaque partenaire.
- la faible disponibilité de fonds de recherche opérationnelle pour des études prospectives étudiant les tendances et les déterminants des maladies transmissibles pour mieux les prévenir.

Le sous-financement pourrait être compensé par la création d'un financement solidaire, alimenté par exemple (i) par les pays membres, (ii) par une taxation lors des passages aux frontières (sur le modèle du financement de l'UEMOA), (iii) par les partenaires au développement.

Ce fonds commun pourrait être utilisé dans la réponse à une crise épidémique (avec, par exemple un compte spécial ou une ligne spécifique « vaccins, médicaments et matériels » et permettrait l'achat d'un stock sous-régional ainsi que l'envoi rapide (*et éventuellement gratuit*) aux pays en cas d'urgence).

Afin de répondre au contexte spécifique de la riposte aux épidémies, ces fonds devraient :

- être « souples », mobilisables rapidement au vu de requêtes simplifiées en provenance des autorités nationales. Ceci signifie (i) une gestion par contrôle a posteriori et non a priori ; (ii) un accord de l'ensemble des partenaires sur les procédures administratives et financières
- s'inscrire dans une transparence des besoins réels estimés. Le gestionnaire de ce fonds régional devrait centraliser l'ensemble des informations, issues des différents partenaires abondant ou non le fonds commun
- attribuables à un panel de pays selon une logique de diffusion épidémique trans-frontalière.

La mise en place d'un tel financement solidaire rapidement mobilisable ne devra en aucun cas être une incitation à la limitation des efforts des Etats ou une « prime » à l'impréparation.

La gestion, ainsi que le suivi-évaluation technique et financier de ce fond commun et des actions appuyées pourraient être confiés à une entité unique de coordination, assurant dans le même temps la responsabilité de :

- la synergie sous-régionale des structures techniques sous-régionales d'appui. Une base de données centralisée, alimentée par chaque structure d'appui, devrait être basée au niveau de la coordination afin de suivre au jour le jour l'état des stocks, l'avancée des formations, les données épidémiologiques, etc., provenant des structures d'appui
- la coordination entre pays (rencontres transfrontalières, sous-régionales, échanges continus d'informations, ...).
- la coordination entre partenaires au développement

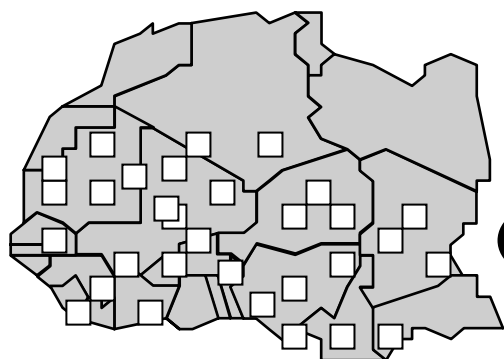
Ce peut être une structure légère, s'appuyant sur des procédures claires et adaptées, communes à l'ensemble des acteurs impliqués. Cette entité de coordination pourrait, sous sa responsabilité, soustraire le suivi-évaluation (technique et financier) et le contrôle de gestion à des opérateurs publics ou privés contractés par appel d'offre.

Le débat reste ouvert quant à l'identification du type et du statut d'une telle structure. Quelle que soit l'entité identifiée pour assurer la coordination, elle pourrait être encadrée par un Comité Pilotage multipartite, avec par exemple des représentants des États et des bailleurs de fonds impliqués.

## Schéma 1 : Hypothèses de points d'ancrage au niveau national

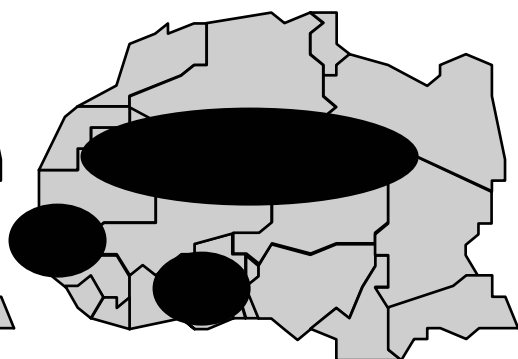
### Proposition 1

Ancrage par sites  
sélectionnés par chaque  
pays selon divers critères  
(2 à 3 par pays)



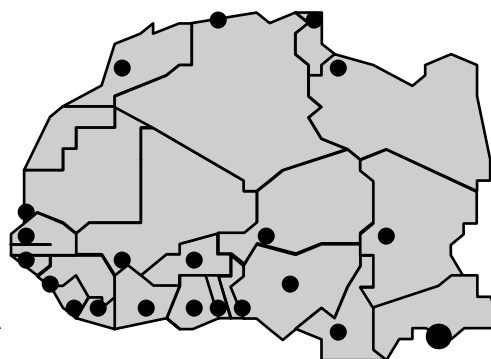
### Proposition 2

Ancrage par zones  
épidémiologiques  
transfrontalières



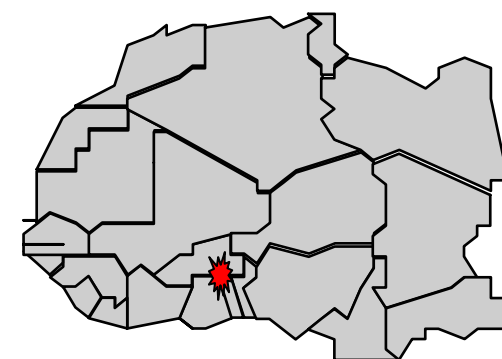
### Proposition 3

Ancrage par systèmes  
nationaux



### Proposition 4

Ancrage par sites  
sélectionnés par les pays de  
la sous-région selon des  
critères épidémiologiques  
(ex : Batié, Burkina Faso)



### ***La disponibilité de ressources humaines qualifiées et l'échange des données épidémiologiques***

L'insuffisance qualitative et quantitative de ressources humaines (épidémiologiste, microbiologiste, entomologiste, logisticien, informaticien, techniciens bio-médicaux, et autres professions impliquées dans la SECMT) impose trois types d'actions simultanées :

- le renforcement des capacités nationales, quantitatif par des affectations et qualitatif par des formations initiales et continues adéquates et standardisées,
- le renforcement quantitatif et qualitatif des organismes sous-régionaux existants, ainsi que des structures sous-régionales identifiées pour un appui sous-régional,
- la mise en place d'un réseau régional d'experts aisément mobilisable en cas de flambée épidémique.

Une structure sous-régionale pourrait avoir pour rôle :

- de coordonner les appuis en formation. Actuellement, les multiples acteurs agissent souvent selon un agenda, des objectifs et des outils qui leur sont propres,
- de veiller à l'homogénéité des approches et des outils de formation,
- de diffuser aux pays les informations relatives aux opportunités de formations,
- de disposer d'une base centralisée régulièrement actualisée, alimentée par l'ensemble des partenaires, afin d'affiner les besoins en formation par pays,
- de constituer, d'animer et de gérer un réseau d'experts sous-régionaux et internationaux, mobilisables en cas d'urgence et à la demande des pays.

Cette structure pourrait, logiquement, assurer également la centralisation des données épidémiologiques provenant de chaque pays. Une analyse régionale, restituée à chaque pays et au pool d'experts identifiés permettrait une meilleure anticipation des crises, l'identification de recherches opérationnelles prioritaires, une réactivité accrue aux flambées. Idéalement, ces données devraient être accessibles sur un site internet accessible à chaque pays.

Pour jouer ce rôle, les équipes sous-régionales OMS sont le plus souvent citées.

### ***Une mobilisation efficiente de médicaments, vaccins, consommables et matériels, notamment pour la riposte***

L'absence ou l'insuffisance de stocks de sécurité dans les pays lors de l'émergence d'une flambée épidémique, les longs délais de commande et d'acheminement pourraient être palliés par une stratégie sous-régionale. Un stock de sécurité sous-régional est ainsi proposé, abrité par une structure bénéficiant de procédures souples facilitant une réponse rapide. Cette structure à vocation sous-régionale aurait pour mission essentielle :

- de constituer un stock sous-régional pré-positionné et/ou pré-commandé (voir note technique de ReMeD en annexe 3) et mobilisable en cas d'urgence, acquis sur les fonds communs sous-régionaux,
- d'assurer la ventilation rapide vers les pays ayant exprimé les besoins, selon des procédures simplifiées basées sur le contrôle a posteriori,
- de mettre en place et de suivre en permanence l'état des stocks sous-régionaux en produits essentiels à la SECMT, ces données étant fournies par les responsables de chaque pays. Ceci permettrait d'éviter de « passer de la sécurité à la pénurie » et faciliterait la régulation des stocks entre centrales d'approvisionnement (par exemple échanges ou dons).

Une Centrale d'Achat performante, appartenant au réseau des Centrales d'Achat existant, qui serait ainsi renforcé, pourrait assurer cette prestation. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) du Burkina Faso a été notamment citée.

### ***Le renforcement des réseaux nationaux de laboratoires et contrôle régional de qualité***

La résolution des contraintes actuelles des réseaux nationaux de laboratoire requiert des interventions de divers ordres :

- renforcement financier permettant l'acquisition de matériels et réactifs, de logistique, ainsi que la supervision formative et le contrôle interne de qualité,
- renforcement quantitatif et qualitatif des ressources humaines,
- contrôle externe de qualité.

C'est sur les deux derniers points qu'est préconisée l'identification d'un laboratoire de référence sous-régional, qui assurerait :

- le contrôle externe de qualité,
- un terrain de stage de formation pour les biologistes et techniciens de laboratoire,
- un pool d'experts mobilisable par l'entité sous-régionale chargée de la coordination des formations et de l'appui technique à la riposte.

Outre son excellence avérée, ce Laboratoire Régional de Référence devrait idéalement être situé dans un « hub » aérien et disposer de moyens de communication.

Plusieurs sites ont été évoqués, potentiellement en mesure de jouer ce rôle : le laboratoire de référence du centre pluri-pathologique OMS de Ouagadougou, l'Institut Pasteur de Dakar, le laboratoire hospitalo-universitaire d'Abidjan (devant disposer, dans ce cadre, d'un budget dissocié de celui du CHU), le Ghana Institute d'Accra, le Centre Charles Mérieux de Bamako, dont le démarrage officiel est prévu pour début 2005.

### ***Le renforcement de la maintenance***

La résolution des contraintes majeures actuelles en matière de maintenance requiert des interventions de divers niveaux :

- renforcement financier permettant l'acquisition de matériels, de logistique, ainsi que la supervision formative et les interventions. De plus, la disponibilité de budgets de fonctionnement permettrait également la signature de contrats de maintenance avec des opérateurs privés.
- renforcement quantitatif et qualitatif des ressources humaines.

Il a été proposé l'identification d'un institut de référence sous-régional, qui assurerait :

- un terrain de stage de formation pour les ingénieurs et techniciens en maintenance.
- Un pool d'experts mobilisables par l'entité sous-régionale chargée de la coordination des formations et de l'appui technique, qui aurait pour missions essentielles :
  - d'appuyer le diagnostic initial et l'élaboration d'un plan national de maintenance (objectifs, acteurs, moyens, sélection des matériels et des fournisseurs, procédures d'intervention, ...),
  - d'assurer la formation (in situ et/ou au centre régional) des nationaux,
  - de répondre aux demandes d'interventions dépassant les capacités dans les pays (soit par communication des informations à distance, soit par mission in situ).

Les centres de formation et/ou de maintenance de Dakar, Yamoussoukro et Lomé, ont été évoqués.

### ***Le renforcement des réseaux de communication***

L'opérationnalité de tels réseaux d'échanges et d'appui est naturellement basée sur la mise en place et/ou le renforcement de réseaux de communication (Internet, Fax, Téléphone) fiables et durables entre les pôles nationaux, les centres de référence nationaux et internationaux. Ceci signifie la résolution de problèmes techniques et financiers (acquisition mais surtout fonctionnement -coûts des appels et de la connexion - de ces outils de communication).

#### **IV.2.2. L'ancrage au niveau des pays**

##### ***Proposition 1 : Ancre par sites sélectionnés par chaque pays selon divers critères***

Cette proposition de maillage coordonné de sites pilotes périphériques dans chaque pays comprend :

- la mise en place d'un maillage sous régional de districts leaders en SECMT (2 à 3 points focaux désignés par chacun des 11 pays) pour manager un système sous régional d'informations sanitaires (SSRIS), ceci pour répondre aux directives du Protocole de 1996 et la recommandation du 23 juin 2000 de l'UEMOA.
- La coordination de la SECMT au niveau sous régional par mise en réseau des ressources existantes.

La mise en œuvre d'un processus d'informations sanitaires au niveau sous régional permettrait :

- de réduire la dimension politique de la gestion de l'information (l'intérêt régional doit dépasser l'intérêt national),
- de mettre en place une coordination sous régionale de dimension nécessaire et suffisante pour maîtriser l'ampleur des problèmes,
- de recenser rapidement un pool sous régional de ressources humaines (pôles d'excellence),
- de répartir les ressources financières en fonction des réels besoins en temps et en lieu.

Les districts référents, étroitement associés aux systèmes de surveillance nationaux, pourraient par exemple se joindre aux efforts du pays dès qu'une alerte épidémique se présente dans des zones frontalières, ce, pour permettre d'activer la mobilisation du pays voisin – et l'échange de moyens, si nécessaire (vaccins, matériels, principalement).

Ce système s'inscrit dans un processus de recherche opérationnelle visant à mettre en place progressivement une SECMT homogène, performante et efficiente dans chacun des pays.

### ***Proposition 2 : Ancrage par zones épidémiologiques transfrontalières***

Cette proposition de maillage de zones épidémiologiques transfrontalières cohérentes est une variante de la proposition précédente. En lieu et place d'un ancrage par pays, le mécanisme d'appui et de coordination viserait un « foyer-pilote » constitué par une zone épidémiologique cohérente (foyers trans-frontaliers de choléra, flux connus de migrations favorisant la diffusion épidémique) englobant les frontières de plusieurs pays. La réflexion pourrait s'inspirer<sup>11</sup> : des expériences régionales en cours en matière de paludisme, dracunculose, méningite.

### ***Proposition 3 : Ancrage par systèmes nationaux***

Cette proposition de coordination de systèmes nationaux à redynamiser est la continuation des efforts jusqu'ici déployés, visant à la structuration en terme de système national. Ce processus ambitieux sera forcément plus long, avec des objectifs d'efficacité à moyen ou long terme. L'appui octroyé devra prendre en considération les contraintes décrites depuis plusieurs années. Les réformes prioritaires, conditionnant la réussite de toute avancée en matière de SECMT devront porter sur :

- la rationalisation de la gestion nationale des ressources humaines et financières
- le plaidoyer auprès des décideurs pour la mise en place de systèmes d'information à visée stratégique bien coordonnés dans un contexte où l'information sanitaire devient un levier de négociation vis à vis des partenaires : appuis budgétaires directs de l'UE conditionnés par l'atteinte d'objectifs mesurables ; suivi et évaluation des programmes de lutte contre la pauvreté (CSLP) ; Initiative Pays Pauvres Très Endettés ; Contrats Désendettement Développement, ...).
- l'élaboration de cadres stratégiques et de plans opérationnels sanitaires assortis à des mécanismes de financement fonctionnels (fluidité, liquidité, etc.) et sécurisés.

### ***Proposition 4 : Ancrage par sites sélectionnés par les pays de la sous-région selon des critères épidémiologiques***

Cette proposition est elle-même une variante en réduction de l'hypothèse 2. Le mécanisme d'appui viserait une zone épidémiologique bien plus circonscrite, à cheval sur deux ou trois pays, connue pour sa vulnérabilité épidémiologique avec des flambées récurrentes.

Le choix de ce type de site serait issu d'un consensus sous-régional ; pour exemple : Batié, au Burkina Faso, et les localités contiguës en Côte d'Ivoire et au Ghana.

## **IV.3. Les propositions issues de l'atelier technique (CATR ARIVA, Ouagadougou, mars 2004)**

Ces propositions tiennent compte des priorités fixées par les différents organismes à vocation sous-régionale et des recommandations émises par les acteurs rencontrés lors des missions dans les différents pays.

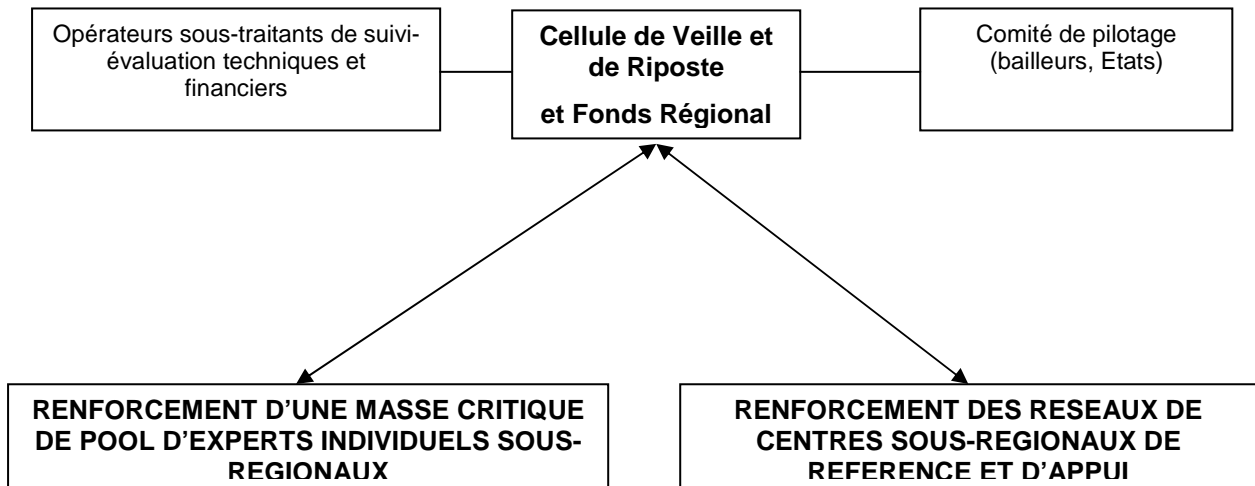
---

<sup>11</sup> « Mise en œuvre d'un système de suivi épidémioclimatique dans les zones à risque d'épidémie palustre » ; document de travail provisoire, ronéo, février 2004.

### IV.3.1. Présentation systémique du mécanisme régional de veille et de riposte

#### *Au niveau régional*

**Schéma 2 : Schéma organisationnel de veille épidémiologique et de déclenchement de la riposte (PVER) au niveau régional**

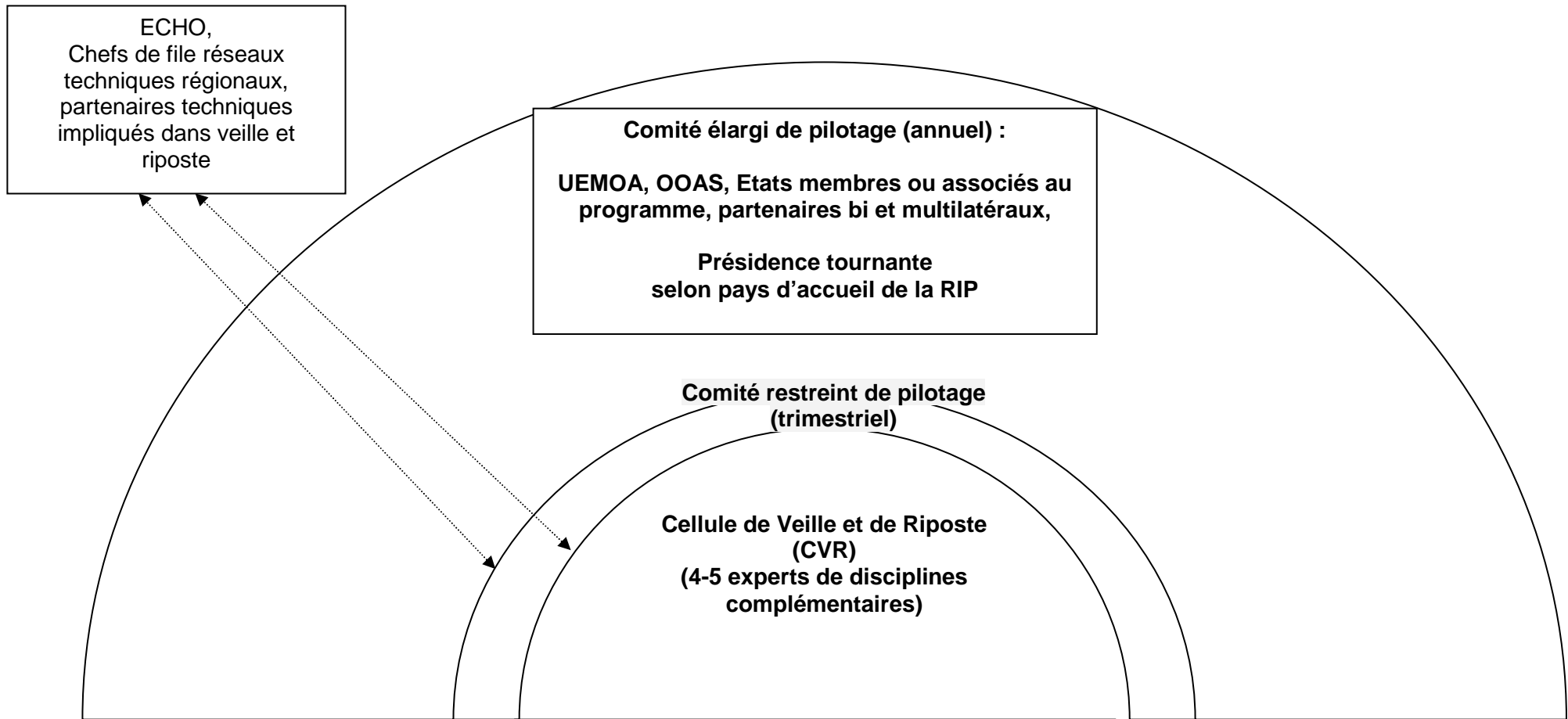


#### **DOMAINES PRIORITAIRES D'EXPERTISE A CONSOLIDER**

1. EPIDEMIOLOGIE D'INTERVENTION / SANTE PUBLIQUE / MANAGEMENT DE PROGRAMMES (dont investigation épidémiologique coordonnée)
2. LABORATOIRE : ALERTE ET CONFIRMATION MICROBIOLOGIQUE, CONTROLE DE QUALITE EXTERNE
3. MAINTENANCE / LOGISTIQUE
4. DEVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL (coordination/ organisation bases de données nationales et sous-régionales, flux des informations, ...)

**MISE EN PLACE D'UN STOCK SOUS-REGIONAL DE MEDICAMENTS, VACCINS, MATERIELS ET CONSOMMABLES**

### Schéma 3 : Coordination sous-régionale



### ***Au niveau des pays***

Le mécanisme sous-régional présenté ci-dessus, en animant et en renforçant des pools d'experts sous-régionaux issus des pays concernés, mobilisés à la demande, permet ainsi, dans le même temps, le renforcement des systèmes nationaux d'alerte et de riposte auxquels ils appartiennent.

Par ailleurs, dans chaque pays, les services ou structures du niveau central impliqués dans la veille et la riposte (système d'alerte, approvisionnement en médicaments/vaccins, laboratoire national de référence) seront dotés de moyens bureautiques et de communication, ainsi que d'un budget de fonctionnement permettant une connexion Web permanente ; le personnel directement responsable de ces activités au sein de ces entités bénéficiera également d'un renforcement de capacités.

Enfin, parmi les quatre hypothèses d'ancrage au niveau national, les participants à l'atelier technique ont priorisé le « modèle » 4, à savoir un appui technique et en co-financement, de sites transfrontaliers limités, identifiés sur la base de critères épidémiologiques (flambées récurrentes, vulnérabilité spécifique) par un groupe de pays concernés. Ceci pourrait s'y traduire par un renforcement spécifique en ressources pré-positionnées, en fonction d'une analyse des besoins et après validation de ces choix par le Comité de Pilotage.

Ce mode d'appui permet, outre son intérêt technique propre, la prise en compte de la dimension transfrontalière des épidémies, prônée tant par les institutions sous-régionales que par les partenaires internationaux bi ou multilatéraux.

Le tableau ci-dessous synthétise les prestations de la structure sous-régionale au bénéfice des pays.

**Tableau 4 : Présentation synthétique des prestations de la structure sous-régionale au bénéfice des pays**

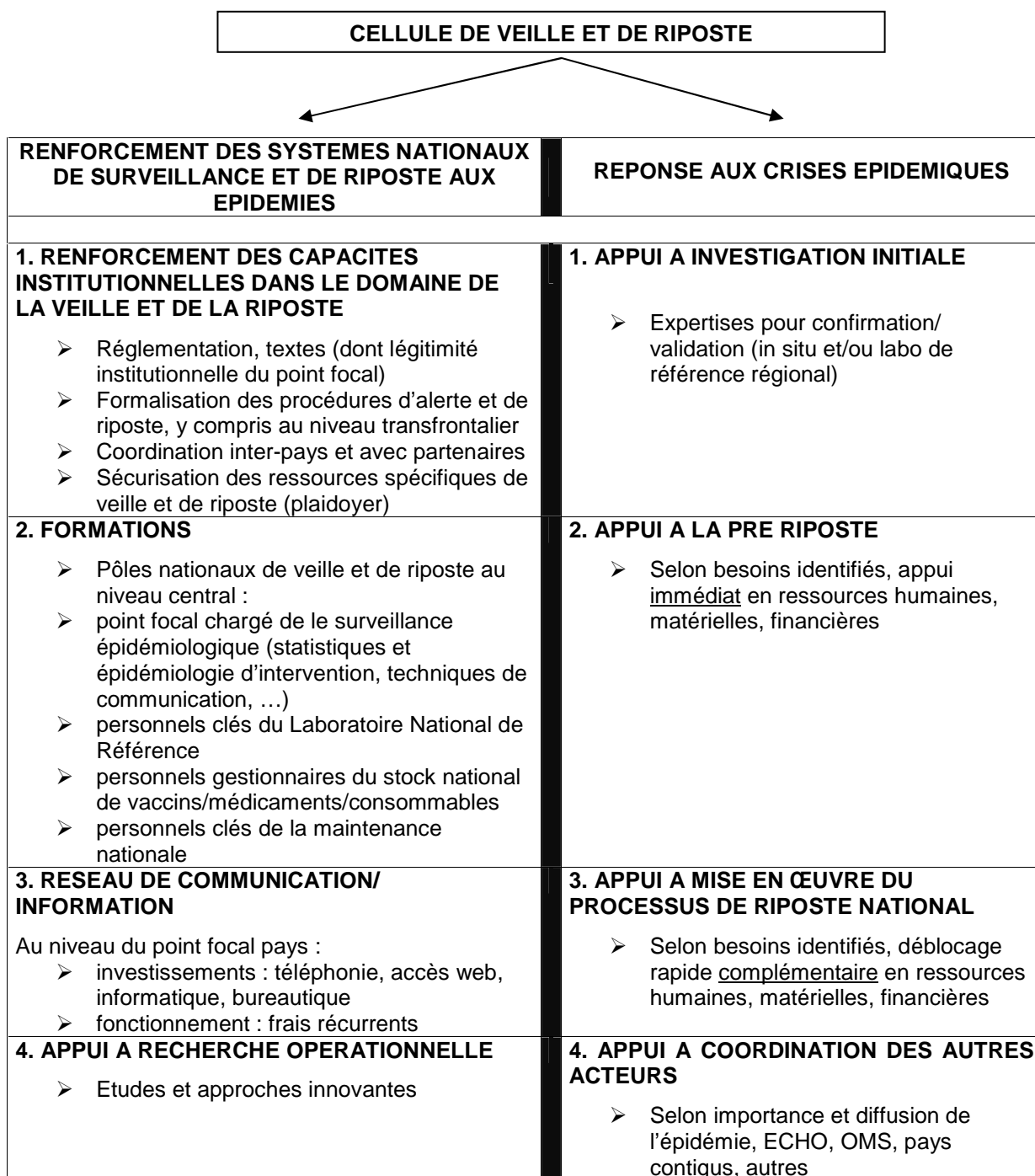
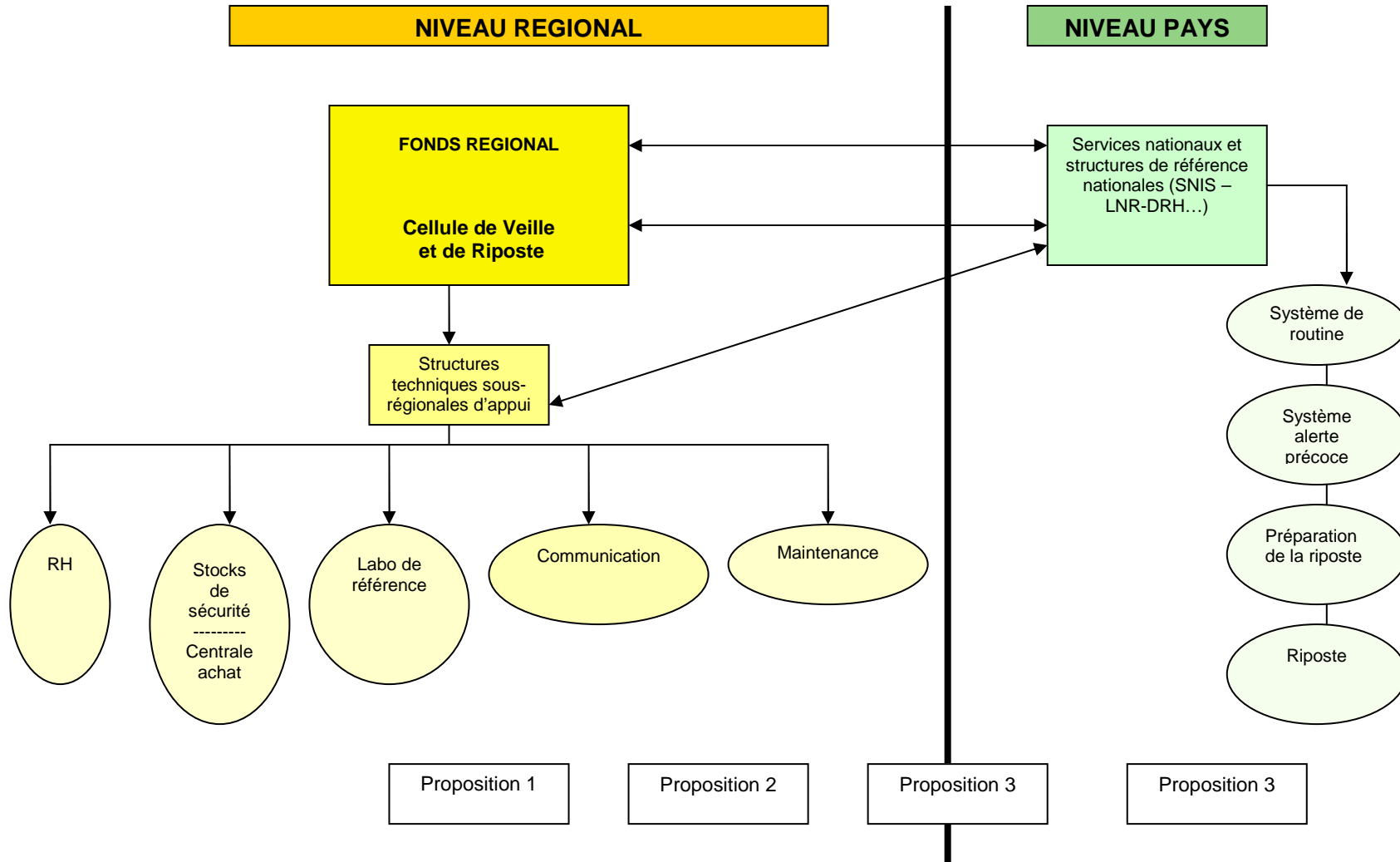


Schéma 4 : Articulation entre les niveaux nationaux et régionaux



### **IV.3.2. Présentation organisationnelle et de financement du mécanisme régional de veille et de riposte**

#### ***Justification***

Rappelons les principaux dysfonctionnements observés dans la gestion de la majorité des flambées épidémiques :

- le manque de capacité nationale à évaluer rapidement les besoins nécessaires pour répondre aux épidémies et à prendre les mesures organisationnelles adéquates,
- l'insuffisance, voire l'absence, de ressources financières ou physiques répondant aux besoins d'urgence,
- la lenteur dans la mobilisation des ressources (absence de procédures de décaissement rapide), induisant des surcoûts liés à la propagation de la flambée épidémique,
- des prélèvements de stocks de vaccins dans les stocks du PEV de routine pour faire face aux besoins de l'épidémie, entraînant la fragilisation du PEV de routine,
- l'absence de procédures d'achat rapide auprès de fournisseurs pré-identifiés (ou pré-contractés),
- l'insuffisance des moyens nationaux de veille et de riposte (ressources humaines et matérielles),
- la fragilisation des centrales d'achats, induite par des prélèvements de ressources financières remboursés avec retard (voire non remboursés).

La présente proposition est basée sur :

- la nécessité de positionner des ressources au niveau régional, destinées à renforcer les capacités nationales, d'où la mise en place d'un fonds régional (FR) et d'une cellule de veille et de riposte (CVR),
- l'obligation de valoriser des ressources limitées, d'où une focalisation sur : (i) la phase initiale de l'épidémie, (ii) le développement des systèmes de veille, (iii) les ressources humaines affectées à la surveillance épidémiologique et de riposte (SER),
- le fait que les dispositifs de financement actuel pour le PEV de routine ne sont pas destinés pour traiter les situations d'urgence (voir annexe<sup>12</sup>).

#### ***Objectifs***

Le Fonds Régional (FR) a pour objet de fournir aux pays membres :

- une avance de trésorerie, destinée à acquérir les intrants nécessaires au traitement de l'épidémie, pour la phase initiale. Cette avance est limitée à un droit de tirage établi en fonction de la contribution initiale des Etats, et est remboursable avec différé d'amortissement (6 mois par exemple) et avec un taux d'intérêt applicable à l'expiration du différé. A titre exceptionnel, un crédit peut être accordé en fonction de la magnitude des risques et des ressources disponibles.
- des fonds nécessaires au développement des systèmes de veille et de riposte (ressources humaines principalement).

La Cellule de Veille et de Riposte (CVR) a pour objet de :

- gérer ce FR.
- apporter une assistance technique spécifique (mobilisation d'experts régionaux d'appui, achats de vaccins et consommables, organisation de la logistique, validation des rapports d'alerte et de fin d'épidémie, mise en œuvre des plans de formation régionaux et recherche opérationnelle).

#### **Fonds Régional**

Le mécanisme s'apparente à celui d'une caisse d'avance :

- Constitution
  - Versement d'une avance financière par les Etats membres
  - Consolidation du FR par ressources extérieures

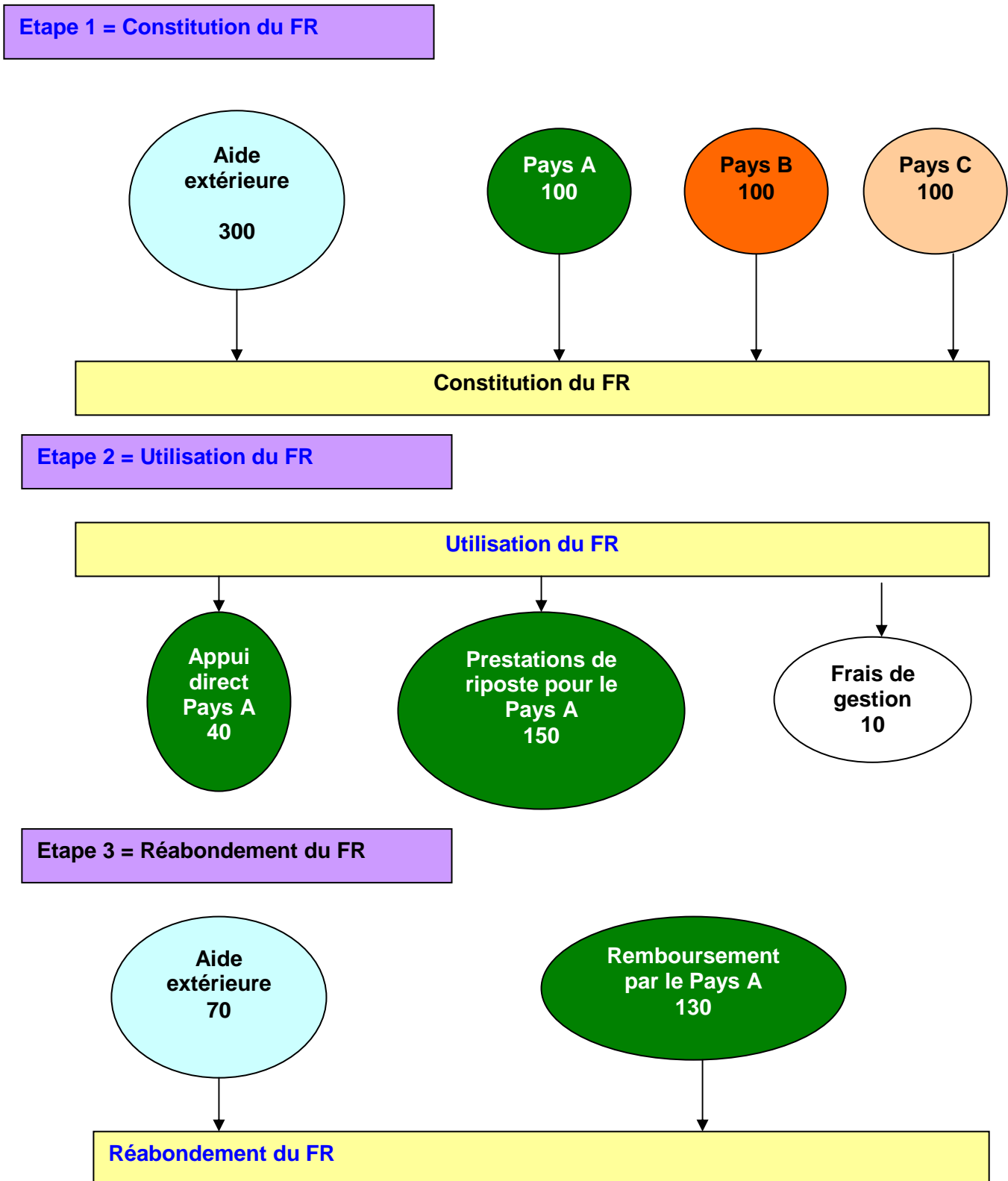
---

<sup>12</sup> Annexe 9 (page 97) : Rappel du dispositif de financement actuel du PEV de routine.

- Utilisation
  - Achats d'intrants pour le compte des Etats ou mise à disposition d'une avance aux Etats membres, à concurrence d'un « droit de tirage »
  - (rapport d'évaluation initial, procédures accélérées)
- Réabondement
  - Remboursement de l'avance

Le schéma suivant résume le mécanisme de fonctionnement du FR.

Schéma 5 : Mécanisme de fonctionnement du Fonds Régional (exemple)



- Les pays membres versent une avance financière sur un compte bancaire domicilié dans un des Etats membres (à sélectionner suivant une liste de critères) ; cette avance est calculée sur une base à définir (par exemple au prorata du nombre d'habitants ou en fonction du potentiel épidémique établi sur base des exercices antérieurs).
- Simultanément, des ressources complémentaires (par exemple ressources fiscales de l'UEMOA et aide extérieure) viennent consolider ce FR.
- En fonction des besoins avérés lors d'une épidémie, le FR octroie une avance à chaque pays concerné, établie à concurrence d'un « droit de tirage » (DT), destiné à financer les premiers intrants nécessaires (intrants de la phase de traitement initiale). Ce DT est établi à hauteur de l'avance versée initialement par les pays, auquel s'ajoute une fraction des ressources extérieures. Les achats d'intrants sont effectués par la CVR, en sa qualité de gestionnaire du FR, sur la base de la requête du pays, validée par le rapport d'évaluation initial approuvé par la CVR. La mobilisation de l'expertise initiale et la validation de ce rapport d'évaluation initial s'effectuent suivant des procédures accélérées.
- Dans les six mois qui suivent l'octroi de cette avance, le pays procède au remboursement de cette avance (la partie nationale + une fraction de la partie extérieure). Au delà de ces six mois, le pays verse des intérêts de retard en sus de l'avance reçue.
- En fin d'épidémie, la CVR mobilise le cas échéant une expertise d'évaluation finale, valide le rapport final et capitalise le bilan de l'intervention.

*Exemple :*

**Constitution du FR**

| <i>Opérations</i>                | <i>Unités de compte (UC)</i> |
|----------------------------------|------------------------------|
| <i>le pays verse :</i>           | 100                          |
| <i>l'aide extérieure verse :</i> | 100                          |
| <i>Total</i>                     | 200                          |

**Utilisation du FR**

| <i>Opérations</i>   | <i>Unités de compte (UC)</i> |
|---|------------------------------|
| <i>Le pays reçoit une avance à hauteur de :</i>   | 100                          |
| <i>Cette avance est complétée par une contribution extérieure de :</i>  | 50                           |
| <i>Le FR prélève une fraction pour les frais de gestion :</i>   | 10                           |
| <i>Le pays dispose d'une réserve destinée à financer des opérations de développement (par exemple formation des équipes de SER) :</i> | 40                           |
| <i>Total :</i>  | 200                          |

**Réabondement du FR**

| <i>Opérations</i>  | <i>Unités de compte (UC)</i> |
|--|------------------------------|
| <i>Le pays rembourse son avance à hauteur de :</i>                                 | 130                          |
| <i>La contribution extérieure complète le remboursement du pays à hauteur de :</i> | 70                           |
| <i>Total :</i>   | 200                          |

### **Ressources et emplois du FR**

| <b>Ressources</b>  |
|--|
| ➤ Fonds nationaux (avances fournies par les pays membres)  |
| ➤ Aide extérieure (dons)   |
| ➤ Subvention régionale (financée par les taxes, par exemple de l'UEMOA)  |
| ➤ Intérêts de retard de paiements versés par les pays qui dépassent la durée du différé  |
| ➤ Intérêts bancaires produits par l'immobilisation des ressources (avances fournies par les pays membres + Aide extérieure + Subvention régionale) |

| <b>Emplois</b>   |
|--|
| ➤ Prestations d'urgence :<br>- vaccins et consommables<br>- dépenses de personnels (indemnités des équipes d'intervention, y compris experts d'évaluation initiale et finale)<br>- logistique (transport, carburant, maintenance, chauffeurs)<br>- télécommunications (radios, Internet, téléphone, fax) |
| ➤ Prestations de développement :<br>- formation des équipes de SER dans des institutions de formation régionales<br>- recherche opérationnelle<br>- animation des réseaux  |
| ➤ Frais de fonctionnement (financement de la CVR) :<br>- personnel permanent<br>- télécommunications (radios, Internet, téléphone, fax)<br>- loyer de la CVR<br>- frais de bureau et de déplacement des membres de la CVR  |

#### **Schéma de financement par le Fonds Régional (Exemple)**

|  | <b>Aide<br/>extérieure</b> | <b>Pays</b> | <b>Total</b> |
|--|----------------------------|-------------|--------------|
| ➤ Prestations d'urgence :<br>- vaccins et consommables<br>- dépenses de personnels (indemnités des équipes d'intervention, y compris experts d'évaluation initiale et finale)<br>- logistique (transport, carburant, maintenance, chauffeurs)<br>- télécommunications (radios, internet, téléphone, fax) | 50                         | 100         | 150          |
| ➤ Prestations de développement :<br>- formation des équipes de SER dans des institutions de formation régionales<br>- recherche opérationnelles<br>- animation des réseaux   | 40                         |             | 40           |
| ➤ Frais de fonctionnement (financement de la CVR) :<br>- personnel permanent<br>- télécommunications (radios, internet, téléphone, fax)<br>- loyer de la CVR<br>➤ frais de bureau et de déplacement des membres de la CVR  | 10                         |             | 10           |
| Total  | 100                        | 100         | 200          |

#### **Procédures de constitution du FR**

| <b>Etapes</b>                          | <b>Conditions</b>  |
|--|--|
| 1. Inscription d'une ligne « riposte » | 1. Dialogue entre les départements de la Santé et des Finances |
| 2. Loi de Finances                     | 2. Volonté politique   |
| 3. Budget Annexe                       | 3. Modernisation de la comptabilité publique                   |
| 4. Compte bancaire National            | 4. Procédures de sécurisation des fonds                        |
| 5. Compte bancaire Régional            | 5. Souscription à une charte régionale                         |

### **Modalités et conditions**

| <b>Modalités</b>     | <b>Conditions</b>   |
|----------------------|---|
| Déclaration du pays  | Transparence  |
| Investigation        | Capacités nationales  |
| Rapport validé       | Cellule régionale   |
| Prestations          | Base de Données + Réseaux fonctionnels                        |
| Paiement immédiat    | Procédures allégées + sécurisation + réseau bancaire régional |
| Réserves suffisantes | Engagement des États + critères rigoureux + audits réguliers  |

### **Avantages et risques**

#### **Avantages**

##### **1. Pour le pays concerné**

- Accès à des ressources immédiatement disponibles, à hauteur du « droit de tirage », avec éventuellement possibilité de recourir à des emprunts,
- Limitation des risques sanitaires et des coûts du fait de la rapidité d'intervention,
- Garantie de disponibilité des vaccins et consommables du fait que les fournisseurs internationaux ont affaire à un marché régional,
- Garantie de livraison rapide par les fournisseurs internationaux (caution bancaire, prépaiement),
- Garantie d'obtenir des vaccins et consommables de qualité et au moindre coût (appels d'offres et effet « quantités »),
- Accès à des compétences régionales et à une assistance par la CVR (achats, validation des rapports d'épidémie, mobilisation d'experts régionaux),
- Structuration transfrontalière permettant de coordonner les interventions avec les pays limitrophes concernés,
- (Si le pays n'est pas en monnaie convertible – Guinée, Mauritanie, Cap Vert, etc.), accès rapide aux devises,
- (Si un stock régional d'urgence est constitué), limitation des pertes par péremption du fait de la plus grande rotation des stocks,
- Accès à une aide extérieure non remboursable,
- Développement des capacités nationales de veille et de riposte,
- Réduction de la dette (éventuelle).

##### **2. Pour les pays limitrophes concernés**

- Rapidité d'obtention d'informations sur la situation des pays membres voisins concernés (transparence),
- Limitation des risques sanitaires et des coûts du fait de la rapidité d'obtention des informations, permettant d'activer les dispositifs d'alerte et de riposte.

##### **3. Pour la sous-région**

- Harmonisation des systèmes nationaux de veille et de riposte, les rendant ainsi plus performants,
- Limitation des risques sanitaires et des coûts,
- Structuration régionale, par la mise en place d'un mécanisme régional destiné à aider la consolidation des systèmes nationaux de veille et de riposte,
- Valorisation des compétences régionales,
- Economies d'échelle par le développement de la demande (vaccins, consommables et matériels),
- Amélioration de la Gouvernance par une articulation avec les mécanismes émergents (tels que MAEP/NEPAD : Mécanisme Africain d'Evaluation par les Pairs – sommet de Kigali, février 2004).

##### **4. Pour l'aide extérieure**

- Intervention à un niveau régional (répondant ainsi, pour ce qui concerne l'UE, aux nouveaux critères d'intervention),

- Amélioration de l'efficacité de l'aide par le fait que la mise en place d'un appui régional participe à la structuration des systèmes nationaux de veille et de riposte,
- Participation aux orientations stratégiques et au contrôle par sa participation au CPR.

5. Pour les fournisseurs de vaccins et consommables (y compris les centrales d'achats nationales)

- Garantie de paiement, du fait de la mise en place d'un système de paiement anticipé, rapide (compte bancaire) et/ou sécurisé (caution),
- Garantie de pouvoir livrer des quantités significatives du fait de l'accès à un marché régional.

### **Risques**

Les risques éventuels sont contenus :

- Les risques de désengagement des États sont contenus du fait (i) de leur souscription préalable à une Charte Régionale, de la mise en place d'un mécanisme d'orientation et de contrôle (CVR + Comité de Pilotage) et de validation (rapport d'investigation, rapport de fin d'épidémies),
- Les risques de déstructuration des systèmes nationaux sont contenus du fait que le système proposé finance des activités de développement (renforcement des capacités de veille et de riposte par des actions de formation et des appuis matériels ponctuels, tels que systèmes de télécommunication),
- Les risques de surconsommation du FR sont contenus, car les Droits de Tirage seront limités à l'avance versée au préalable par les pays membres. De plus, des règles strictes d'engagement du FR seront fixées dans le cas d'opérations de crédit (à titre exceptionnel). Par ailleurs, des audits réguliers seront effectués. Enfin, des mécanismes de gestion (séparation des rôles entre l'ordonnateur, le contrôleur financier et le comptable du FR) et de suivi (Comité de Pilotage) seront mis en place.

L'analyse des avantages et des mesures prises pour contenir les risques permet de conclure la viabilité du mécanisme proposé.

### ***Conditions de participation***

- avoir souscrit à la Charte Régionale (fixant les droits & obligations des Etats membres),
- remplir les conditions minimales requises (capacités), dûment validées par rapport initial d'expert, régulièrement mis à jour,
- avoir versé une avance (calculée au prorata du nombre d'habitants ou en fonction du risque épidémique potentiel).

### ***Conditions d'utilisation***

- déclaration d'épidémie,
- validation par la CVR du rapport d'évaluation initial,
- risques épidémiques au delà d'un certain seuil (à définir),
- dispositif national de riposte fonctionnel et activé dès la déclaration d'épidémie,
- communication effective avec pays frontaliers concernés.

### ***Types d'expertises mobilisables***

- Evaluation pré/post épidémie,
- Actions de formation des équipes nationales (maintenance, micro-biologie, logistique, y compris chaîne du froid),
- Assistance technique régionale aux autorités sanitaires nationales, spécialisée en lutte contre les épidémies,
- Etudes prospectives étudiant les tendances et les déterminants des maladies transmissibles.

## **Cellule de Veille et de Riposte (CVR)**

### Rôle

#### ➤ Niveau institutionnel

- Veiller au respect des dispositions prévues dans la charte régionale et émettre les recommandations correspondantes,
- Assurer les relations avec les départements techniques et financiers des pays,
- Assurer les relations avec les partenaires du développement et les institutions régionales existantes,
- Participer à la coordination des actions dans le cadre des comités existants (y compris les CCIA),
- Suivre les tableaux de bords et les indicateurs,
- Centraliser les données épidémiologiques des pays en liaison avec (i) les équipes sous-régionales OMS et (ii) la cellule de veille mondiale au niveau de OMS Genève,
- Animer un site Web interactif sur les questions de surveillance et de riposte,
- Editer régulièrement un bulletin sur les questions de surveillance et de riposte,
- Valider les rapports d'alerte et de fin d'épidémie,
- Appuyer les services focaux de surveillance et de riposte au niveau central,
- Coordonner les interventions inter-pays,
- Animer le réseau des prestataires (Labos, Instituts de formation, ACAME),
- Capitaliser les leçons tirées des interventions
- Assurer des prestations de conseil en gestion des systèmes de veille et de lutte contre les épidémies,
- Suivre les directives du Comité de Pilotage (CPR) et lui rendre compte.

#### ➤ Niveau des ressources financières

- Gérer le FR,
- Aider les pays dans la mobilisation de ressources nationales (appui au dialogue MSP/MF) et extérieures.

#### ➤ Niveau des ressources humaines

- Tenir et développer la Base de Données des experts et les mobiliser (contractualisation),
- Participer à la définition des curricula et à la mise en œuvre des plans de formation régionaux.

#### ➤ Niveau des ressources matérielles

- Assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables (gestion des appels d'offres<sup>13</sup>, y compris via les Centrales d'achats),
- Suivre les stocks au niveau de chaque pays,
- Gérer le stock régional en liaison avec les opérateurs éventuels contractualisés (CAMEG par exemple),
- Assurer un appui technique à l'organisation logistique lors des ripostes,
- Assister les pays dans la gestion des ressources matérielles (choix des investissements, procédures d'acquisition, maintenance).

### Composition de la CVR

- 1 médecin de santé publique, avec une spécialisation en épidémiologie, ordonnateur du FR,
- 1 administrateur, contrôleur financier du FR, et gestionnaire de la Base de données des experts régionaux,
- 1 pharmacien gestionnaire,
- 1 logisticien,
- personnel d'appui, dont le comptable du FR, et un secrétariat.
  - les membres de la CVR sont des experts régionaux pré-sélectionnés par le CPR.
  - le personnel d'appui est recruté localement, dans le pays hôte de la CVR
  - l'ensemble des personnels de la CVR (experts régionaux et personnel d'appui) est recruté par appel à candidatures.

<sup>13</sup> Annexe 10 (page 98) : Fourniture de vaccins, Note de travail, ReMeD, mars 2004.

### **Exécutif – Pilotage – Partenaires**

|                             | <b>Exécutif</b>          | <b>Comité de Pilotage Régional Restreint</b> | <b>Comité de Pilotage Régional Elargi</b> |
|-----------------------------|--------------------------|--|---|
| CVR                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                  |
| MSP pays hôte RIP année n   |                          | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                  |
| MSP pays hôte RIP année n-1 |                          | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                  |
| Ordonnateur Régional        |                          | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                  |
| Institution(s) Régionale(s) |                          | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                  |
| Chefs de file Réseaux       |                          |  | <input type="checkbox"/>                  |
| Partenaires                 |                          |  | <input type="checkbox"/>                  |

#### **Pré requis = normes de réactivité minimales**

- Existence d'un plan national de prévention et de réponse aux épidémies, opérationnel et financé,
- Évaluation probante des capacités nationales d'alerte et réponse précoce,
- Désignation d'un service focal opérationnel. Le point focal opérationnel est en liaison permanente avec (i) les districts, (ii) les services impliqués (SIS, CA, labos), (iii) ses homologues des États membres, (iv) la cellule régionale (CVR). Il dispose d'un système de communications et de transport fonctionnels ainsi que d'une légitimité institutionnelle.

#### **Principes du système proposé**

- Renforcement des capacités nationales par un appui à la fois direct et par le biais de ressources régionales
- Autonomie, mais articulé avec politique sanitaire (+ ancrage institutionnel),
- Equilibre droits/obligations des Etats membres,
- Transparence,
- Equité, indépendance et solidarité,
- Pooling de ressources,
- Valorisation de la compétence des ressources nationales,
- Respect de la souveraineté, mais « droit de regard » mutuel (MAEP),
- Appui au renforcement des capacités et non substitution,
- Structuration des systèmes nationaux de surveillance,
- Adossé et en synergie avec institutions/organismes sous-régionaux
- Sécurisation des opérations par (i) la séparation des rôles au niveau de la CVR, (ii) des audits, (iii) des rapports d'alerte et de fin d'épidémie.

#### **Critères d'éligibilité**

- Souscrire durablement à une Initiative de Veille et de Riposte (inscription d'une ligne budgétaire sécurisée sur le budget de l'État pour l'achat des vaccins et consommables destinée aux besoins liés aux épidémies, assortie de procédures de décaissement réel)
- S'engager à se doter d'un fonds national de Veille et de Riposte (inscrit en annexe au budget de l'État)
- Respecter les règles communes définies dans la Charte régionale (à fixer dans une étape initiale par une déclaration commune des pays membres : sommet à organiser, par exemple par la CATR en concertation avec les partenaires).

#### **Hypothèses**

- Les pays souscrivent à la Charte régionale (Initiative Régionale de Veille et de Riposte),
- L'aide extérieure adhère au système proposé et le montant de sa contribution est évalué par un « Tour de Table »,
- Les ressources de l'aide extérieure sont supplantées progressivement par des subventions régionales.

### **Rôle de l'aide extérieure**

- **Conditionnelle** (liée à la proclamation d'une Initiative Régionale de Veille et de Riposte fixant les droits et obligations des Etats membres, assortie (i) de la mise en place au niveau des pays de mécanismes probants de bonne gouvernance, (ii) d'un calendrier réaliste de financement à terme de l'ensemble du mécanisme par des ressources nationales (budgets des Etats) et régionales (subvention des institutions régionales financées par taxation et contributions des Etats membres),
- **Incitative** (en apportant une aide aux pays qui souscrivent à l'Initiative),
- **Limitée** (pas de financements massifs, mais appui à la mise en relation entre l'offre et la demande),
- **Additionnelle** (en appoint, en contrepartie d'un effort réel des États),
- **Adaptée** aux nouveaux mécanismes de l'aide.

### **Postes financés par l'aide extérieure**

- Participation à la constitution du fonds de roulement du FR,
- Prise en charge des frais initiaux d'installation de la CVR (bureautique, moyens de transport),
- Prise en charge dégressive des dépenses de fonctionnement de la CVR,
- Prise en charge dégressive des charges d'expertise ponctuelle et des actions de formation,
- Participation à la mise à niveau des pays sur le plan matériel (fonctionnalisation des services focaux du niveau central par exemple)

### **Phases de mise en œuvre**

- Phase 1 : Préparation du Projet
- Phase 2 : Structuration régionale
- Phase 3 : Mise en œuvre des conditions préalables
- Phase 4 : Mise en œuvre des opérations
- Phase 5 : Consolidation et dévolution

Le détail de ces phases est en Annexe<sup>14</sup>.

Nota :

- L'élaboration de ces phases se place dans l'hypothèse où le mécanisme proposé se développe dans le cadre du Projet Régional pour la Santé en Afrique de l'Ouest, approuvé le 17 mars 2004.
- Les phases de mise en œuvre tiennent compte des décisions prises lors de la 6<sup>ème</sup> RIP – Cotonou, 5-7 avril 2004), (cf. § IV.5 page suivante).

#### **IV.4. Les recommandations faites par les représentants des onze pays à l'issue de l'atelier de restitution (Ouagadougou, mars 2004)**

*« Les 4 et 5 mars 2004, s'est tenu à Ouagadougou l'atelier de restitution des résultats de l'étude sur la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles. Ont pris part aux travaux les directeurs nationaux de la santé et les responsables de la surveillance au niveau des pays. Au terme de l'atelier, les participants ont adopté un consensus sur les points suivants :*

##### **I - Diagnostic**

*A la suite de la présentation des résultats de l'étude menée dans les 11 pays concernés, les participants présents à la réunion ont approuvé le rapport et ont trouvé pertinent la démarche qui a été adoptée dans le cadre de cette étude.*

##### **II - Propositions de création du fonds régional et de son mécanisme de fonctionnement**

*A la suite de l'étude, les consultants internationaux (CREDES) ont proposé la création d'une cellule régionale de veille et de riposte (CVR) qui sera soutenue par un Fond Régional (FR).*

<sup>14</sup> Annexe 11 (page 103) : Phases de mise en œuvre.

Des débats, les points suivants ont fait l'objet d'unanimité :

- 1 Nécessité d'appuyer les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique à la suite de l'étude diagnostique qui a été faite dans les 11 pays concernés. Cet appui permettra de rendre performants les dits systèmes.
- 2 La CATR /Projet FED ARIVA est maintenant acceptée dans les pays de la sous-région où elle a fait un travail remarquable. Les pays recommandent de garder et de renforcer la CATR pour la gestion de ce volet surveillance
- 3 En matière de mobilisation et d'achat des médicaments, vaccins et consommables, il faut profiter des expériences des autres partenaires et des mécanismes déjà existants dans la sous région
- 4 Nécessité de créer des mécanismes de coordination et de mobilisation des ressources entre les partenaires
- 5 Il faut accorder une certaine souplesse au système régional de veille épidémiologique des maladies sous surveillance, contrairement au caractère limitatif proposé, qui prend en compte uniquement la fièvre jaune, la méningite et le choléra »

#### IV.5. Les décisions prises lors de la 6<sup>ème</sup> Réunion Inter Pays (Cotonou, avril 2004)

Lors de la 6<sup>ème</sup> Réunion Inter Pays, une présentation des résultats de l'étude a été faite à l'ensemble des participants. Un draft de la présente synthèse a été remis en début de RIP. Un Groupe de travail (GT n° 2) s'est ensuite réuni les lundi 5 et mercredi 7 avril 2004, composé des représentants des onze pays, des partenaires (OMS, UNICEF, UE), des structures impliquées (AMP, CVP Path) ainsi que des consultants. A partir d'une série de variantes soumises à débat (en Annexe<sup>15</sup>) les points de consensus suivants ont été dégagés :

- Positionnement sous-régional : Le positionnement sous-régional du dispositif de veille et de riposte a été retenu, avec un Comité de Pilotage Régional, une Cellule Régionale de Veille et de Riposte (CVR) et un Fonds Régional (FR).
- Localisation géographique : La localisation géographique de la CVR sera celle du Siège du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED. Si ce positionnement n'a pas débattu pour ne pas interférer avec le choix qui relève des pays membres de la CEDEAO, il a été cependant été retenu le principe d'un positionnement dans un pays doté d'une bonne infrastructure opérationnelle (moyens de télécommunication, système bancaire et hub aérien principalement). Il est également préférable que la CVR soit située dans une capitale, plutôt que dans une ville de province).
- Pays éligibles : Les pays éligibles sont ceux visés dans le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, à savoir 15 pays : Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Togo. Toutefois, d'autres pays, qu'ils fassent actuellement partie du périmètre ARIVA (tels que Mauritanie et Tchad) ou non, pourront être éligibles en qualité de pays associés. Dans ces conditions, il importe donc de prendre rapidement des mesures favorisant cette intégration des pays associés, et de prendre également en compte les questions liées aux ressources financées par les institutions régionales.
- Objectifs et rôles de la CVR et du FR : Les objectifs et rôles de la CVR (et du FR) sont de mener des actions d'urgence (mise à disposition de vaccins et d'experts spécialisés en lutte contre les épidémies, logistique) et des actions de développement (formation, recherche opérationnelle), en étroite liaison avec les partenaires concernés (OMS, UNICEF, ECHO).
- Mécanisme du FR : Le mécanisme de constitution, d'utilisation et de réabondement du Fonds Régional a été retenu suivant le schéma proposé (et en tenant compte des modalités définies par ailleurs : objectifs et rôles du FR, ressources, financement, conditions de crédit, calcul de l'avance, etc.)
- Renforcement des capacités nationales de veille et de riposte et ancrage : Le renforcement des

<sup>15</sup> Annexe 12 (page 105) : Organisation et financement du mécanisme régional de veille et de riposte, Fiche de résultat des débats lors de la 6<sup>ème</sup> RIP – Cotonou, 5-7 avril 2004.

capacités nationales de veille et de riposte au niveau des pays a été retenu. Ce renforcement portera en priorité sur la mise à niveau d'une structure focale de veille et de riposte (SFVR) au niveau central, incluant le Responsable de la Surveillance épidémiologique, le Directeur National des Laboratoires, le Directeur de la Centrale d'achat. Cette structure fonctionnera en étroite relation avec les districts, la CVR, les structures homologues des autres pays membres et les services financiers de l'administration (MF et DAF du MSP). Cette structure sera le point d'ancrage national du dispositif retenu, et aura une légitimité administrative, dotée de moyens adéquats.

- Appui aux structures sous-régionales de référence : Les structures sous-régionales de référence seront appuyées, selon les priorités définies et suivant des critères de sélection à élaborer.
- Ressources du FR : Les ressources du FR sont constituées des Fonds nationaux et régionaux auxquelles s'ajoute l'Aide extérieure (dans un premier temps, les ressources de l'Aide extérieure sont celles qui seront mises à disposition par le FED au travers du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED ; Ensuite, le FR pourra être alimenté par d'autres partenaires).
- Types d'épidémies concernées : Les types d'épidémies concernées sont toutes les épidémies mais de façon graduée en privilégiant les épidémies les plus courantes à définir ultérieurement.
- Financement des opérations : Pour le financement des opérations, les pays disposent d'un Droit de tirage avec éventuellement accès au crédit. Le crédit sera accordé en fonction de la magnitude de l'épidémie et des ressources disponibles dans le pays. Pour les pays ne disposant pas de droits de tirage suffisant – ou qui ne sont pas éligibles au fonds, mais qui menacent les pays membres alentour – il sera prévu un Fonds de Solidarité. L'accès à ce Fonds de Solidarité sera conditionné par une série de critères à définir ultérieurement. Ce Fonds de Solidarité sera financé entre autres possibilités par une taxe de l'UEMOA et sera destiné à protéger le FR de risque de faillite en cas d'épidémies nombreuses ou étendues pouvant absorber rapidement les capacités du FR pour la riposte.
- Conditions de crédit : Par « crédit », on entend soit les opérations liées aux montants non remboursés à l'expiration du différé d'amortissement, soit celles qui sont accordées aux Etats qui n'ont pas participé à la contribution ou qui ont des besoins supérieurs à leur Droit de Tirage. Pour le remboursement, un différé d'amortissement de 6 mois sera accordé. Les conditions de crédit seront accordées en contrepartie de garanties fournies par les pays, suivant des conditions à définir ultérieurement. Toutefois, pour que le Fonds ne soit pas fragilisé par les pays qui ne sont pas en mesure d'honorer leur dette, il est recommandé d'adosser le FR à une Institution Régionale (UEMOA ?) susceptible de procéder à des retenues directes.
- Calcul de l'avance (Fonds de Roulement initial) : Cette avance sera établie à partir d'indicateurs composites définis par le comité de pilotage. Le risque épidémique existant partout, il a été proposé de fixer l'avance en tenant compte de (i) la capacité contributive de chaque Etat et (ii) le risque en fonction de la taille de la population. Toutefois, les pays pourront verser une avance supérieure à celle qui leur a été fixée (pour pouvoir disposer ainsi d'un Droit de Tirage supérieur) et cette avance (ainsi que les remboursements auxquels ils procéderont) pourront être financés par des aides extérieures qu'ils obtiendront).
- Tarifcation : Toutes les prestations sont remboursables « at cost », suivant grilles tarifaires prédéfinies. Il a été suggéré que dans un premier temps, les frais de personnel (expertise spécialisée d'appui à la pré-riposte ou à la riposte) et frais récurrents liés à cette expertise seront prises en charge par le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest.
- Niveaux d'interventions : Des procédures seront définies pour établir les niveaux d'interventions en fonction de la nature, de la localisation et de l'ampleur des épidémies. A partir de ces éléments, il sera défini des catégories d'opérations qui relèvent soit des ressources nationales uniquement, soit du Fonds Régional, soit du Fonds de Solidarité, soit enfin de l'aide extérieure (ECHO par exemple).
- Composition de la CVR : 1 médecin de santé publique, avec une spécialisation en épidémiologie,

ordonnateur du FR, 1 administrateur, contrôleur Financier du FR, et gestionnaire de la Base de données des experts régionaux, 1 pharmacien gestionnaire, 1 logisticien et du personnel d'appui, dont le comptable du FR, et un secrétariat. En fonction des ressources disponibles, il sera étudié l'opportunité d'ajouter à la CVR un laborantin, en plus des autres experts identifiés.

- Constitution du fonds de roulement initial : La constitution du fonds de roulement initial se fera en une ou plusieurs fois, à des dates fixées à la convenance des pays. Il en sera de même pour les opérations liées à la consolidation de ce fonds de roulement.
- Compte bancaire du FR : Le compte bancaire du FR fonctionnera sous double signature et sera logé dans une banque de la place où sera située la CVR. D'autres sous-comptes bancaires sous double signature pourront être ouverts dans d'autres pays (pour activer les opérations financières).
- Mise en œuvre : En attendant le lancement du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, la CATR sera chargée d'assurer les étapes initiales de l'appui proposé, et ce en conformité avec le 5<sup>ème</sup> objectif spécifique du Programme ARIVA : « contribuer à la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique permettant une réponse rapide aux épidémies, aux niveaux des Etats et régional ».

## V. CONCLUSION

Comme indiqué supra (§ « étapes ultérieures »), la mise en œuvre des présentes propositions s'inscrit nécessairement au delà des limites du projet ARIVA, dont le terme est fixé au 30 juin 2005. Suivant les hypothèses transmises aux consultants, cette mise en œuvre se développera essentiellement dans le cadre du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, signé le 17 mars 2004. Or, l'examen de ces éléments fait apparaître deux atouts décisifs :

- une convergence de l'approche de ce programme avec les résultats directeurs de la présente étude, réalisés en étroite concertation avec les pays et les partenaires<sup>16</sup>,
- la possibilité d'une continuité entre le projet ARIVA et ce Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest : la clôture d'ARIVA devrait en effet coïncider avec le lancement du PRSAO.

Dans ces conditions, le projet ARIVA assurera, dès (i) validation des résultats par l'UE (ii) et accord *formel* des pays et des partenaires sur le schéma directeur régional, les principales étapes préliminaires suivantes :

- Formulation d'une charte de Surveillance régionale et de riposte
- Élaboration d'un plan d'action régional
- Définition du schéma organisationnel

Cette charte de Surveillance régionale et de riposte se fera dans le cadre d'une réunion inter-Etats, organisée par la CATR en étroite liaison avec les pays et les partenaires, et financée par le Devis-Programme de clôture (DPIV du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2005).

Sur le plan technique, avec l'aide des partenaires et le cas échéant avec une contribution du projet ARIVA, les pays poursuivront leur démarche de structuration des systèmes de veille et de riposte, en particulier par la mise en œuvre des prérequis : (i) développement d'un plan national de prévention et de réponse aux épidémies, opérationnel et financé, (ii) désignation d'un service focal opérationnel au niveau central, opérationnel et disposant d'une légitimité institutionnelle, (iii) inscription d'une ligne budgétaire sécurisée sur le budget de l'État pour l'achat des vaccins et consommables destinée aux besoins liés aux épidémies, assortie de procédures de décaissement réel.

---

<sup>16</sup> Annexe 13 (page 109) : Fiche d'analyse du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, par rapport aux résultats directeurs de la présente étude.

Sur le plan « politique », il convient de déterminer le Siège du PRSAO. Sachant que le Bénin est le seul pays à avoir inscrit la santé dans les secteurs de concentration du FED, ce pays dispose d'un avantage comparatif. De plus, sachant que le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest concerne les 15 pays d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), il est nécessaire d'entreprendre au plus tôt les démarches visant la bonne intégration de pays associés, tels que la Mauritanie et le Tchad.

Simultanément, les services de l'UE pourront s'appuyer sur les matériaux fournis par cette étude en vue de la préparation et du lancement du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest. A titre indicatif, un cadre logique ont été esquissés (en annexe<sup>17</sup>).

---

<sup>17</sup> Annexe 14 (page 121) : Cadre logique.

## ANNEXES

- Annexe 1 : Présentation synthétique des termes de référence de l'étude régionale sur la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles : objectifs, principes méthodologiques et résultats attendus
- Annexe 2 : Contexte et méthodologie de l'étude
- Annexe 3 : Importance du problème des maladies à potentiel épidémique
- Annexe 4 : Inventaire critique de la situation actuelle de la surveillance épidémiologique et du contrôle des maladies transmissibles
- Annexe 5 : Protocole d'accord de Ouagadougou pour le plan sous-régional de coopération en matière de lutte contre les épidémies (1996-2001), coordonné par l'OMS et regroupant 16 pays d'Afrique de l'Ouest, l'Algérie, le Tchad ; signature du Protocole par les Ministres de la santé et ceux de l'Intérieur
- Annexe 6 : Indicateurs de PNB et de population de pays d'Afrique Sub-saharienne
- Annexe 7 : Acteurs sous-régionaux et internationaux (ayant été impliqués, impliqués ou émergents) dans le domaine de la Surveillance et le contrôle des maladies transmissibles
- Annexe 8 : Recommandations pour le renforcement de la SECMT au niveau régional et national
- Annexe 9 : Rappel du dispositif de financement actuel du PEV de routine
- Annexe 10 : Fourniture de vaccins, Note de travail, ReMeD, mars 2004
- Annexe 11 : Phases de mise en œuvre
- Annexe 12 : Organisation et financement du mécanisme régional de veille et de riposte, Fiche de résultat des débats lors de la 6ème RIP – Cotonou, 5-7 avril 2004
- Annexe 13 : Fiche d'analyse du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, par rapport aux résultats directeurs de la présente étude
- Annexe 14 : Cadre logique

## Annexe 1

### **Présentation synthétique des termes de référence de l'étude régionale sur la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles : objectifs, principes méthodologiques et résultats attendus**

#### **I. Contexte de l'étude et justification**

La Commission européenne (CE) a déclaré sa volonté de soutenir un volet surveillance épidémiologique dans le cadre du programme ARIVA comme moyen d'améliorer les performances globales de cette intervention et à travers elle, renforcer la lutte contre les maladies transmissibles ce qui, du fait de leur impact socio-économique, est une stratégie importante dans le cadre de la réduction de la pauvreté. Les partenaires du développement se sont engagés à soutenir les pays dans cette lutte comme le stipulent les résolutions du Conseil et du Parlement européens sur « la lutte contre les maladies transmissibles ayant un impact sur la pauvreté »

A cet effet, un budget a été inscrit au compte du projet ARIVA et prévoit le financement d'une étude, menée en étroite collaboration avec les pays et partenaires, afin de mieux cerner les enjeux actuels en matière de surveillance épidémiologique et de définir, de manière consensuelle, un système de collecte et de gestion des données aux niveaux régional et national favorisant une réponse adéquate et efficiente pour une meilleur contrôle des maladies transmissibles.

La maîtrise de l'information sanitaire est capitale dans la lutte contre les épidémies. Les pays concernés par le projet ARIVA en sont conscients et disposent de systèmes d'information sanitaire collectant en routine des données de morbidité ainsi que d'un système d'alerte pour les maladies prioritaires à déclaration hebdomadaire.

Si la fiabilité des données n'est pas toujours exemplaire, la faiblesse majeure de ces systèmes se situe aux étapes de l'analyse et de la communication qui entravent la prise de décision. Plusieurs facteurs contribuent au manque de réactivité de ces systèmes : collecte de données trop nombreuses et peu utiles, manque d'agrégation et de synthèse aux étapes successives de la transmission, longs délais de transmission liés à la précarité des moyens de communication, défaut d'analyse en périphérie et aux niveaux intermédiaires, absence de rétro information.

Pour que l'information transmise par le système de surveillance permette une action adaptée, il faut que les circuits décisionnels la reçoivent à temps. Le lien institutionnel entre les chargés de données épidémiologiques et les décideurs en matière de santé fait souvent défaut : dans certains pays, les unités en charge de la surveillance épidémiologique au niveau central, s'apparentent encore à des "bureaux de la statistique", privilégiant la dimension administrative de leur activité par rapport à une pratique active de la santé publique.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique fait l'objet de nombreux programmes d'assistance technique. Il s'agit de projets de coopération bilatérale (États Européens, USAID, ACDI), comme de programmes soutenus par l'OMS, l'UNICEF et d'autres agences des Nations Unies. Grâce à ces interventions, les activités minimales de surveillance, notamment de collecte des données, ont pu être mises en place dans les pays. Par contre, la multiplicité de ces programmes a entraîné des effets pervers en aboutissant à des systèmes de surveillance parallèles développés dans le cadre de programmes verticaux. Cette approche parcellaire de la surveillance (appui limité à la surveillance associé à un renforcement opérationnel insuffisant de la capacité de réponse) et la sous-estimation de la composante institutionnelle du problème n'ont pas permis d'avoir l'impact attendu sur la lutte contre les épidémies. Cette surveillance verticale conçue dans le cadre de programme de lutte contre certaines maladies, a entraîné des chevauchements au niveau des efforts et des ressources.

Malgré les initiatives déjà développées (Projet ASURE) et d'autres en cours ("Surveillance Intégrée de la Maladie", Éradication de la Poliomyélite) le déficit de réponse adéquate aux situations d'urgence épidémiologique persiste d'où la volonté de la CE de donner un appui pour faciliter le dialogue entre les intervenants et favoriser l'émergence d'une solution cohérente et performante pour le niveau régional. Il ne s'agit pas pour la Commission d'ajouter une nouveau projet à ceux déjà existants mais plutôt d'inscrire son intervention en appui aux efforts déjà entrepris, en particulier par OMS/AFRO en donnant des moyens pour :

- (i) rationaliser les systèmes actuels et faciliter la mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique performant aux niveaux régional et national ;

- (ii) contribuer à la recherche de ressources pour en garantir la durabilité.

L'étude sur la surveillance épidémiologique dont il est question devrait aboutir à la définition d'un système global de surveillance épidémiologique, concernant aussi bien le niveau pays que la région, auquel pourront souscrire tous les partenaires.

## **II. Objectifs de l'étude**

### **II.1. Objectif général**

Fournir les éléments techniques, organisationnels et administratifs pour mettre en place et rendre opérationnel un système de surveillance épidémiologique assurant le recueil et la gestion des données nécessaires pour répondre de manière performante aux besoins liés à la maîtrise des maladies transmissibles.

### **II.2. Objectifs spécifiques.**

Établir un inventaire critique de la situation actuelle par pays et au niveau régional en ce qui concerne :

- (i) la surveillance épidémiologique et ses liens avec le(s) système(s) d'information sanitaire et d'alerte rapide.
- (ii) le niveau et la disponibilité effective en ressources matérielles, logistiques, financières et humaines dans le domaine de la prévention et de la réponse aux épidémies et la part consacrée aux dispositifs de surveillance épidémiologique.

Analyser les mécanismes actuels de coordination, faisant ressortir forces et faiblesses et proposer une approche orientée vers l'action qui valorise les ressources existantes.

Définir les besoins et actions prioritaires à mener au niveau régional et national sur les plans technique, organisationnel, institutionnel, humain, logistique et financier pour assurer une surveillance épidémiologique efficiente.

L'étude fournira aux décideurs des pays concernés et partenaires suffisamment d'éléments pour mobiliser et organiser les ressources nécessaires à l'Appui à la Surveillance Épidémiologique et assurer leur utilisation optimale ainsi que leur suivi.

## **III. Résultats attendus de l'étude**

Sur base d'une présentation critique de la situation actuelle et des besoins identifiés en matière de surveillance épidémiologique au niveau de la région et des différents pays, l'étude aboutira à :

- (i) la présentation et l'accord des partenaires sur les principes directeurs et spécifications pour la conception générale du système de surveillance épidémiologique au niveau régional précisant les liens entre ce niveau et les différents pays et entre les pays entre eux, en mettant l'accent sur les aspects de communication et de collecte et utilisation de l'information (contenu et support avec place et modalités d'utilisation des technologies modernes, Internet)
- (ii) la définition des structures et schémas organisationnels et institutionnels de mise en œuvre de la surveillance épidémiologique au niveau régional en stipulant la responsabilité des différents organes, acteurs et agences impliqués (contractualisation des prestations respectives),
- (iii) l'élaboration d'un plan global pour la mise en œuvre et le fonctionnement permanent du système de surveillance épidémiologique au niveau régional basé sur les réalités et exigences des différents pays ;
- (iv) l'élaboration d'un plan de financement du système de surveillance épidémiologique définissant les ressources requises et coûts estimés au niveau global avec projection de l'origine et répartition des fonds ;
- (v) la formulation de recommandations pour les étapes à suivre et pour toutes les actions supplémentaires nécessaires pour assurer le financement et la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique régionale (niveau pays, CE et autres financements à rechercher)

- (vi) la définition des orientations stratégiques et la détermination de l'implication du volet surveillance épidémiologique du niveau régional en ce qui concerne ses liens avec le système d'information sanitaire et d'alerte rapide de chacun des pays ;
- (vii) une évaluation de la viabilité à terme (hypothèses et contraintes), du système de surveillance épidémiologique régionale, en particulier sur les plans institutionnel et budgétaire ;
- (viii) la spécification des actions à entreprendre par le projet ARIVA pour appuyer la mise en place du volet surveillance épidémiologique au niveau régional et la définition des interventions des différents partenaires au niveau des pays dans la cadre de la contribution des systèmes nationaux de surveillance au système régional ;
- (ix) la rédaction de la matrice de planification du cadre logique et du plan d'action opérationnel avec budget estimatif de la contribution européenne selon le format exigé par le devis-programme FED ;
- (x) une revue détaillée de la faisabilité technique, économique et financière, institutionnelle, environnementale et socioculturelle, ainsi que la faisabilité en matière de gestion du projet proposé abordant les questions économiques, sociales et sanitaires identifiées dans chacun des pays concernés, au niveau régional et dans les relations entre ces niveaux.

#### **IV. Méthodologie et questions à étudier**

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet ARIVA, en collaboration étroite avec la Cellule d'Appui Technique Régionale, la Délégation de la commission européenne au Burkina Faso et l'unité AIDCO/C4 à Bruxelles.

Le résultat attendu de l'étude est la définition d'un système approprié de surveillance épidémiologique englobant les niveaux régional et national. La Commission européenne souhaite y arriver par une approche consensuelle en mettant à disposition des moyens pour approfondir le dialogue et les échanges entre les acteurs, intervenants et partenaires concernés et les appuyer dans la démarche les conduisant à la mise en place de ce système ou réseau de systèmes.

Étant donné l'expérience et le rôle majeur joué par l'OMS et son bureau régional en matière de collecte et gestion de l'information sanitaire à travers les dispositifs actuels et futurs ainsi que sa vocation de coordination au niveau régional, cette agence sera étroitement impliquée à toutes les étapes de l'étude. Il en sera de même des autres acteurs et partenaires engagés dans le secteur.

Le projet ARIVA, dont les acquis en matière d'amélioration de la couverture vaccinale dans un contexte d'approche sectorielle et de responsabilisation des équipes pays sont reconnus, apportera également le soutien de son expérience et sa connaissance des personnes et du terrain aux consultants qui, en retour, le tiendra informé et discutera tout au long de la mission des évolutions et hypothèses de travail.

Les questions à étudier et les activités à mener peuvent être regroupées en plusieurs pôles chacun comportant des exigences particulières :

- (i) collecte de données pour réaliser un inventaire critique de l'existant au niveau des pays et de la région en matière de surveillance épidémiologique ;
- (ii) estimation des ressources actuelles (financières, humaines, matérielles, logistiques) consacrées à la surveillance épidémiologique à travers les diverses interventions des niveaux local, national et régional ;
- (iii) description :
  - des systèmes de surveillance épidémiologiques existants, en détaillant leur organisation, y compris les aspects institutionnels,
  - des structures de coordination en place et/ou les interactions - ou absence d'interactions - des systèmes entre eux avec chaque fois référence aux niveaux national et régional ;
- (iv) établir le cahier des charges du système de surveillance épidémiologique à partir de la détermination des besoins essentiels en matière d'information sanitaire indispensable à un système de surveillance épidémiologique performant ;
- (v) évaluer les ressources nécessaires pour assurer la mise en place, l'opérationnalisation et le fonctionnement permanent de la surveillance épidémiologique au niveau régional et des pays, en particulier pour les rendre capables de communiquer sur les plans technique et logistique avec le niveau régional ;

- (vi) élaborer des propositions dans les différents domaines concernés par l'étude, les présenter aux acteurs et partenaires et les discuter avec eux.
- (vii) organiser (préparer, animer) un atelier de travail à l'issue duquel les partenaires seraient d'accord sur le système de surveillance épidémiologique à développer

Sur le plan méthodologique, une approche participative sera privilégiée dès ce stade, impliquant dans chaque pays les différentes catégories d'acteurs qui seront concernés par l'intervention et ce en vue de collecter divers avis et favoriser une meilleure appropriation ultérieure de la démarche.

Les consultants travailleront en concertation avec les responsables nationaux et les experts des agences impliquées dans la surveillance épidémiologique (OMS, UNICEF, etc.) ainsi que les représentants de la CE (coordinateurs santé ou conseillers).

## Annexe 2

### Contexte et Méthodologie de l'étude

#### 1. Contexte général

Les maladies transmissibles représentent la principale cause de morbidité et de mortalité en Afrique subsaharienne.

Les infections respiratoires aiguës (IRA), les maladies diarrhéiques, le paludisme, la tuberculose, le Sida ont causé, selon l'OMS, 10 millions de morts en 1999.

Les maladies infectieuses à potentiel épidémique élevé comme la méningite à méningocoque (ou cérébro spinale), la fièvre jaune et les autres fièvres hémorragiques, le choléra, la rougeole entraînent chaque année une mortalité importante principalement dans la population infantile.

En 2000, l'OMS a estimé le nombre de cas de fièvre jaune à 200 000 dont 30 000 décès pour l'Afrique. Depuis 2000, il y a eu des épidémies au Bénin, Burkina Faso, Guinée, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Sénégal, Libéria, Nigeria, Sierra Léone et en Guinée (cf annexe 1).

Ces maladies, potentiellement guérissables, sont généralement diagnostiquées trop tardivement et peu traitées (la vaccination est insuffisante et les médicaments sont insuffisamment disponibles), de plus, lors des flambées épidémiques, le retard dans la riposte conduit à une surmortalité des populations qui pourrait être évitable.

Pour lutter avec efficacité contre ces maladies, les 46 Etats membres de l'OMS/AFRO ont adopté la stratégie de Surveillance Intégrée des Maladies Transmissibles et Réponse aux épidémies (SIMR) lors de la 48<sup>ème</sup> session du comité régional de l'OMS le 2 septembre 1998. Un Groupe Spécial de Travail sur la SIMR a été mis en place. Les 46 Etats devront d'ici 2006 avoir mis en place des systèmes de surveillance intégrée et 60% au moins de leurs districts devront mettre en œuvre les activités.

Le consensus a été fait sur vingt et une maladies prioritaires devant faire l'objet d'une surveillance :

- *maladies à éradiquer/éliminer* : poliomyélite, ver de guinée, tétanos maternel et néonatal, lèpre, filariose lymphatique ;
- *maladie à potentiel épidémique élevé* : méningite, choléra, rougeole, dysenterie bacillaire, fièvre jaune et fièvres hémorragiques virales ;
- *maladies constituant des problèmes majeurs de santé publique* : paludisme, VIH/SIDA, IST, tuberculose, IRA chez les moins de cinq ans, diarrhées aiguës chez les moins de cinq ans, trypanosomiase humaine africaine, onchocercose, ulcère de Buruli et schistosomiase urinaire.

La surveillance épidémiologique intégrée consiste en l'intégration de toutes les activités de surveillance : détection, confirmation, notification, analyse, communication, rétro information, formation, supervision, ressources au niveau du district.

Les objectifs de la SIMR sont de :

- garantir la durabilité des systèmes d'information sanitaire,
- rendre la surveillance épidémiologique plus rapide et plus efficace,
- de mettre en place un système de communication fiable entre les différents niveaux du système de santé,
- de mettre en place des consultants pour l'appui aux pays.

## 2. Contexte et méthodologie de l'étude

Cette étude sur la surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies transmissibles (SECMT) a pour objet de cerner les enjeux actuels de la SECMT dans les pays appuyés par le Projet ARIVA et dans ceux, potentiellement candidats, qui ceinturent cette zone.

Elle comprend une première partie qui est un inventaire critique de la situation actuelle de la SECMT dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et une deuxième partie formulant des propositions pour un programme d'appui aux niveaux national et régional qui devrait être financé par l'UE.

Conformément aux termes de référence, les principes-clés de cette étude sont les suivants :

- Etude menée en étroite collaboration avec les pays et les partenaires, en particulier l'OMS, afin de :
  - mieux cerner les enjeux actuels en matière de surveillance épidémiologique,
  - définir, de manière consensuelle, un système de collecte et de gestion des données aux niveaux régional et national favorisant une réponse adéquate et efficiente pour un meilleur contrôle des maladies transmissibles.
- Prise en compte et valorisation de l'existant. En particulier, propositions s'appuyant sur :
  - les acquis et les contraintes des structurations institutionnelles, des activités menées ou en cours de tous les organismes actuellement impliqués, quel que soit leur statut (OMS, UNICEF, ECHO, OOAS, BASICS/USAID, PASEI/CCISD, EPIVAC/AMP, ...)
  - l'analyse historique des organisations sous-régionales ayant récemment cessé leurs activités comme l'OCCGE, le projet ASURE ou EPIGEPS.
- Recherche de synergie et de complémentarité avec les données à ce jour disponibles.  
Notamment celles issues des études d'évaluation des systèmes d'informations intégrés, menées ces trois dernières années par l'équipe inter-pays du bloc Afrique de l'Ouest de l'OMS dans 14 des 17 pays du champ d'investigation retenu
- Finalités de l'appui UE :
  - faciliter le dialogue entre intervenants et favoriser une solution cohérente et performante au niveau régional
  - appuyer les efforts déjà entrepris, en particulier par OMS/AFRO en donnant des moyens pour:
    - (i) rationaliser les systèmes actuels et faciliter la mise en œuvre d'un système de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles performant aux niveaux régional et national ;
    - (ii) contribuer à la recherche de ressources pour en garantir la durabilité.

L'étude sur la surveillance épidémiologique devrait aboutir à la définition d'un système global, concernant aussi bien les niveaux pays que la région, auquel pourront souscrire tous les partenaires.

### Les résultats attendus de l'étude sont :

1. la conception d'un système de surveillance épidémiologique au niveau régional précisant les liens entre ce niveau et les différents pays et entre les pays entre eux, en mettant l'accent sur les aspects de communication et de collecte et l'utilisation de l'information,
2. la définition des structures et des schémas organisationnels et institutionnels de mise en œuvre de la SECMT au niveau régional et stipulant la responsabilité des différents organes, acteurs et agences impliqués,
3. l'élaboration d'un plan global pour la mise en œuvre et le fonctionnement permanent du système de SECMT au niveau régional basé sur la réalité et les exigences des différents pays,
4. l'élaboration d'un plan de financement du système SECMT définissant les ressources requises et les coûts estimés au niveau global avec projection de l'origine et répartition des fonds,

5. la formulation de recommandations pour les étapes à suivre et pour toutes les actions supplémentaires nécessaires pour assurer le financement et la mise en œuvre de la SECMT régionale,
6. la définition des orientations stratégiques et la détermination de l'implication du volet SE du niveau régional en ce qui concerne ses liens avec le système d'information sanitaire et d'alerte rapide de chacun des pays,
7. une évaluation de la viabilité à terme du système SECMT régional en particulier sur les plans budgétaires et institutionnels,
8. la spécification des actions à entreprendre par le Projet ARIVA pour appuyer la mise en place du volet surveillance épidémiologique au niveau régional et la définition des interventions des différents partenaires au niveau des pays dans le cadre de la contribution des systèmes nationaux de surveillance au système régional,
9. une revue détaillée de la faisabilité technique, économique et financière, institutionnelle, environnementale et socioculturelle, ainsi que la faisabilité en matière de gestion du projet proposé abordant les questions économiques, sociales et sanitaires identifiées dans chacun des pays concernés, au niveau régional et dans les relations entre ces niveaux.

### **La méthodologie**

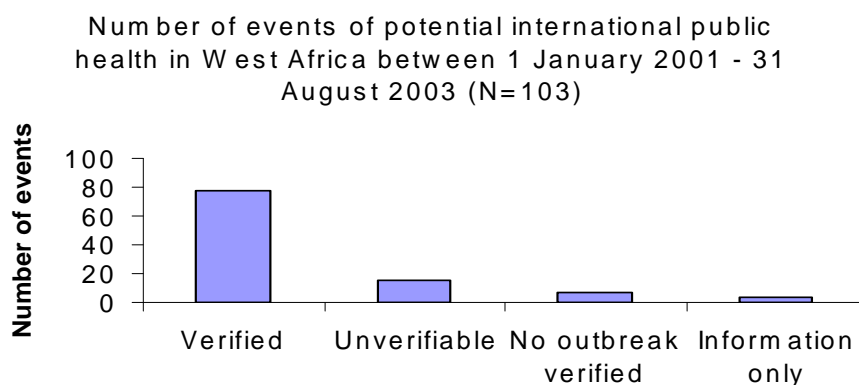
L'étude a suivi plusieurs étapes :

- finalisation de la méthodologie, à la CATR ARIVA, Ouagadougou du 14 au 18 octobre 2002, en association avec un représentant de l'OMS Burkina Faso.
- présentation de la méthodologie aux pays ARIVA réunis en atelier à Banjul les 20 et 21 octobre 2002.
- envoi d'un dossier de présentation de l'étude à l'ensemble des pays retenus, avec demande de désignation d'un point focal national chargé de préparer la venue des experts et de collecter la documentation nécessaire. Il était convenu que les experts impliqués ne se rendaient dans le pays que lorsqu'un accord officiel était obtenu et que le point focal assurait le respect des préalables demandés.
- Les missions d'experts se sont déroulées entre mars et décembre 2003.
- L'analyse synthétique a été effectuée à partir de janvier 2004.
- Une mission de concertation avec les bureaux OMS et UNICEF et autres organismes d'appui régionaux a eu lieu en janvier 2004.
- Un atelier technique à Ouagadougou s'est déroulé du 1<sup>er</sup> mars au 3 mars 2004.
- Un consensus final s'est dégagé lors de la 6<sup>ème</sup> RIP à Cotonou du 4 au 7 avril 2004.

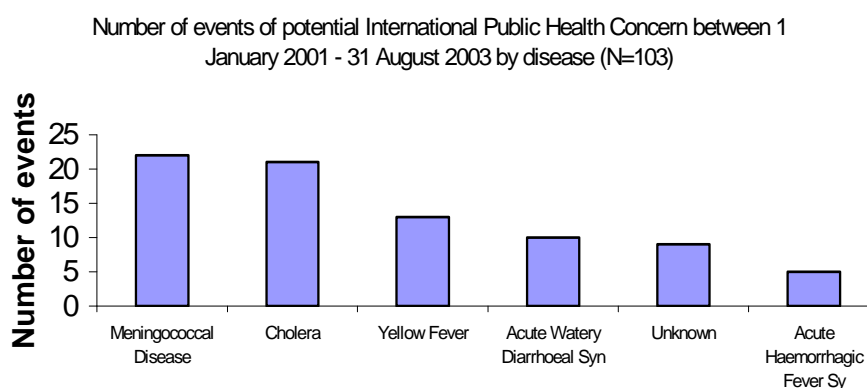
### Annexe 3

#### Importance du problème des maladies à potentiel épidémique<sup>18</sup>

1. Entre le 1er janvier 2001 et le 31 août 2003, l'équipe d'investigation épidémiologique a identifié 103 événements en Afrique de l'Ouest avec une incidence potentielle sur la santé publique internationale :



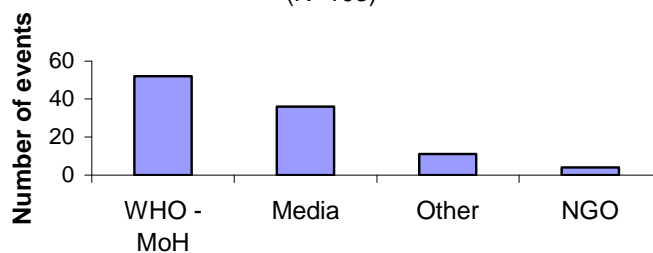
2. Les syndromes/maladies les plus fréquents étaient la méningite (21,4%), le choléra (20,3%), la fièvre jaune (12,6%), les syndromes dysentériques (9,7%), les événements restés sans étiologie (8,7%), les fièvres hémorragiques (4,8%) :



3. La moitié des rapports initiaux provenaient de sources informelles non officielles (media, groupes de discussion électroniques, ONG).

<sup>18</sup> Communicable Disease Surveillance and Response, Global Alert and response, Epidemic Intelligence and Verification, Analysis in West Africa; 1 January 2001 – 31 August 2003; document ronéo, ECHO.

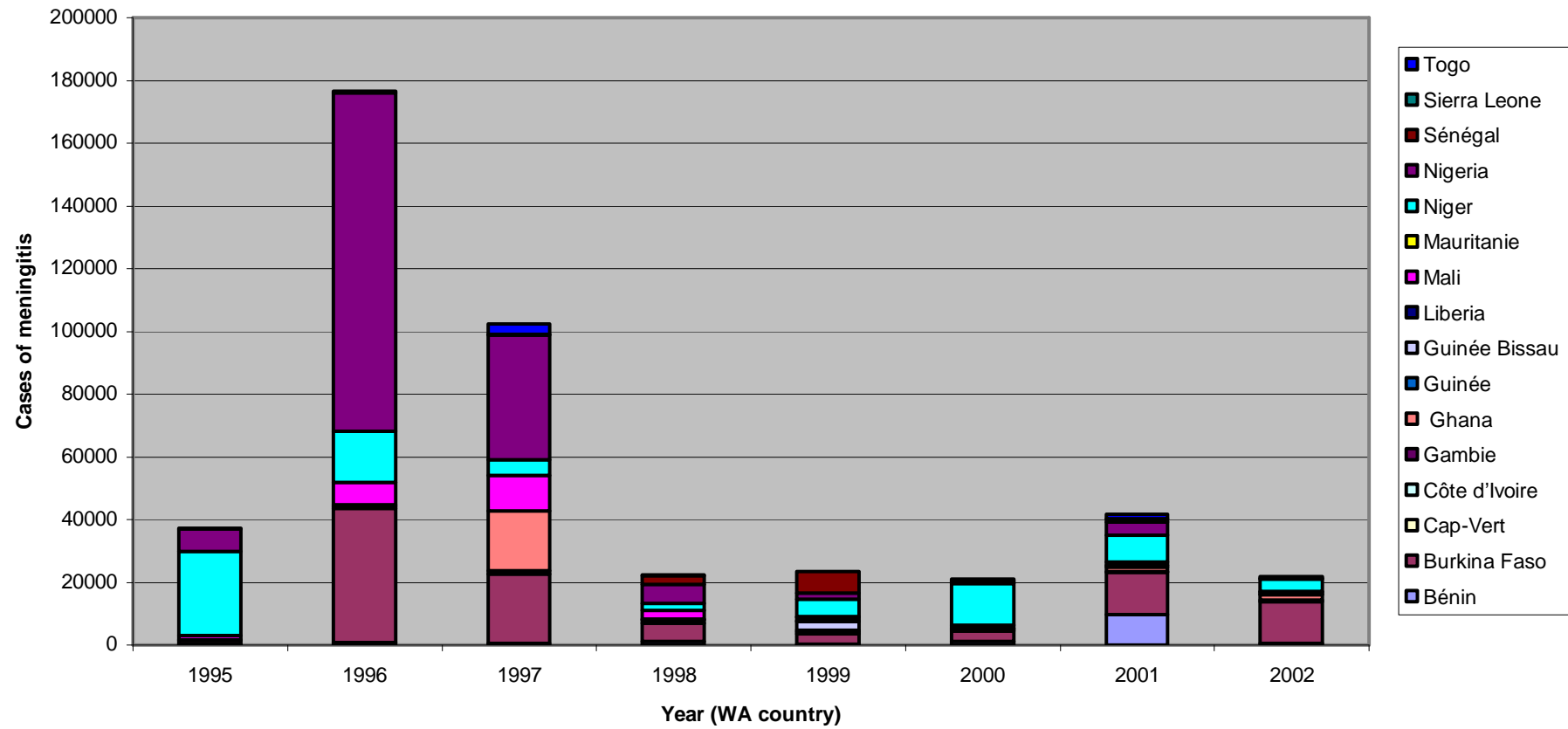
Number of events of potential international public health concern in West Africa between 1 January 2001 - 31 August 2003 by information source (N=103)



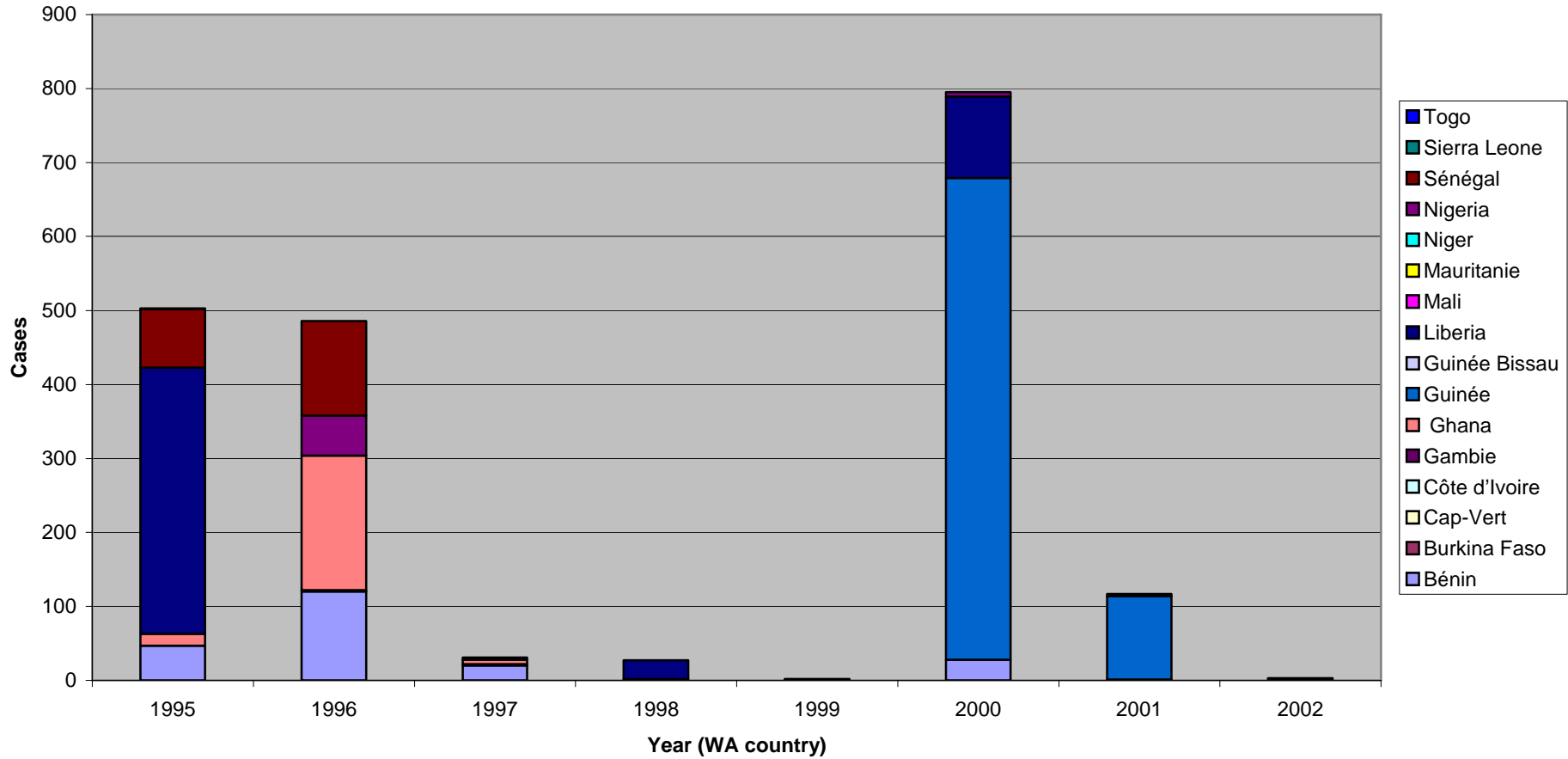
**Nombre d'évènements par pays 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 31 août 2003**

| Pays          | Nombre Pourcentage |            |
|---------------|--------------------|------------|
|               | d'évènements       |            |
| Benin         | 5                  | 4.9        |
| Burkina Faso  | 6                  | 5.8        |
| Cameroun      | 3                  | 2.9        |
| Cap Vert      | 0                  | 0          |
| Cote d'Ivoire | 9                  | 8.7        |
| Gambie        | 5                  | 4.9        |
| Ghana         | 10                 | 9.7        |
| Guinée-Bissau | 1                  | 1.0        |
| Guinée        | 5                  | 4.9        |
| Liberia       | 5                  | 4.9        |
| Mali          | 0                  | 0          |
| Mauritanie    | 3                  | 2.9        |
| Niger         | 8                  | 7.8        |
| Nigeria       | 24                 | 23.3       |
| Senegal       | 5                  | 4.9        |
| Sierra Leone  | 6                  | 5.8        |
| Tchad         | 6                  | 5.8        |
| Togo          | 2                  | 1.9        |
| <b>Total</b>  | <b>103</b>         | <b>100</b> |

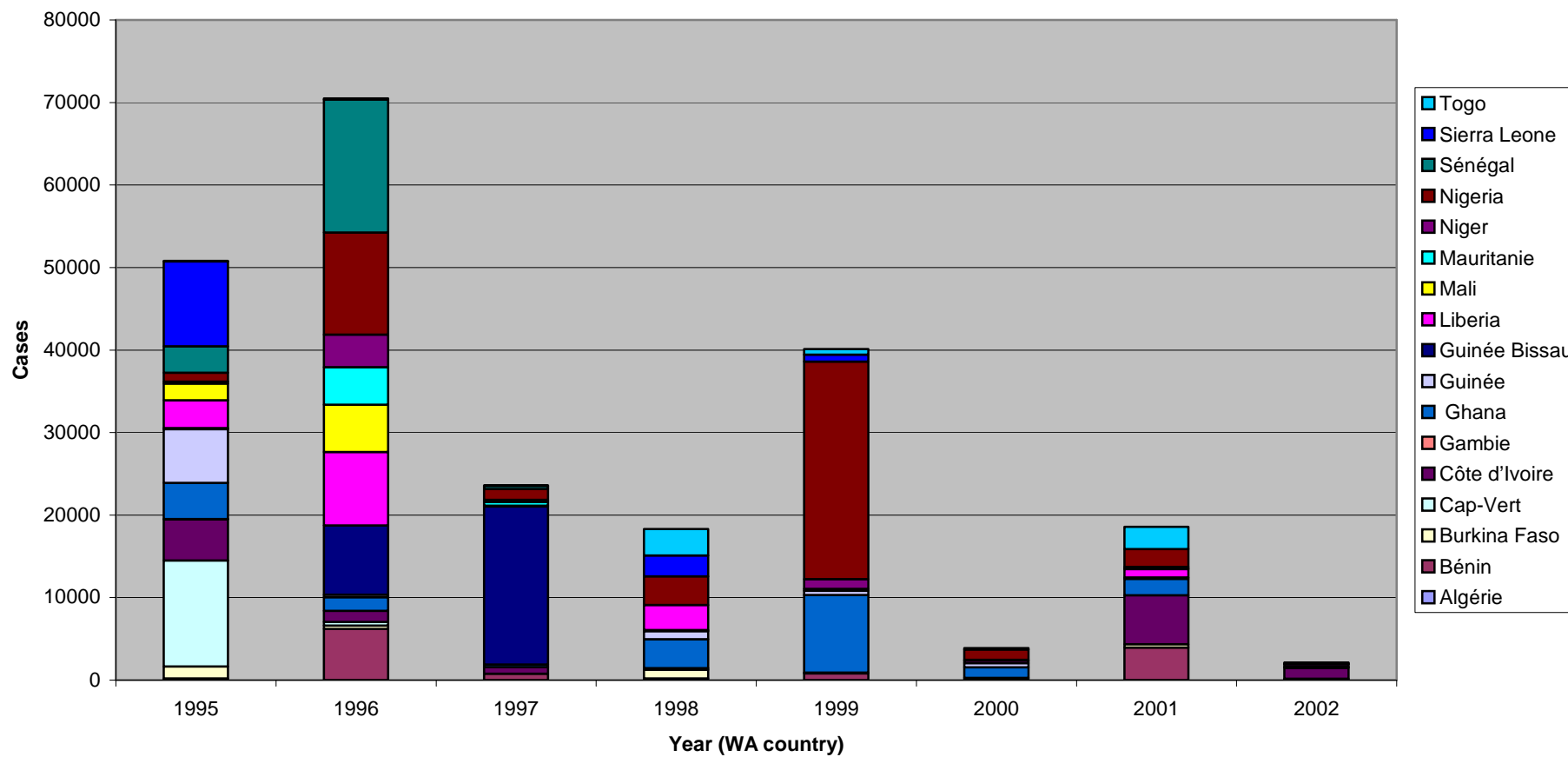
**Cases of meningitis reported to WHO 1995 to mid 2002**  
(some information is incomplete)



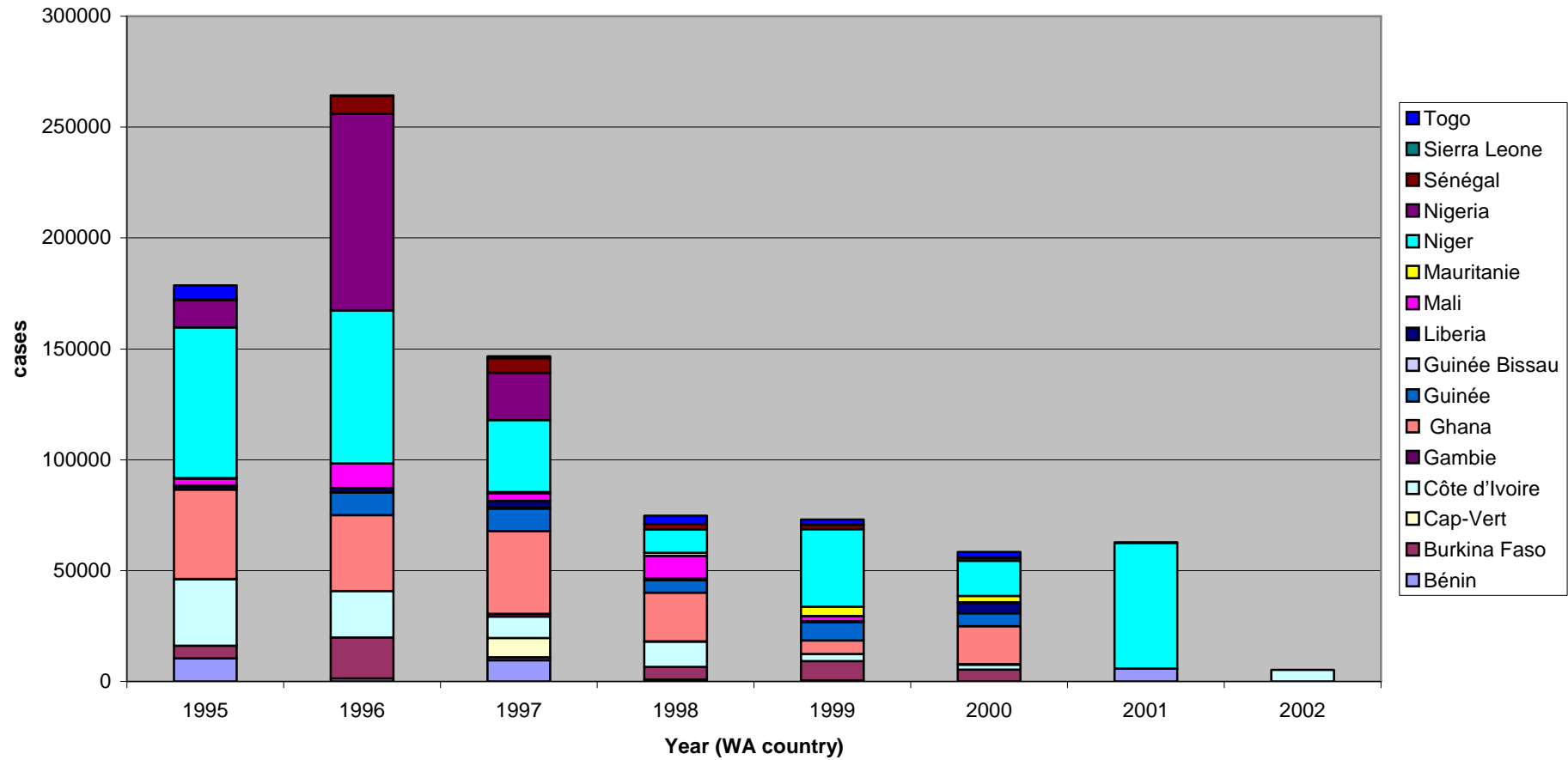
**Yellow fever cases reported to WHO 1995 to mid 2002**  
 (there are many missing or incomplete information)



**Cases of Cholera reported to WHO 1995 to mid 2002  
(last two years incomplete)**



**Cases of Measles reported to WHO from 1995 to mid 2002  
(some cases are missing, specially 2001 and 2001)**



## Annexe 4

### Inventaire critique de la situation actuelle de la surveillance épidémiologique et du contrôle des maladies transmissibles

L'inventaire critique de la situation actuelle de la surveillance épidémiologique et du contrôle des maladies transmissibles (SECMT) s'est focalisé sur les questions suivantes : (i) le management et l'analyse institutionnelle de la SECMT ; (ii) l'évaluation qualitative des RH et le renforcement de leurs capacités ; (iii) les montants, les sources de financements et les circuits financiers ; (iv) la réactivité de la SECMT lors des flambées épidémiques nationales et transfrontalières ; (v) les suggestions en matière de coordination et de synergie sous régionale. Cet inventaire fait la synthèse des études réalisées dans les 11 pays<sup>19</sup> d'Afrique de l'ouest et du centre.

#### 1. Le management et l'analyse institutionnelle de la SECMT

L'étude des 11 pays met globalement en évidence :

1. des dispositions réglementaires insuffisantes,
2. l'insuffisance de fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires,
3. des difficultés d'élaboration et de mise en œuvre des Plans SMIR.

##### 1.1. Des dispositions réglementaires insuffisantes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Dans l'ensemble des pays étudiés, il existe une volonté politique affichée de mise en œuvre de la SECMT qui se concrétise principalement par son inscription en terme de priorité dans les axes stratégiques des politiques gouvernementales.

Il y a bien quelques dispositions réglementaires mises en place comme :

- l'adoption de textes de lois régissant le contrôle sanitaire aux frontières, la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies, la création de comités intersectoriels permanent de gestion des épidémies.
- la mise en œuvre de directives nationales de surveillance et de lutte contre les paralysies flasques aiguës, la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos maternel et néonatal, le choléra, la méningite cérébro-spinale et les shigelloses.

Mais globalement on se heurte à des insuffisances concernant les dispositions réglementaires : les textes législatifs et décrets n'existent pas toujours, parfois ne sont pas publiés ou diffusés, ne sont pas actualisés ou connaissent des difficultés dans leur application. Les citations dans l'encadré suivant illustrent ces insuffisances :

- « Il n'y a pas de texte officiel définissant les attributions des services impliqués dans la SE».
- « Nombreux changements institutionnels et nombreux décrets qui ne laissent pas le temps de leur application»
- « Les arrêtés qui définissent les procédures et les mécanismes d'articulation entre les différents intervenants n'ont pas encore été publiés».
- « L'équipe n'a pas pu trouver un document écrit portant sur les rôles et attributions des intervenants dans le secteur de la santé ».
- « Il existe une multiplication de textes (qui se sont stratifiés, aboutissant à un « imbroglio » juridique) ou une absence de texte (par exemple le laboratoire national n'a pas de support décisionnel lui conférant une responsabilité particulière dans le domaine de la SE..... il n'y a pas d'actualisation du décret portant création du CCIA qui n'a pas pris en compte des partenaires pourtant devenus incontournables comme le Ministère des Finances et la Banque Mondiale».
- « .... les rôles et attributions de chacun des intervenants, ainsi que les procédures ne sont pas toujours bien respectés, du fait principalement d'une confusion des rôles et responsabilités entre les différents niveaux et à chaque niveau de la pyramide, ...

<sup>19</sup> Bénin, Burkina Faso, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad, Togo.

- *D'une manière générale, les mécanismes décisionnels (procédures, fiches de postes, arrêtés..) ne sont pas clairement définis de façon formelle, car les documents sont anciens et parfois contradictoires. De plus, l'organigramme du MSP est en cours de révision. Ces documents seront à mettre à jour au vu du nouvel organigramme (et d'un PNDS) ».*

## **1.2. L'insuffisante fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires (SNIS) :**

Dans l'ensemble des pays étudiés, les SNIS ne sont pas en mesure d'assurer la production, l'utilisation et les flux des informations sanitaires. Plusieurs dysfonctionnements ont été identifiés, qui expliquent largement cet état de fait :

1. Pas ou peu de coordination des services d'informations sanitaires au niveau national
2. Multiplicité des acteurs et des partenaires suivant souvent leurs propres objectifs
3. Insuffisances propres à tous les systèmes d'informations de routine
4. Omniprésence de la gestion verticale des grands Programmes (PEV, PFA, Paludisme, Rougeole, Onchocercose) par insuffisance d'intégration des activités au niveau des districts
5. Insuffisante fonctionnalité des districts alors que ce niveau a été retenu comme le pivot opérationnel du système de santé

### **a. Insuffisance de coordination au niveau national des services d'informations sanitaires**

Les services qui gèrent la surveillance de routine, l'alerte précoce et la riposte sont plus ou moins indépendants les uns des autres et ils n'ont pas une vue d'ensemble de la finalité (stratégique et opérationnelle) de l'information sanitaire.

En dehors des épidémies, il existe souvent, à ce jour, peu de mécanisme institutionnel d'articulation entre les différentes directions et divisions chargées des activités de surveillance et d'alerte précoce ; les principales failles tiennent à l'organisation générale et à la coordination des acteurs et des ressources.

Ceci en raison de l'absence de schéma directeur du SNIS (SD-SNIS) dans la plupart des pays, d'une trop grande centralisation des systèmes d'informations qui conduit à l'asphyxie et d'un problème de rétention de l'information, interne ou externe<sup>20</sup>.

L'encadré page suivante présente une analyse synthétique de la situation actuelle par pays.

### **b. Multiplicité des acteurs et des partenaires suivant souvent leurs propres objectifs**

Aux insuffisances de coordination nationale, s'ajoutent les difficultés de coordination avec les partenaires au développement qui appuient ces divers programmes sur les plans financier et technique. Dans un contexte de forte dépendance financière aux bailleurs de fonds (cf chapitre financement), la diversité des procédures de financement, des objectifs et des méthodes, et en l'absence d'une coordination nationale efficace, peut conduire à des situations incohérentes de mise en œuvre. De ce fait, certaines priorités peuvent ne pas être prises en compte.

<sup>20</sup> « Les données de l'information ne doivent pas être un élément de souveraineté, les épidémies couvent en bas, les gens ne le disent pas ... pour des raisons politiques on ne divulgue pas l'épidémie » d'après un responsable de l'OMS.

**Au Bénin.** Il n'y a pas de SD-SNIS, mais il existe un système d'information et de gestion sanitaire (SNIGS) depuis 1989. C'est la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) qui assure la direction opérationnelle de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaire des frontières, ports et aéroports. Le SNIGS dispose d'un logiciel « LOGISNIGS » mais le dernier annuaire des statistiques sanitaires date de 2001.

**Au Burkina Faso.** Il n'y a pas de SD-SNIS mais plusieurs services : le Service de Surveillance Epidémiologique (SSE) ; les laboratoires du Centre hospitalier National Yalgado Ouedraogo, du Centre hospitalier pédiatrique Charles de Gaulle, du Centre Muraz ; le Programme d'appui à la surveillance épidémiologique intégrée (PASEI2). Au niveau national, la coordination des intervenants est assurée par le comité de suivi du PNDS mais il ne s'est réuni que 3 fois depuis 2002. Il existe aussi un comité de gestion des épidémies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire qui rencontre des difficultés de décaissement de fonds.

**En Gambie :** Le système d'information sur la gestion de la Santé (HMIS) chapeaute tout le système d'informations et fait le lien entre la périphérie et le niveau central. L'Epidemiology and Statistics Unit (ESU) est l'unité de surveillance épidémiologique responsable de la coordination et de la mise en œuvre des activités : collecte de données, analyse, rétro information, il existe des systèmes de surveillance parallèle, qui dépendent toutefois de l'ESU. Il existe une équipe nationale de coordination aux réactions épidémiques (NERCT). Les groupes de travail sur le terrain (Task Forces) rencontrent de nombreuses difficultés car aucun système de dépistage n'est en place et aucun stock de matériel d'urgence n'est disponible.

**En Guinée :** Le Service Statistique Etude Informatique (SSEI), rattaché au secrétariat général, coordonne l'information sanitaire. La gestion des épidémies relève de la Division Prévention Lutte Contre les Maladies (DPLCM), au niveau de la section Urgences Epidémies et Catastrophes. Mais on note de nombreux dysfonctionnements dans la gestion du système : (i) les données de la tuberculose sont pilotées par le Programme puis validées sans l'intervention du SSEI ; (ii) la disjonction entre le système d'alerte et la routine en la DPLCM et le SSEI est nette : les données de routine sont centralisées au niveau du SNISGS -à la section SSEI rattachée au Cabinet- alors que le Système d'alerte précoce dépend de la DNPS ; (iii) le Système d'Information à Assise Communautaire (SIAC) a comme structure de pilotage, la Direction Nationale de la Santé Publique et n'interfère pas avec le SSEI du Cabinet ministériel ; (iv) le Réseau National de Laboratoire centralise les données de confirmation biologique issues des maladies à caractère épidémique ; (v) les données du PEV sont partagées au niveau national avec le SSEI qui contribue à la validation des données et à la diffusion des résultats d'analyse au niveau périphérique. Les données du PEV ne sont pas comptabilisées par la DPLCM.

**En Guinée Bissau :** il existe un Service d'hygiène et d'Epidémiologie (SHE) qui est un service unique responsable pour toutes les activités de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles et d'information sanitaire, qui élabore des Plans d'action biennaux. Il y a cependant d'autres institutions, autonomes et parapubliques comme le Project Santé de Bandim qui développe avec le MSP et le laboratoire national de Santé Publique des activités de recherches longitudinales à base communautaire. Les mécanismes de coordination prévus dans le PNDS n'existent pas car le Plan n'a pas été mis en œuvre.

**Au Mali :** Il existe un SD-SNIS depuis 1998, qui a été évalué en 2003. C'est l'Unité Planification Formation Information Sanitaire (UPFIS) et sa section information sanitaire qui gère la surveillance de routine au travers du Système local d'informations sanitaires des 1ers et 2ième échelons. C'est la Division prévention et lutte contre la Maladie (DPLM) avec sa Section surveillance et alerte épidémiologique (SSAE) qui gère la prévention et la riposte aux épidémies. La coordination du SLIS et de la SSAE est assurée par la Direction nationale de la Santé.

**En Mauritanie :** Le SNIS n'est pas fonctionnel. L'Unité Surveillance Epidémiologique (USE) gère la routine, l'alerte et la riposte mais elle est surtout axée sur les PFA et la Riposte. Le SNIS ne gère que la routine. Les Grands Programmes Nationaux (Paludisme/Ver de Guinée, Tuberculose/lèpre, SIDA, PEV, Bilharziose, Cécité) ont leur propre système d'information de routine. La Direction Nationale de la Santé Publique assure la coordination du comité national intersectoriel de prévention de lutte contre les épidémies et les catastrophes. Il y a des difficultés de coordination de la notification des données de surveillance des maladies transmissibles entre l'USE et le SNIS.

**Au Niger :** La Direction de la Surveillance et du Contrôle des Endémies (DSCE) et la Direction de la Planification et des Recherches (DPR) gèrent la surveillance de routine, l'alerte précoce et la Riposte. La Direction Prévention des Maladies (DPM) et la Direction des Laboratoires et de la Recherche (DLR) gèrent l'alerte précoce et la riposte. Il y a un comité de gestion des épidémies fonctionnel et une équipe d'intervention rapide à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant il n'y a pas de structure de coordination des intervenants dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte.

**Au Sénégal :** Plusieurs services sont en place : la Direction de la Prévention, la Division des maladies transmissibles, la Division de l'immunisation et de surveillance épidémiologique, la division des Soins de Santé Primaires, le SNIS/SG, les Programmes nationaux de lutte contre les maladies, etc. En dehors des épidémies il n'y aucun mécanisme d'articulation entre les différents services ; le Comité de gestion des épidémies est provisoire et ne se réunit qu'en cas d'épidémies.

**Au Tchad :** plusieurs services : la Direction des Activités sanitaires (DAcS), la Division des maladies transmissibles (DMT), le PEV, le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée, la Division du système d'information sanitaire. Il y a plusieurs mécanismes institutionnels d'articulation : (i) le Comité Technique de lutte contre les Epidémies (CTLE) mais il ne se réunit qu'en cas d'épidémies de grande importance ; (ii) le Comité National de Santé mais il ne s'est jamais réuni ; (iii) le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) réunissant les partenaires sous la présidence du MSP qui fonctionne normalement et se réunit tous les 3 mois.

**Au Togo :** En routine sont impliquées (i) la Direction de la planification de la formation et de la Recherche (DPFR) avec la Direction Informatique Statistiques Etudes et Recherche (DISER) qui collecte et analyse les données et (ii) la Direction des Soins de Santé Primaires (DSSP) à travers la Division de l'épidémiologie (DIVEPID) et la Division Santé Familiale (DSF). C'est la DISER qui coordonne la surveillance de routine, uniformise le système de recueil des données et publie les rapports statistiques nationaux. Mais les rapports sont publiés avec un ou deux ans de retard, et l'insuffisante articulation avec la DIVEPID et les programmes conduit à la publication de données non validées médicalement, et parfois très discordantes d'un document à l'autre. En alerte précoce sont impliqués les Directions Préfectorales de la Santé (DPS), la DIVEPID au travers du Système national d'alerte précoce (SNAP) et la Direction Planification, Formation, l'Institut National d'Hygiène (INH) pour la confirmation biologique des cas. Le CCIA et les cellules centrales et périphériques qui se réunissent surtout en cas de crise ont fait preuve d'une bonne réactivité quand elles disposent des moyens nécessaires.

### **c. Insuffisances spécifiques aux systèmes d'informations de routine**

Bien que quelques points positifs soient à noter, comme :

- La disponibilité relativement fréquente des définitions des cas pour les maladies prioritaires et des protocoles thérapeutiques (toutefois plus ou moins bien appliqués selon la qualité du personnel et la formation reçue)
- L'existence, notée dans les régions et les districts de certains pays, des Centres de Surveillance Epidémiologique dont l'agent a été formé en épidémiologie et en informatique
- La mise en place, dans certains pays, de points focaux de surveillance épidémiologique dans quelques établissements sanitaires et la disponibilité d'outils de surveillance épidémiologique,

... Des dysfonctionnements de divers ordres pénalisent les systèmes d'information :

- Difficultés plurifactorielles de la collecte des données liées:
  - (i) A la notification :
    - multiplicité des supports de collecte des données sur le terrain, rendant difficile le travail des agents de santé et influençant négativement sur la complétude, la promptitude ;
    - supports de collecte de la SIMR élaborés mais non ou mal utilisés ;
    - données « noyées » dans un formulaire unique comprenant trop de variables ;
  - (ii) Aux multiples intervenants dans la collecte ; difficultés de coordination de la notification des données de surveillance des maladies transmissibles entre la section SE et l'unité chargée du SNIS, dû pour partie à une différence de rythme de collecte des données (mensuel, hebdomadaire pour le premier et trimestriel pour le deuxième)
  - (iii) Aux contraintes logistiques : distances, coût des transports, échecs de la location/vente de motos auprès des agents du circuit de collecte, contraintes logistiques, de carburant, de maintenance des moyens de locomotion,
  - (iv) A l'insuffisance de formation des agents chargés de la collecte
  - (v) A l'insuffisante motivation des agents de collecte, notamment en raison de la très faible rétro-information leur revenant
  - (vi) A la complexité du système de transmission des données
- Absence ou insuffisance d'analyse des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En général, seul le niveau central assure un traitement et une analyse minimale des données.
- Faible utilisation des données pour la prise de décisions, peut-être par insuffisante perception de leur importance et sans doute également par la dispersion obligée du responsable sanitaire, notamment au niveau décentralisé, souvent seul et accaparé tant par des tâches administratives que curatives ou managériales.
- Dysfonctionnements des flux d'informations dus notamment à de nombreuses contraintes techniques (téléphone/fax ou RAC disponibles que dans certaines formations sanitaires, rares connexions Internet)
- Informations peu exploitables, soit par trop grande dispersion des informations épidémiologiques, soit par retard trop important dans la communication ou la publication des données (les rapports statistiques annuels sortent souvent avec un retard de deux à trois ans).

### **d. Omniprésence de la gestion verticale des grands Programmes (PEV, PFA, Paludisme, Onchocercose) par insuffisance d'intégration des activités au niveau des districts**

Les grands Programmes ont leurs propres Plans stratégiques comme :

- le Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV,

- le Plan sectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- le Plan stratégique de lutte contre le paludisme,
- le Plan stratégique de mise en œuvre de la PCIME.

Au niveau des districts, l'intégration des activités de ces Plans est loin d'être réalisée par défaut de coordination au niveau des équipes cadres. De ce fait, on observe ainsi que, dans les districts, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) occupe fréquemment la majeure partie des activités. Ailleurs se sera le dépistage de la Paralyse Fléissée Aiguë (PFA) ou bien encore dans certains endroits le Programme Onchocercose.

A noter que, au Togo, la carence en moyens financiers liée au boycott de nombreux partenaires (cf. chapitre financement) a favorisé une intégration maximale au niveau des régions et districts, les moyens de tout programme étant utilisés au bénéfice de plusieurs composantes.

Les grands Programmes, généralement financés majoritairement par des partenaires extérieurs, ont leurs propres systèmes d'informations. Des supports de recueil et des modalités de notification spécifiques à chaque Programme se retrouvent ainsi sur le terrain, parallèles aux supports de collecte de routine. L'exemple le plus flagrant est celui du PEV, qui a ses propres supports de recueil. La comparaison des données du PEV avec celles obtenues avec les supports de collecte de routine montre fréquemment des différences notables.

La persistance de la verticalisation de programmes alors que l'intégration est maintenant prônée soulève au moins deux questions de fond :

- comment concilier efficacité/monitoring/traçabilité à court terme d'un programme et une structuration institutionnelle à moyen ou long terme compte tenu de la faiblesse actuelle des systèmes de santé (et des systèmes d'information en particulier) ?
- comment rompre le cercle vicieux de programmes verticaux ne concourant pas, à l'évidence, à la remise à niveau d'un système national coordonné, lui-même de moins en moins en mesure d'assurer l'articulation entre ces programmes disposant le plus souvent de moyens supérieurs aux siens ?

**e. L'insuffisance de fonctionnalité des districts alors que ce niveau a été retenu comme le pivot opérationnel du système de santé**

Les carences notées au niveau des districts sont de divers ordres :

- financières (logistique, carburant, indemnités de déplacement). Les budgets exécutés représentent souvent le tiers ou le quart des prévisions/demandes. Et c'est la supervision qui en souffre le plus...
- matérielles (outils informatique, de communication, ...)
- et humaines :
  - médecin chef de district souvent seul (il en est de même au niveau régional), censé assurer conjointement la gestion administrative, l'animation de son équipe cadre, la supervision, les consultations curatives, ...
  - Equipes Cadres de District trop peu disponibles et rarement conformes, quantitativement et qualitativement, aux normes retenues, équipes insuffisamment formées à la gestion de données épidémiologiques, ...).

Ces carences affectent notamment les supervisions formatives, trop rares, l'analyse et le traitement des données épidémiologiques ainsi que les interventions précoces.

Par ailleurs, l'implication du secteur privé dans la surveillance et la prévention des maladies transmissibles est fréquemment faible.

Celle des communautés est variable selon les pays, selon les régions et les districts ; les qualités humaines et pédagogiques des responsables administratifs et techniques locaux semblent jouer un rôle important pour tisser des relations de confiance et de solidarité avec la société civile environnante.

Au total, l'insuffisance de fonctionnalité des SNIS est un handicap majeur pour la mise en œuvre d'une SECMT au niveau régional. Il apparaît en effet difficile d'obtenir à court terme des SNIS totalement opérationnels tant que l'information sanitaire ne sera pas considérée comme un outil stratégique pour la décision et la négociation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et tant qu'il n'y aura pas une véritable politique de l'information au niveau de chaque pays.

### 1.3. Des difficultés de planification et de mise en œuvre des Plans de la SIMR

L'élaboration des Plans doit normalement se dérouler en plusieurs étapes :

- stade 1 : sensibilisation des autorités,
- stade 2 : analyse de situation et évaluation du Système National de SE,
- stade 3 : élaboration du plan stratégique opérationnel quinquennal pour le développement de la surveillance et de riposte aux épidémies, d'ici la fin de l'année 2006 les 46 Etats membres de l'OMS en Afrique Sub-saharienne et 60% des districts devront, respectivement, avoir mis en place des systèmes de surveillance intégrée et effectivement mis en œuvre les activités y afférentes,
- stade 4 : adaptation du guide générique de surveillance intégrée,
- stade 5 : formation du personnel,
- stade 6 : suivi et évaluation.

Le niveau d'élaboration des Plans stratégiques SIMR mis en œuvre par l'OMS est plus ou moins avancé selon les 11 pays visités, comme l'indique le tableau suivant (voir également l'encadré page suivante):

| PAYS/STADES         | 1 | 2 | 3               | 4               | 5               | 6               |
|---------------------|---|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>BENIN</b>        |   |   |                 |                 | <b>En cours</b> |                 |
| <b>BURKINA FASO</b> |   |   |                 |                 |                 |                 |
| <b>GAMBIE</b>       |   |   |                 |                 |                 |                 |
| <b>GUINEE C.</b>    |   |   |                 |                 |                 |                 |
| <b>GUINEE B.</b>    |   |   |                 |                 |                 |                 |
| <b>MALI</b>         |   |   |                 |                 |                 | <b>En cours</b> |
| <b>MAURITANIE</b>   |   |   | <b>En cours</b> |                 |                 |                 |
| <b>NIGER</b>        |   |   |                 |                 |                 |                 |
| <b>SENEGAL</b>      |   |   |                 |                 |                 |                 |
| <b>TCHAD</b>        |   |   |                 | <b>En cours</b> |                 |                 |
| <b>TOGO</b>         |   |   |                 | <b>En cours</b> |                 |                 |

En général, sont relevées : (i) une mauvaise expression des besoins réels en matière de SECMT, due à une insuffisante maîtrise du processus de planification à tous les niveaux, et à une incertitude sur les actions qui vont pouvoir être financées par certains partenaires (dans un contexte général de faible engagement financier de l'Etat) ; (ii) une insuffisance d'encadrement et de ressources humaines pour faire face au processus de planification.

### Situation des plans SMIR dans les 11 pays au 3<sup>ème</sup> trimestre 2003 :

**Bénin** : l'étude d'évaluation initiale du système de SE a été faite ; le Plan Stratégique de SIMR (2003- 2007) et le Plan d'action 2003-2005 ont été élaborés. Il reste leur mise en œuvre qui n'a, jusqu'ici, pas trouvé de financement.

**Burkina Faso** : la sensibilisation et l'analyse de situation sont faits. Le Plan Stratégique de SIMR (2001- 2005) avec un Plan d'Action pour 2003 ont été élaborés et mis en œuvre. Actuellement le Burkina Faso se trouve au stade de Suivi et Evaluation de la SIMR.

**Gambie** : le pays a son Plan Stratégique de SIMR (IDSR en anglais), mais il n'est pas financé.

**Guinée** : Le pays a son Plan Stratégique de SIMR, élaboré en 2002 ; il est en phase d'évaluation à mi-parcours ce qui a donné les résultats suivants : existence d'un guide national de la surveillance épidémiologique ; élaboration de six modules de formation pour la surveillance épidémiologique ; mise en place d'un Réseau National de Laboratoire (40 techniciens de laboratoire formés, 21 techniciens supérieurs formés, 39 chefs de laboratoire formés et un microbiologiste formé) ; formation de 26 nationaux, de 16 régionaux et de 76 préfectoraux sur la surveillance intégrée de la maladie ; disponibilité des supports de surveillance à tous les niveaux du système de santé ; complétude des rapports de surveillance à 89% et promptitude à 90%

**Guinée Bissau** : Le pays a démarré son processus en 2003. L'équipe chargée de l'évaluation de la SE a été créée et formée. L'évaluation proprement dite a démarré le 22 août 2003 avec l'appui financier de quelques partenaires, notamment, l'UNICEF, le FNUAP, le Project FED/ARIVA et l'OMS. Il y a cependant un Plan pour le renforcement de la surveillance épidémiologique 2002/2003.

**Mali** : sur financement de l'OMS, le pays a réalisé en 2001 l'évaluation de son système national de surveillance épidémiologique. Cette évaluation a abouti à l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance épidémiologique intégrée dont la mise en œuvre se fait à travers un Plan stratégique de SIMR (2001-2005) avec un Plan d'Action pour 2001-2003. A ce jour, le pays est en stade 4 de mise en oeuvre de la stratégie. La formation des agents de santé des cercles (districts sanitaires) est en cours.

**Mauritanie** : Le pays, sur financement de l'OMS et du projet ARIVA, a réalisé en 2002 l'évaluation nationale de son système national de SE et le rapport technique est disponible.

**Niger** : l'évaluation du système national de SE a été faite en octobre 2002 et le plan stratégique de SMIR 2003-2007 a été élaboré. Le Niger se trouve actuellement au stade de recherche de financement pour la mise en œuvre de son plan stratégique de SIMR 2003-2007.

**Sénégal** : Le pays a évalué son système national de SE, en juin 2002, et a élaboré un plan d'action 2003/ 2004, en attendant que les conditions soient réunies pour l'élaboration du Plan Stratégique Opérationnel quinquennal, pour lequel un comité ad hoc a été mis en place. La Banque Mondiale a mis à la disposition des autorités sanitaires un financement pour l'élaboration du Plan mais jusqu'à présent le comité n'a pas pu se réunir par manque de disponibilité (information d'octobre 2003).

**Tchad** : Le pays a produit différents rapports : la Revue de la Surveillance intégrée, réalisée en septembre 2001, la Revue externe du PEV, réalisée en mars – avril 2002 dont les résultats ont été exploités pour l'élaboration du Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007.

**Togo** : en matière de surveillance intégrée, le pays a accusé du retard en raison de discussions quant à la mise en œuvre au sein de l'OMS. Le Togo devait être un des 5 pays pilotes mais, après un débat interne à l'OMS, la décision a été prise de réaliser en premier lieu l'évaluation. De plus, s'est posé ensuite un problème de calendrier, l'équipe inter pays de l'OMS n'étant pas disponible pour venir appuyer les responsables nationaux pour l'enquête préliminaire. Dès que les agendas respectifs de l'équipe inter pays de l'OMS et des autorités nationales le permettront, la revue initiale d'évaluation pourra être engagée.

## **2. Evaluation des Ressources Humaines (RH) et renforcement de leurs capacités**

### **2.1. Un déficit quantitatif en RH...**

Le déficit concerne tant le niveau central que régional ou départemental (district) et affecte toute une série de catégories professionnelles : cadres (médecins, pharmaciens, informaticiens, biologistes, assistants médicaux ou infirmiers d'Etat, techniciens de laboratoire, ingénieurs de maintenance, ...) ou certains personnels d'appui comme les opérateurs de saisie ou les chauffeurs.

De plus, les cadres de chaque niveau (du centre à la périphérie) sont amenés à jouer simultanément plusieurs rôles (gestion financière et administrative, animation d'équipes de leur échelon et du niveau subordonné, supervision, formation, ... et parfois médecine curative quand ils sont médecins et seuls dans la localité).

Une estimation précise des besoins par niveau et par profession a été réalisée dans chaque pays. L'intégralité de ces données est présentée en annexe des rapports pays, le tableau page suivante récapitule l'estimation des ressources existantes et des besoins au niveau central d'après l'étude pays.

### Recensement des ressources humaines existantes (E) et des besoins (B) au niveau central

|                                    | Bénin     |           | Burkina Faso |            | Gambie    |           | Guinée Conakry |           | Guinée Bissau |           | Mali      |          | Mauritanie |          | Niger     |           | Sénégal   |           | Tchad     |           | Togo      |           |
|------------------------------------|-----------|-----------|--------------|------------|-----------|-----------|----------------|-----------|---------------|-----------|-----------|----------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                    | E         | B         | E            | B          | E         | B         | E              | B         | E             | B         | E         | B        | E          | B        | E         | B         | E         | B         | E         | B         | E         | B         |
| Médecins de Santé Publique         | 2         | 4         | 3            | 3          | 1         | 5         | 8              | 18        | 2             | 5         | 6         | ?        | ?          | ?        | 2         | 3         | 0         | 3         | 3         | 4         | 3         | 3         |
| Médecins Epidémiologistes          | 1         | 3         | 2            | 4          | 0         | 6         | 9              | 12        | 1             | 2         | 1         | ?        | ?          | ?        | 2         | 2         | 2         | 6         | ?         | 2         | 1         | 3         |
| Médecins généralistes              | 0         | 0         | 1            | 1          | 0         | 2         | 5              | 5         | ?             | ?         | 1         | ?        | ?          | ?        | 0         | 0         | ?         | ?         | 2         | 2         | ?         | 2         |
| Biologiste / microbiologiste       | 1         | 3         | 1            | 2          | 2         | 10        | 7              | 1         | 1             | 3         | 3         | ?        | ?          | ?        | 1         | 7         | 2         | 4         | 1         | 1         | 1         | 1         |
| Pharmacien / Biochimiste           | 1         | ?         | 2            | 2          | ?         | ?         | 2              | 6         | ?             | ?         | 2         | ?        | ?          | ?        | 4         | 10        | ?         | ?         | 1         | 1         | 1         | 1         |
| Statisticien                       | 4         | 5         | 3            | 8          | 1         | 4         | 1              | 8         | 0             | 1         | 10        | ?        | ?          | ?        | 3         | 6         | 2         | ?         | 2         | 2         | 1         | 3         |
| Informaticien                      | 2         | 7         | 2            | 5          | 1         | 2         | 2              | 6         | 0             | 1         | 2         | ?        | ?          | ?        | 2         | 4         | 3         | 4         | 2         | 4         | 1         | 2         |
| Opérateurs de saisie               | 0         | 7         | 6            | 10         | 3         | ?         | 4              | 9         | 4             | ?         | 1         | ?        | ?          | ?        | 6         | 8         | 2         | 0         | 2         | 2         | 3         | 5         |
| Gestionnaire de données            | 1         | 4         | 6            | 7          | 1         | 7         | 3              | 5         | 0             | 2         | ?         | ?        | ?          | ?        | 3         | 4         | 2         | 7         | 1         | 2         | 2         | 2         |
| Logisticien                        | 0         | 3         | 4            | 4          | 1         | 5         | 4              | 4         | 0             | 1         | 0         | ?        | ?          | ?        | 1         | 1         | 0         | 4         | 1         | 1         | 2         | 3         |
| Technicien de Laboratoire          | 5         | 10        | 73           | 75         | 1         | 6         | 5              | 10        | 25            | 25        | 1         | ?        | ?          | ?        | 5         | 9         | 7         | 7         | 2         | 10        | 2         | ?         |
| Technicien communication/radio/VHS | 0         | 1         | 0            | 1          | 1         | 1         | 10             | 13        | 0             | 1         | 2         | ?        | ?          | ?        | 1         | 0         | 0         | 0         | ?         | ?         | 0         | 3         |
| <b>Totaux</b>                      | <b>16</b> | <b>47</b> | <b>103</b>   | <b>121</b> | <b>12</b> | <b>48</b> | <b>60</b>      | <b>97</b> | <b>33</b>     | <b>41</b> | <b>29</b> | <b>?</b> | <b>?</b>   | <b>?</b> | <b>30</b> | <b>54</b> | <b>20</b> | <b>35</b> | <b>17</b> | <b>31</b> | <b>17</b> | <b>28</b> |

Globalement, il y a une insuffisance quantitative des RH à tous les niveaux du système et on peut estimer qu'il manque de 30 à 50% des effectifs nécessaires.

Les raisons expliquant ces insuffisances quantitatives sont de plusieurs ordres :

- « fuite » de professionnels qualifiés hors du pays ou dans les représentations nationales de partenaires extérieurs en raison notamment : (i) du niveau bas et/ou du retard de paiement des salaires ; (ii) des conditions de travail médiocres ; (iii) de l'absence de visibilité de tout plan de carrière faute de gestion rationnelle des RH (les ministères de la santé ont rarement le pouvoir de gestion des RH, partagé entre la Fonction Publique et les Finances ; rares sont les pays disposant d'une gestion centralisée informatisée et actualisée des personnels), ...
- insuffisante rationalité des redéploiements. Faute d'outils et de capacité de gestion des RH, ainsi que par insuffisance de volonté de sanction (positive et négative), les redéploiements sont peu organisés, laissant des postes vacants tandis que d'autres structures, en particulier celles de la capitale, abritent théoriquement des agents en surnombre. De plus, des redéploiements non planifiés, contraints par l'urgence d'une défection, conduisent à un turn-over très important de responsables, notamment régionaux ou dans les districts, causant une perte permanente de la mémoire institutionnelle.
- faible capacité d'embauche de professionnels dans la Fonction Publique (FP). Dans plusieurs pays, aucun concours d'entrée dans la FP n'a été organisé depuis plusieurs années, pour des raisons d'équilibre budgétaire étatique ; les secteurs sociaux semblent toutefois être prioritaires sur ce point, même si les rares embauches ne peuvent compenser le vieillissement des ressources humaines et les départs en retraite. De leur côté, les partenaires au développement sont réticents à assurer le salaire de professionnels nationaux en poste.
- centralisation de la gestion des RH, ne laissant aucune marge de manœuvre aux entités décentralisées en matière d'affectation et de redéploiement. Dans plusieurs pays, c'est l'effort de la communauté qui permet, à travers les comités de gestion, l'embauche d'un professionnel indispensable à la bonne marche d'une structure locale.

## 2.2. ... Aggravé par un déficit qualitatif

Au-delà du déficit numérique c'est surtout une insuffisance qualitative en RH qui affecte la surveillance et la réponse aux maladies à potentiel épidémique. La SECMT demande une qualification très spécifique en poste de travail à tous les échelons du processus, ainsi que le développement de capacités d'anticipation et d'analyse des problèmes.

Or il apparaît que, jusqu'à présent, les systèmes d'informations ont été fréquemment considérés comme « annexes » au système de santé ; à ce titre, la plupart des agents affectés à ce système étaient souvent considérés comme en disgrâce ou se trouvaient en fin de carrière.

L'insuffisance de qualification des agents pèse aujourd'hui sur la non fonctionnalité des SNIS.

Ce problème qualitatif est dû à plusieurs facteurs, dont en particulier :

- un déséquilibre des corporations au sein du personnel du secteur santé. Plusieurs pays notent une pénurie de certaines catégories (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.) contrastant avec une pléthore de personnel d'appui et de soutien (dont les prestations pourraient être en grande partie sous-traitées à des opérateurs non publics).
- une inadéquation du processus des formations : absence fréquente de plan national de formation, insuffisante pertinence dans la sélection des candidats (carences en suivi des personnels par la DRH (quand elle existe) et pressions en raison de l'intérêt des per-diems), méthodologies pédagogiques contestables (formations en « cascade »...), peu ou pas d'évaluation avant et après les sessions, hétérogénéité des formations reçues, supports pédagogiques d'auto-entretien non systématiquement remis aux formés, personnels formés ne rétrocedant pas les compétences acquises autour d'eux, quasi-absence de formation continue et de supervision formative, ...

Ceci conduit, pour exemple dans un des pays visité, à un constat d'échec relatif : « *L'impact des formations reçues en matière de surveillance au cours des cinq dernières années est très faible. Preuve en est le fait que le personnel ne notifie les cas que lorsqu'une épidémie se déclare et que les taux de complétude et de promptitude sont encore très bas (moins de 20%). L'absence de suivi et de supervision de l'application pratique des contenus des formations peut être à la base de cette situation* ».

De même, plusieurs pays soulignent (i) l'inexistence de personnel formé en gestion financière aux niveaux central et régional, alors qu'ils en sont personnellement responsables et (ii) l'insuffisance de formation en surveillance épidémiologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire».

- une mobilité des cadres peu programmée obérant les renforcements de capacités effectués. Ce phénomène, déjà évoqué supra, conduit à déstabiliser une équipe compétente formée, certains de ses membres étant brutalement mutés -parfois dans des fonctions n'ayant plus rien à voir avec la compétence acquise- et remplacés par des agents novices dans le domaine.

Au total, plusieurs problèmes majeurs identifiés :

- une gestion trop centralisée et inefficace des RH,
- une insuffisance quantitative, portant notamment sur les cadres de santé,
- une insuffisance de motivation et de redéploiement des personnels,
- une insuffisance de formation des personnels au processus intégré de SE : depuis le recueil, de la collecte, de l'analyse des informations jusqu'à l'utilisation des informations en particulier pour la prise de décision.

### 2.3. Propositions

En sus de la correction, point par point, des dysfonctionnements généraux évoqués ci-dessus, les interlocuteurs rencontrés émettent des recommandations spécifiques au SECMT :

- élaborer un plan national de formation pour la surveillance épidémiologique et revoir l'approche de la formation en s'appuyant sur les Écoles et les Instituts de formations qui ont l'expertise en matière d'enseignement
- mettre à la disposition des pays des bourses d'études pour la formation des médecins de Santé Publique, des médecins épidémiologistes, des agents en épidémiologie d'Intervention (pour les chefs des Régions Sanitaires et leurs adjoints),
- former le personnel des niveaux central et régional sur les logiciels informatiques spécialisés en épidémiologie. Programmer des formations complémentaires sur les logiciels de traitement, de recherche et d'analyse des données,
- renforcer les capacités du personnel de district en surveillance épidémiologique (analyse et interprétation des données),
- étudier les voies et moyens pour s'approprier selon des mécanismes institutionnels les formations assurées par le PASEi pour créer des compétences nationales.
- démarrer, le plus vite possible, le processus d'adaptation du Guide Générique de Surveillance Intégrée et les modules de formation,
- intégrer les formations en épidémiologie de l'OMS et du PASEi.
- Mettre à niveau le personnel en matière d'élaboration des micro plans des activités de riposte (formation du personnel, stratégies de vaccination, circuit de supervision, surveillance des MAPI et gestion de déchets)

Quelques institutions ou cours de formation existants ont été cités par les personnes rencontrées<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> EPIVAC et IDEA/Afrique (1 mois) ; Cours OMS gestion des stocks et des vaccins ; Cours mid-level manager OMS de gestion de PEV ; Epidémiologie/management : (i) formation pour médecins de district en 1,5 mois ou (ii) à Bamako pour cadres supérieurs en 4 mois ou (iii) maîtrise santé publique OMS à Cotonou en 1 an (15.000 USD) ; Pour les cadres intermédiaires, formation santé publique d'une année OMS à Lomé (1 an, 8.000 USD).

### **3. Montants, sources de financement et circuits financiers**

Il faut noter d'emblée que les missions dans les pays ont rencontré d'importantes difficultés pour recueillir les données relatives aux financements de la santé en général et de la SECMT en particulier. Ceci pour plusieurs raisons :

- Les données ne sont pas accessibles, sont parcellaires ou manifestement erronées. Pour exemple :
  - Dans un pays, il est actuellement impossible de connaître précisément les montants financiers effectivement dépensés pour le secteur de la santé, les données présentées par la DAF du Ministère occultant des bailleurs importants.
  - Dans un autre, c'est le recoupement de plusieurs interviews qui permet d'estimer le taux d'exécution effectif du budget étatique de la santé voté ; les documents officiels consultés ne mentionnent que les budgets annuellement votés, en très grande partie virtuels.Ceci montre que les services financiers du ministère de la Santé ne suivent pas, ou insuffisamment, l'exécution du budget ; seuls les services du Ministère des Finances disposent de ces données collectées lors des revues de dépenses publiques.
- Les données sont relativement accessibles, mais les nomenclatures budgétaires étatiques différentes, la diversité des présentations des lignes budgétaires des plans SMIR ainsi que les formats différents des lignes financières de chaque bailleur impliqué dans la SECMT rendent fort délicates les comparaisons inter-pays.
- La surveillance épidémiologique et le contrôle des épisodes épidémiques étant fréquemment sous la responsabilité d'une unité impliquée dans un programme vertical prioritaire (PEV, PFA, ...), en général largement financé par un(des) partenaire(s) extérieur(s), il est parfois difficile de dissocier la part de financement consacrée à chaque sous-rubrique ; par exemple la part de l'appui au fonctionnement routinier (système d'alerte précoce, autres données de la surveillance épidémiologique) et aux actions annuelles ponctuelles comme les Journées Nationales de Vaccination.

Quelques tendances générales, à prendre avec prudence compte tenu des réserves évoquées ci-dessus, semblent toutefois se dégager :

- Une insuffisance significative des budgets nationaux de santé. Deux pays atteignent les 10% du budget national recommandés par l'OMS, plusieurs pays en étant fort éloignés (extrêmes allant de 4,5% à 13,5%, plusieurs se situant dans la fourchette 4,5 à 6%) ; mais ces taux représentent des fractions de budget voté, le taux d'exécution étant, au vu du peu de chiffres accessibles, particulièrement faible. De plus, dans la limite des données disponibles, les seuls salaires semblent accaparer de 60 à 70% du budget exécuté.
- Une forte dépendance du financement national de la santé aux partenaires extérieurs : dans plusieurs pays, le budget d'investissement étatique en matière de santé est quasi inexistant, tandis que les budgets de fonctionnement exécutés sont inférieurs à 20% hors dépenses de personnel. Dans certains pays, la part étatique est bien plus conséquente, témoignant d'un engagement politique, mais est a priori également liée à l'extérieur sous forme de remises de dettes (projets PPTE) ou de prêt (Banque Mondiale).
- Une fréquente distorsion entre la demande et l'offre de financement, les requêtes nationales ne répondant pas aux critères d'éligibilité des partenaires.
- Une mobilisation et une gestion des ressources financières difficiles :
  - Pour ce qui concerne les fonds publics en raison de (i) l'insuffisante transparence dans la gestion des fonds étatiques ; (ii) la lourdeur et la lenteur des circuits financiers étatiques ; (iii) la faible confiance des fournisseurs lors des commandes sur fonds étatiques entraînant surfacturation (de « sécurité » afin de compenser les impayés) et retards considérables de livraison
  - Pour ce qui concerne les fonds des partenaires en raison de (i) la complexité des procédures, de plus spécifiques à chaque partenaire ; (ii) la lenteur de certains circuits financiers.

De même, la SECMT connaît, à des degrés divers, des contraintes financières dans tous les pays visités. Pour ceux ayant les données accessibles, seulement 20 à 50% des besoins sont ainsi couverts. Les origines spécifiques de ces carences, venant se greffer sur les problèmes généraux évoqués ci-dessus, sont multiples :

- Allocation spécifique de l'Etat à la SECMT insuffisante au regard des besoins
- Sur ce thème, l'OMS, au-delà de son rôle de partenaire technique, est amené à assumer un rôle de bailleur de fonds, prédominant sinon unique dans certains pays. De plus, c'est un des rares partenaires appuyant la tenue de rencontres entre pays contigus pour mieux prévenir et gérer ensemble les flambées épidémiques.
- Les mécanismes de gestion/utilisation des ressources financières entre les différents niveaux (central/régional/périphérique) sont souvent déficients

La conséquence en est que la mise en oeuvre des Plans de SMIR traîne car les ressources ne sont pas dégagées.

Encore plus spécifiquement pour la riposte aux épidémies, certains obstacles sont généralement évoqués dans l'étude :

- Fréquemment, aucune ligne budgétaire nationale n'est prévue pour la gestion des épidémies, ni de fonds spécial facilement mobilisable pour les épidémies.
- Aucun règlement formel ne prévoit l'affectation sur des comptes spéciaux décentralisés des reliquats financiers et en matériel/consommables (qui pourraient être réinsérés dans le circuit de partage des coûts) à l'issue de la flambée épidémique. L'abondement d'un tel fonds pourrait pourtant permettre la constitution d'une enveloppe utilisable en cas d'urgence épidémique locale.

#### **4. La réactivité lors des flambées épidémiques nationales et transfrontalières**

##### **4.1. Existence d'un plan national de prévention et de réponse aux épidémies :**

En matière de gestion des épidémies et conformément au Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'ouest, de l'Algérie et du Tchad signé à Ouagadougou le 25 Octobre 1996, les pays avaient à élaborer et mettre en oeuvre un plan national de prévention et de réponse aux épidémies. Ce plan doit comporter sept domaines prioritaires à savoir :

1. la surveillance épidémiologique,
2. le renforcement des laboratoires,
3. la prise en charge des cas,
4. les mesures préventives,
5. la gestion des épidémies,
6. la mobilisation sociale et la communication,
7. la coopération Internationale/gestion transfrontalière des épidémies.

Les résultats attendus de la mise en oeuvre de ces plans sont :

- La détection précoce et la réponse rapide aux épidémies sont assurées au niveau des formations sanitaires périphériques ;
- La confirmation rapide de l'agent causal est assurée par le réseau des laboratoires nationaux et internationaux ;
- Les protocoles standard de prise en charge des cas des maladies à potentiel épidémique sont correctement appliqués ;
- Les stocks des médicaments sont disponibles pour assurer une gratuité de la prise en charge des cas ;
- Les stratégies de vaccination de masse pendant les épidémies sont correctement appliquées au niveau des formations sanitaires ;
- Les stocks de vaccins et consommables sont disponibles pour assurer la gratuité de la campagne de vaccination de masse ;

- Les populations des zones à risque d'épidémie de fièvre jaune sont correctement vaccinées ;
- Les activités de lutte contre les maladies à potentiel épidémique sont correctement coordonnées ;
- Les populations sont informées des risques liés aux maladies à potentiel épidémique ;
- Un cadre de coopération pour la lutte contre les épidémies aux frontières est établi par les pays limitrophes.

Au vu de l'étude, tous les pays, hormis la Mauritanie ont élaboré le plan stratégique national de surveillance intégrée des maladies et de la riposte.

## **4.2. Evaluation des capacités nationales d'alerte et réponse précoce dans chaque pays**

### 4.2.1 Des acquis

Un certain nombre d'avancées sont à noter :

- en prévention des crises :
  - dans la plupart des pays, des comités nationaux et décentralisés de lutte contre les épidémies ont été mis en place, qui ont, pour certains, montré une relative opérationnalité en cas de crise, dès lors qu'ils disposaient des moyens minimaux.
  - des efforts ont partout été manifestement menés pour tenter de disposer d'un système d'alerte précoce.
  - l'importance de la mobilisation communautaire a été perçue et la plupart des pays cherchent à renforcer la synergie avec la société civile pour la prévention et la gestion des crises épidémiques.
  - les documents nationaux comportant les définitions standard des cas des maladies prioritaires ainsi que les modalités de prise en charge ont été en général élaborés
- en cas d'urgence épidémiologique :
  - l'Etat et les partenaires apportent souvent des appuis non négligeables pour l'approvisionnement en vaccins et médicaments d'urgence
- en matière de concertation et coordination locorégionale
  - certains pays ont mis en place des mécanismes efficaces : réunions techniques multipartites pour une synergie d'action face à une flambée épidémique, plans d'action conjoints, réunions transfrontalières et création de comités locaux (Burkina Faso, Togo, Ghana, épidémie de choléra, 1998) ; de même, initiatives de partenariat, échanges, synchronisation de la réponse entre districts voisins de part et d'autre de la frontière (Togo, Ghana, Burkina, Bénin) en prévention des crises et lors de la survenue de ces dernières.

### 4.2.2 Des limites

#### **Les insuffisances de ressources financières et logistiques en matière d'alerte et de réponse**

- Les pays souffrent de difficultés de mobilisation des ressources financières et matérielles :
  - financements insuffisants pour la mise en œuvre du plan de lutte contre les épidémies,
  - pas de ligne budgétaire pour la gestion des épidémies ni de fonds spécial facilement mobilisable pour les épidémies,
  - la mobilisation des ressources est difficile en période épidémique. Les fonds proviennent notamment des ressources générées par l'Initiative de Bamako qui ne permettent pas de subjuguer l'épidémie,
  - même quand, dans le cadre de la lutte contre les épidémies, les fonds alloués pour l'achat des vaccins et des médicaments ont été sécurisés, donc disponibles, le budget inscrit par l'Etat n'est jamais mobilisé à temps et celui des partenaires vient souvent en retard à cause des lenteurs administratives,
  - grande insuffisance des stocks de sécurité en vaccins et de leur fabrication, médicaments, consommables ; les raisons en sont essentiellement financières. L'Etat

et les Bailleurs sont plus investis dans la résolution d'une crise que dans la préparation/prévention,

- absence de fonds spéciaux aux niveaux intermédiaires et périphériques en cas d'épidémies, d'où utilisation de fonds par ces niveaux au détriment d'autres activités,
- dépendance de l'aide extérieure pour les prises en charge d'épidémies (OMS, Banque Mondiale/Programme d'Appui à la Surveillance Sanitaire, ...). De plus, l'appui des organisations supranationales, internationales ou régionales est réel mais il ne permet pas de combler le « gap » entre l'apport des Etats et les réels besoins.

➤ ils éprouvent d'importantes contraintes logistiques :

- insuffisance logistique pour approvisionner les niveaux régional et périphérique,
- logistique existante tenant seulement compte de la routine, non préparée pour faire face à une épidémie.

### **Le partenariat avec le(s) pays limitrophe(s), quand il existe, est souvent désordonné car non planifié :**

Une des raisons essentiellement évoquées est la réticence de nombreux partenaires à financer des rencontres à caractère sous-régional, tandis que l'insuffisance de fonds propres nationaux ne le permet pas.

Il est clair également que les réticences politiques à déclarer une épidémie, ou le dialogue politique insuffisant entre pays contigus peuvent également pénaliser ces partenariats.

### **Les insuffisances propres aux systèmes d'alerte précoce**

Très peu de pays ont un système de notification hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique fonctionnel. Lorsqu'il existe, le système est très fragilisé par les insuffisances de communication (en termes de téléphone, e-mail, fax ou radio).

De plus, sont notés des problèmes de définition des cas (directives non disponibles, ou accessibles mais non appliquées par le personnel), des retards de déclaration (3 semaines à deux reprises pour deux épidémies différentes dans un pays), une insuffisante capacité d'analyse pour une prise rapide de décision au niveau local.

Au vu de l'étude, le taux de complétude, disponible pour 6 pays, est en moyenne de 96,7% (97,2 de médiane), avec 93% et 100% comme valeurs extrêmes.

Le taux de promptitude n'est disponible que pour deux pays : 75% (2002) et 85% (2003).

Les encadrés ci-dessous présentent, pour exemple, les systèmes mis en place au Mali et au Togo.

#### Togo

Les unités de santé de base (USB) sont regroupées en 2 ou 3 réseaux de surveillance par préfecture, un agent de santé est chargé de collecter les données. Le chef de réseau les transmet chaque lundi au DPS qui en assure le cumul et l'analyse. Le DPS assure la rétro information aux chefs de réseau lors des réunions mensuelles. La DPS adresse les données validées avant le mercredi à la DRS et à la DIVEPID qui rédige un rapport synthétique hebdomadaire adressé au Ministre, à la DGS, aux DRS, aux partenaires.

En cas de suspicion de cas clinique, les laboratoires préfectoraux/régionaux conditionnent le prélèvement et le font parvenir à l'INH pour confirmation. Le virus polio est confirmé au Ghana (et si positif adressé pour confirmation en Afrique du Sud), les prélèvements positifs à l'INH pour la fièvre jaune et la rougeole sont adressés pour confirmation à l'IP de Dakar. Le reste des germes est uniquement traité à l'INH.

En 2002, taux de complétude de 100% et de promptitude de 85%.

#### Mali

La surveillance s'organise à partir de la notification journalière et hebdomadaire des cas et des décès des maladies à potentiel épidémique sur tout le territoire national.

Au niveau des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> échelons, la transmission des données vers le district (CSC) est journalière en cas d'épidémie et hebdomadaire en temps normal pour les maladies à potentiel épidémique (maladies à déclaration obligatoire).

Au niveau rural la transmission se fait tous les dimanches au travers d'un système de radiophonie spécifique le Réseau Autonome de Communication (RAC) géré par un chargé du RAC. Il y a des créneaux horaires de transmission qui sont affectés à chaque établissement, en général il s'agit de deux vacations journalières à 8h et 15h. En cas de défaut du RAC, le mode de transmission est divers, soit par téléphone, fax, transports en commun en cas d'éloignement, voire par déplacement de l'infirmier au niveau du cercle selon le caractère d'urgence. Les CSCOM urbains ne sont pas équipés de RAC.

La notification se fait à partir des supports primaires (le registre de consultations externes, le cahier journalier de notification des cas et décès ou cahier de pointage), et des supports secondaires (le rapport journalier de notification des cas et décès, le rapport hebdomadaire de notification des cas et décès).

Au niveau des cercles et des régions, les CSC reçoivent au plus tard chaque lundi les données en provenance des CSCOM. Le chargé du SIS du CSC compile et transmet les cas et décès au chargé du SIS de la DRS. Ce dernier compile et transmet les données des cercles le lundi pour les transmettre au service de surveillance épidémiologique de la DNS à BAMAKO. Au niveau national, le rapport est enfin transmis au Cabinet du Ministre le mardi pour communication verbale en Conseil des Ministres le mercredi.

#### Points forts

La formation des agents de santé dans le cadre du PASE au niveau des cercles, a permis de mettre en place un processus de surveillance focalisé à la base. Il y a un agent chargé de la surveillance épidémiologique et un laborantin au niveau de chaque cercle. Il y a des points focaux de surveillance épidémiologique dans certaines formations sanitaires.

Le processus de transmission des données journalières, hebdomadaires et mensuelles est connu à tous les niveaux et l'adhésion du personnel est effective, La transmission des cas par le système radiophonique a le mérite d'exister et d'être régulière. Tous les CSC sont équipés de RAC. Les RAC des CSRéf qui organisent la référence/contre référence sont branchés en permanence.

#### Points faibles

Sont notés une notification encore trop tardive des cas lors d'une épidémie, une insuffisance d'analyse à tous les niveaux du contexte épidémique, une absence de rétro information et peu d'implication des laboratoires de biologie dans le diagnostic des cas,

Il existe des difficultés avec certains hôpitaux (nationaux en particulier) qui n'envoient pas leurs données (cas et décès hebdomadaires) et le SLIS ou la SAE doivent aller les chercher par leurs propres moyens.

Les échantillons biologiques pour analyses bactériologiques sont souvent mal acheminés La gestion des ressources humaines est rendue difficile par l'absence d'une Direction des RH et la très grande mobilité du personnel.

Il existe des problèmes de communication avec les CSCOM ruraux. Soit ils n'ont pas de RAC ou il est en panne, soit ils n'ont pas de téléphone. Le système de maintenance du RAC ne fonctionne pratiquement pas et le SEPAUMAT n'est pas en mesure de prendre le relais car il n'a pas de technicien électronique. On note de nombreux dysfonctionnement du RAC. Par exemple, pour le cercle de Bla, 6 RAC sont non fonctionnels sur 18 centres et il existe un besoin supplémentaire de 2 RAC pour ouvrir deux nouveaux CSCOM. Surviennent parfois des vols de matériel (panneaux solaires) et souvent des pannes de batteries réparées aux frais des ASACO. Certains matériels ont plus de 10 ans d'âge, enfin quelques centres ne disposent pas de créneaux horaires de fonctionnement.

### **La faible anticipation des crises par les comités de gestion des épidémies**

Dans plusieurs pays, est soulignée l'irrégularité de la concertation des membres des comités de gestion des maladies transmissibles qui ne se réunissent qu'à l'occasion d'une épidémie, à quelque

niveau du système que ce soit. « *L'Etat et les Bailleurs sont plus investis dans la résolution d'une crise que dans sa préparation/prévention* ».

### **Les insuffisances propres à la riposte**

La riposte est conditionnée par la conjonction :

- de laboratoires fonctionnels pour la détection et la confirmation des cas
- de stocks de vaccins et de médicaments pré positionnés
- d'une maintenance adéquate des matériels et consommables
- d'équipes en mesure d'assumer la prise en charge des cas
- d'une coordination centrale et locale de tous ces intrants.

Ces conditions ne sont pas généralement retrouvées. Même si des progrès manifestes ont été enregistrés dans quelques pays, portant sur l'existence de comités de gestion des crises épidémiques, en matière de formation à la gestion des épidémies, dans la relative sécurisation de fonds pour l'achat de vaccins et médicaments ou la mise en place de stocks pré-positionnés, dans l'effort de partenariat avec les communautés pour une meilleure information et coordination en cas d'épidémie.

Les résultats de ces efforts, toutefois, sont d'une grande variabilité selon les pays visités. De plus, aucun pays n'a pu assurer la simultanéité des intrants nécessaires à une riposte optimale évoqués ci-dessus.

#### **a) Les insuffisances de la détection et de la confirmation des cas au sein du réseau national des laboratoires**

Des avancées sont à souligner comme : (i) la fréquente (mais non systématique) formalisation du réseau national par un texte officiel ; (ii) parfois une politique d'exonération des taxes et droits de douanes sur le matériel, les réactifs et consommables de laboratoire ; (iii) directives et procédures écrites et accessibles pour tous les niveaux du réseau dans certains pays.

Dans la plupart des pays visités, la capacité du réseau national des laboratoires est jugée faible, pour une série de raisons :

- institutionnelles : la place du réseau national des laboratoires n'est pas systématiquement définie de manière claire en matière de surveillance et de gestion des épidémies. Dans un pays, un intervenant regrette que tous les hôpitaux de districts, dotés d'un laboratoire, ne soient pas suffisamment impliqués dans la surveillance et l'investigation des épidémies.
- financières : sous-financement (i) générant sous-équipement matériel, logistique et de communication, (ii) pénalisant la formation continue et/ou la supervision formative et (iii) obérant le contrôle de qualité :
  - Ce sont les équipements des activités de routine des laboratoires qui sont utilisés pour la surveillance épidémiologique et la confirmation des cas en période épidémique. Des moyens complémentaires spécifiques doivent être affectés à la SMIR
  - Au Togo, par exemple, les formations menées en 1997/1998 dans l'ensemble du réseau des laboratoires n'ont jamais été évaluées ni supervisées, faute de moyens de fonctionnement. De ce fait, le système de référence/contre-référence est très peu effectif. Dans son plan d'action annuel, la DIVEPID avait incorporé une ligne budgétaire « Diagnostic de laboratoire », destinée à la supervision et au contrôle de qualité des laboratoires périphériques par le LNR, mais cette ligne n'a été financée ni par l'Etat ni par les partenaires extérieurs
  - rare autonomie budgétaire et se traduisant par un désengagement de l'Etat (Togo par exemple : l'INH est autonome depuis août 2003. Son fonctionnement doit être assuré par le recouvrement des coûts sur les prestations de laboratoire, auquel doit se surajouter une subvention étatique (50 MFCFA annuels) ; cette subvention a connu n'a pas été décaissée en 2002, l'OMS restant le bailleur de fonds essentiel.

- liées à la gestion défaillante des ressources humaines :
  - personnel de laboratoire qualitativement et quantitativement insuffisant et mal réparti ;
  - formation continue fortement handicapée par les insuffisances de budget de fonctionnement et de capacités logistiques.
- Dues aux faiblesses de la maintenance préventive et curative. (Cf chapitre maintenance)

### **b) Vaccins, médicaments, réactifs et consommables : insuffisance quantitative, rares stocks d'urgence et forte dépendance financière aux partenaires extérieurs**

Des contraintes majeures sont quasi systématiquement décrites dans les pays visités, avec l'insuffisance sinon l'indisponibilité fréquente de vaccins, médicaments, consommables en période d'épidémie. La saison épidémique 2002-2003 au Niger a ainsi mis en évidence la non disponibilité des vaccins contre la méningite et la rougeole ainsi que celle du chloramphénicol huileux. Un autre pays a eu recours au stock de vaccins anti-rougeoleux de routine faute de stock d'urgence. Cette vulnérabilité semble avoir plusieurs origines, non mutuellement exclusives :

- des contraintes financières et de trésorerie :  
La chronologie des commandes de vaccins par un pays illustre ces difficultés : les commandes de vaccins à Copenhague (UNICEF/UNIPAC) requièrent un paiement d'avance. Or : (i) le budget est voté en décembre ; (ii) l'exécution commence au début du deuxième trimestre, et c'est à ce moment que peuvent se lancer les demandes administratives (une semaine pour le faire environ) ; (iii) vérification de la disponibilité de trésorerie : l'arbitrage est effectué par le Comité de trésorerie, qui donnera sa décision en mai au mieux et jamais au pire... ; (iv) si décision positive (mai), commandes à UNIPAC et livraison 3 mois après, soit au mieux en août. Toutefois, si perçu comme une urgence, comme une priorité d'Etat, un décaissement immédiat est possible.

A noter la forte dépendance, pour l'achat de ces intrants, aux partenaires extérieurs comme l'OMS surtout, mais également l'UNICEF et des bailleurs bilatéraux. De plus, le partage des coûts (contribution des ménages) joue un rôle non négligeable dans les capacités des pays à acquérir ces intrants

- une faible anticipation des crises. Dans un pays, « *l'acquisition, le stockage et la distribution des médicaments, vaccins, réactifs et consommables ne sont pas organisés pour la riposte aux épidémies. Les réactifs, consommables et les vaccins sont estimés en fonction des besoins ponctuels et sollicités auprès des Partenaires. Il n'y a pas de stock de vaccins et consommable pré positionnés aux niveaux des régions et des districts. En cas d'épidémies, en fonction des besoins estimés, plusieurs partenaires (OMS, Banque Mondiale et autres) peuvent financer les médicaments, vaccins, réactifs et consommables* ».
- des circuits de gestion des commandes lents et peu efficaces : « *La gestion des vaccins est centralisée, le délai entre la commande, la livraison et le transfert restant long* ».
- des capacités de stockage des médicaments, vaccins, consommables des services de SE insuffisantes
- d'insuffisantes capacités logistiques pour assurer la distribution des intrants dans le pays

### **c) Une pérennité fortement compromise par les défaillances de la maintenance**

Dans la plupart des pays de l'étude, la maintenance, préventive et curative, concernant tant les matériels roulants que les équipements bureautiques, de laboratoire ou la chaîne de froid, est un problème majeur. Les raisons en sont multiples :

- absence de plan de maintenance, de définition du rôle de chaque acteur à chaque niveau de la pyramide sanitaire, de procédures écrites de maintenance préventive et d'interventions curatives simples.

- ressources financières très insuffisantes. Les budgets de fonctionnement étatique sont faibles et les partenaires extérieurs amenés à pallier également cette carence. Dans deux pays, par exemple, la maintenance de la logistique et de la bureautique au niveau central de la SE est assurée par l'OMS et/ou GAVI, tandis que le coût de la maintenance en périphérie n'est pas du tout couvert financièrement.
- ressources humaines insuffisantes en termes qualitatifs et quantitatifs<sup>22</sup>. Les compétences dans le domaine sont rares dans le système public, et parfois également limitées dans le secteur privé (des contrats avec ce dernier, de plus, ne sauraient être signés que si un financement est disponible à cet effet).
- multiples types d'équipements et de marques par absence de normes et de standards, compliquant considérablement la maintenance.

Les conséquences de ce défaut de maintenance sont graves, car des activités clés, au montage coûteux, ayant parfois nécessité une préparation complexe avec plusieurs intervenants simultanés, peuvent être totalement compromises par l'indisponibilité temporaire de véhicules ou matériels dont la réparation coûte quelques dizaines d'euros.

---

<sup>22</sup> Des intervenants dans un des pays de l'étude indiquent que des techniciens pourraient être formés au Togo avec en sus une formation bio-médicale de 6 mois au Sénégal (à Dakar). L'appui (formation et interventions par un centre sous-régional de référence (non précisément défini) est également proposé).

#### **d) Prise en charge des cas**

Dans plusieurs pays, est relevée la faible efficacité de la prise en charge des cas lors d'une flambée épidémique. Les raisons évoquées sont (i) les directives insuffisamment utilisées ; (ii) l'insuffisante qualification du personnel ; (iii) l'insuffisante mobilisation sociale.

#### **e) Une coordination de la riposte de niveau très variable**

La coordination au cours de la riposte a été de niveau différent selon les pays et, au sein des pays, selon les régions (ceci étant probablement lié aux équipes en place).

Si dans certains pays la réponse a été de qualité dès lors que les moyens nécessaires ont été mis à la disposition des responsables locaux, plusieurs épidémies ont révélé une série de dysfonctionnements comme (i) le non respect des normes de notification, ou l'absence de procédure de certification en cas de soupçon d'épidémie ; (ii) un retard dans l'approbation des requêtes formulées par les services avec pour conséquence majeure, des retards dans la mise en œuvre des activités ; (iii) les organes de communication sociale ayant diffusé de fausses informations ayant paniqué la population, etc.

Plus fréquemment et plus fondamentalement, les leçons d'une épidémie passée sont insuffisamment tirées afin de mieux préparer la réponse aux futures flambées. C'est ainsi qu'est soulignée l'absence de réunion de fin d'épidémie entre partenaires et l'absence de production de rapport conjoint de prise en charge de l'épidémie. De même, les circuits de financement et les modalités de sécurisation d'une partie des fonds pour préparer la prochaine crise sont rarement spécifiés.

**Le tableau ci-dessous récapitule les forces et les faiblesses des mécanismes de riposte dans les 11 pays de l'étude**

|   | Bénin | Burkina Faso | Gambie | Guinée Conakry | Guinée Bissau | Mali | Mauritanie | Niger | Sénégal | Tchad | Togo |
|---|-------|--------------|--------|----------------|---------------|------|------------|-------|---------|-------|------|
| Existence d'un Plan stratégique national de surveillance intégrée des maladies et la riposte  | O     | O            | O      | O              | O             | O    | N          | O     | O       | O     | O    |
| Plan stratégique national de surveillance intégrée des maladies et la riposte validé  | O     | O            | N      | O              | N             | O    | N          | O     | O       | N     | O    |
| Existence sur le budget de l'Etat d'une ligne budgétaire épidémies et catastrophes  | O     | O            | O      | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | O    |
| Existence d'un fonds national (de solidarité)   | O     | O            | N      | O              | N             | O    | N          | N     | O       | +/-   | N    |
| Existence d'autres fonds (à préciser)   | O     | O            | N      | +/-            | N             | O    | O          | O     | O       | N     | O    |
| Application du règlement sanitaire international  | O     | O            | O      | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | O    |
| Existence d'une liste nationale des maladies à déclaration obligatoire (textes juridiques)  | O     | O            | O      | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | O    |
| Existence de textes réglementaires portant création de comités intersectoriels national, régionaux et locaux de prévention et de gestion des épidémies et/ou catastrophes | O     | O            | O      | O              | O             | O    | +/-        | O     | O       | +/-   | O    |
| comités intersectoriels national, régionaux et locaux de prévention et de gestion des épidémies et/ou catastrophes fonctionnels   | O     | +/-          | O      | O              | O             | O    | N          | O     | O       | +/-   | O    |
| Existence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de points focaux chargés de la Surveillance épidémiologique intégrée et de la riposte                               | O     | O            |        | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | O    |
| Existence d'une équipe d'intervention rapide  |       |              |        |                |               |      |            |       |         |       |      |
| Niveau central  | O     | N            | O      | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | N    |
| Niveau régional   | O     | N            | O      | O              | O             | O    | O          | N     | O       | N     | N    |
| Niveau local  | O     | N            | O      | O              | N             | O    | O          | N     | O       | N     | N    |
| Formation des agents à la SIMR  | N     | +/-          | O      | O              | N             | O    | N          | O     | N       | N     | N    |
| Existence d'un Laboratoire National de Référence  | O     | O            | O      | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | O    |
| Existence formelle d'un Réseau National de Laboratoire  | O     | O            | O      | O              | N             | O    | N          | O     | O       | N     | O    |
| Existence d'un guide national de surveillance intégrée des maladies et riposte validé   | O     | O            | O      | O              | N             | O    | +/-        | O     | O       | N     | O    |
| Existence à tous les niveaux d'un stock d'urgence de sécurité pré positionné pour les maladies à potentiel épidémique   | O     | O            | N      | O              | N             | O    | +/-        | O     | O       | +/-   | O    |
| Existence d'un plan national de mobilisation sociale pour les maladies à potentiel épidémique   | +/-   | +/-          | O      | +/-            | N             | O    | N          | O     | O       | N     | N    |
| Existence d'un comité de coordination inter agences (CCIA) fonctionnel  | O     | O            | O      | O              | O             | O    | O          | O     | O       | O     | O    |
| Existence d'un cadre formel de rencontres transfrontalières avec les pays voisins   | O     | N            | O      | O              | O             | +/-  | O          | O     | O       | N     | O    |
| cadre formel de rencontres transfrontalières avec les pays voisins fonctionnel  | +/-   | N            | O      | +/-            | N             | +/-  | +/-        | O     | O       | N     | O    |
| Existence de canaux informels d'échanges sanitaires transfrontaliers  | O     | O            | O      | N              | N             | O    | O          | O     | O       | +/-   | O    |

## **5. Suggestions en matière de coordination et de synergie sous régionale**

### **5.1. Rappel de la politique et instruments de coopération sous régionale déjà en place**

Un consensus a été dégagé en 1999<sup>23</sup> et <sup>24</sup> en matière de lutte contre les épidémies dans la sous-région au cours du deuxième séminaire d'orientation des cellules épidémiologiques des pays d'Afrique de l'Ouest organisé à Abidjan du 29 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 1999 concernant :

- Les initiatives nationales et internationales pour la surveillance épidémiologique et la lutte contre les maladies à potentiel épidémique :
  - la formation des agents de santé en surveillance épidémiologique, en gestion des épidémies et en informatique, ainsi que celle des techniciens de laboratoire en confirmation rapide des épidémies
  - le renforcement des équipements et matériels de communication, d'informatique et de laboratoire.

Ces initiatives nationales s'inscrivent pour la plupart dans le cadre des (i) plans nationaux de lutte contre les épidémies, dont les activités sont financées en général par les partenaires au développement –notamment l'OMS, les coopérations bi et multilatérales, les ONG ; (ii) les plans de développement socio-sanitaires de ces pays.

- Les domaines prioritaires nécessitant un appui extérieur pour la lutte contre les maladies à potentiel épidémique :
  - les équipements, matériels (dont informatique) et consommables de laboratoires des réseaux nationaux et des laboratoires de référence de la sous-région
  - les moyens de prévention des épidémies et la prise en charge des cas, notamment la fourniture de vaccins et de médicaments pour la constitution de stocks d'urgence
  - la formation des agents de santé pour la gestion des données épidémiologiques et des techniciens de laboratoire pour la confirmation rapide des épidémies.
- Les domaines prioritaires retenus par les pays comme nécessitant une sécurisation des fonds en matière de lutte contre les épidémies :
  - investigations de rumeurs d'épidémie et des épidémies confirmées
  - prise en charge des cas et les campagnes de vaccination lors des épidémies.
- Les mécanismes proposés par les pays pour la sécurisation des fonds pour la lutte contre les maladies à potentiel épidémique et les épidémies :
  - ouverture de lignes budgétaires par les Etats pour la lutte contre les épidémies
  - mise en place de fonds spéciaux ou sociaux pour les épidémies, financés par l'Etat, les partenaires au développement et les communautés.

Suite aux épidémies de 1995-1996, un certain nombre d'initiatives et/ou structures internationales et sous-régionales ont été mises en place pour la prévention et le contrôle des épidémies en Afrique de l'Ouest, dont :

- Protocole d'accord de Ouagadougou pour le plan sous-régional de coopération en matière de lutte contre les épidémies (1996-2001), coordonné par l'OMS, qui regroupe les 16 pays d'Afrique de l'Ouest, l'Algérie, le Tchad
- Mise en place par l'OMS, avec l'appui financier de l'USAID et de SDR (Suisse Disasters Relief) de l'équipe IPC/EMC d'Abidjan.
- Mise en place en 1997 du Groupe International de Coordination (GIC) pour la fourniture de vaccins et de médicaments pour la méningite ; il regroupe l'OMS, l'UNICEF, MSF, la FICR (Fédération Internationale de la Croix Rouge), la FIIM (Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament)

---

<sup>23</sup> Proposition d'orientation pour la phase II du projet ASURE, Projet d'appui technique au renforcement de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les épidémies en Afrique de l'ouest, A.APLOGAN juin 1999, EPICENTRE, Commission Européenne.

<sup>24</sup> ASURE : rapport ; bilan du projet ; version provisoire, A.Aplogan, Janvier 2000.

- Initiative UEMOA pour le renforcement du système d'information sanitaire et la promotion du médicament dans les pays membres (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo). Cette initiative, alors en cours d'étude, était prévue pour une durée indéterminée.  
En 2000, la recommandation n° 01/2000/CM/UEMOA du 23 juin 2000, relative à la mise en œuvre, dans l'Union, d'actions communes en matière de santé stipule que :
  - article premier : « les Etats membres sont invités à mettre en œuvre, à court et à moyen termes, les plans d'actions communautaires parmi lesquels le plan d'actions communautaires pour la mise en place d'un système sous régional d'information sanitaire et de notification transfrontalière des épidémies.
  - article 2 : les plans d'actions communautaires, visés à l'article premier ci-dessus, sont annexés à la présente Recommandation et s'articulent, notamment, autour des axes suivants :
    - a. l'accélération de la mise en place ou le renforcement d'un fonds national immédiatement disponible en faveur de la lutte contre les épidémies conformément au Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies, signé par les Ministres de la Santé de la sous région de l'Afrique de l'Ouest, de l'Algérie et du Tchad, à Ouagadougou en octobre 1996.
    - b. la mise en place diligente du comité de suivi des plans d'actions communautaires du système sous régional d'information sanitaire et de promotion des médicaments essentiels.
- Initiative Santé pour la Paix, regroupant quatre pays (Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Sénégal), l'OMS et l'UNICEF, ayant pour but le renforcement de la prévention et de la lutte contre les épidémies, le paludisme, le SIDA et l'organisation des JNV contre la poliomyélite. Cette initiative était prévue pour la période 2000-2001.
- Projet PASEI (Programme d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée), regroupant six pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger), l'ACDI et d'autres partenaires. PASEI assure l'appui pour la formation des agents de santé en épidémiologie et en informatique, l'équipement en informatique et en moyens de communication électronique, la standardisation des outils de surveillance et de collecte des données et le renforcement du système d'information sanitaire. PASEI était prévu pour la période 1999-2001.
- Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), chargée en particulier du système d'information sanitaire en Afrique de l'Ouest. Créée en 1998, l'OOAS est le résultat de la fusion de l'OCCGE (Organisation Commune de Coordination de Lutte contre les Grandes Endémies) et de la WHAC (West African Health Community).  
Rappelons les difficultés rencontrées dans le passé par l'OCCGE, exemple d'organisation inter-étatique qui a vu l'abandon progressif de son financement par les Etats puis par les bailleurs. Les raisons de cet échec devront être prises en compte pour toute future structure régionale.
- Projet ASURE (Projet d'appui technique au renforcement de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les épidémies en Afrique de l'ouest) qui, par un ancrage institutionnel au sein de l'équipe technique sous-régionale OMS (ICP/EMC), en complémentarité avec le projet ARIVAS, renforce la capacité de surveillance épidémiologique des pays, appuie les pays de la sous-région en matière d'investigation et de réponse aux épidémies, et favorise les échanges inter-pays en matière de lutte contre les épidémies.

Ce projet, 1997-1999, a eu pour principales actions : (i) l'organisation de deux séminaires sous-régionaux d'orientation et d'échange d'expériences entre cellules épidémiologiques des pays d'Afrique de l'Ouest ; (ii) la création du site web ([www.whowab.org](http://www.whowab.org)) sur la surveillance épidémiologique et la lutte contre les épidémies dans la sous-région ouest africaine ; (iii) la création d'une base sous-régionale de données épidémiologiques ; (iv) le développement et l'installation à Abidjan du logiciel EPIVIEW pour le traitement des données épidémiologiques sous-régionales et la rétro-information au niveau des pays ; (v) la création du bulletin épidémiologique de liaison (BEL) de la sous-région ouest africaine ; (vi) l'élaboration d'une proposition technique pour la sécurisation des ressources financières en matière de lutte contre les épidémies à partir des expériences du Burkina Faso et du Mali ; (vii) l'élaboration

d'une proposition technique pour la mise en réseau des cellules épidémiologiques des pays d'Afrique de l'Ouest.

Le rapport d'évaluation final du projet ASURE soulignait notamment les retards et la réactivité insuffisante liés à la complexité, alors, des procédures OMS.

- Programme GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) pour la protection de l'enfance contre les maladies évitables par la vaccination. Alors en cours de négociations, ce projet était prévu pour une durée de cinq ans, puis prorogé jusqu'à 2007.
- Recommandations de l'atelier de Lyon en 2003, sous l'égide de l'OMS, portant sur le rôle des centres collaborateurs de l'OMS et autres institutions spécialisées dans le renforcement des capacités des laboratoires nationaux en Afrique Francophone.

Le constat en 1999 soulignait que :

- Les initiatives internationales et nationales n'étaient pas coordonnées
- La mobilisation des ressources pour les activités de lutte contre les épidémies était faible
- Le plaidoyer pour que les ressources nationales contribuent au financement des plans d'action en matière de lutte contre les épidémies est insuffisant et peu efficace
- La place donnée aux ONG pour la mise en œuvre des actions prioritaires en matière de lutte contre les épidémies est importante.

Il concluait sur l'importance d'un engagement accru des gouvernements pour la mise en œuvre des plans d'action, tout en associant les partenaires en précisant la responsabilité des différents acteurs. En 2004, nombre de ces constats et de ces suggestions restent totalement d'actualité.

**Le tableau ci-dessous présente les principaux organismes et/ou projets continuant à être impliqués en 2004 dans la SECMT, avec leur couverture géographique**

| Pays       | OMS Ouest | OMS central | UNICEF | ARIVA | UEMOA | OOAS | PASEI CCISD | Projet Surveill. int OMS | USAID Basics | PATH | AMP |
|------------|-----------|-------------|--------|-------|-------|------|-------------|--------------------------|--------------|------|-----|
| Bénin      |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Burkina    |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Cap Vert   |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Cote d'Iv. |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Gambie     |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Ghana      |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Guinée C.  |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Guinée B.  |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Liberia    |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Mali       |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Mauritanie |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Niger      |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Nigeria    |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Sénégal    |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Sierra L.  |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Tchad      |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |
| Togo       |           |             |        |       |       |      |             |                          |              |      |     |

## 5.2. En 2004, le niveau d'implication dans la coordination sous régionale est très faible dans la majorité des pays de l'étude

Si plusieurs protocoles de coopération inter pays ont été signés (par exemple : Bénin, Niger, Togo, Burkina Faso) pour la lutte contre les épidémies, sont notés : (i) une faible participation aux réunions transfrontalières sur les épidémies ; (ii) des difficultés de mobilisation des ressources ; (iii) la non convergence des actions des partenaires ; (iv) insuffisance de l'appui logistique pour les investigations et la coordination de la riposte transfrontalière.

Ces difficultés de coordination et la non implication de tous les acteurs entraînent une dispersion d'efforts. Aucun organisme sous régional stricto sensu, chargé de coordonner la lutte contre les épidémies, n'est cité dans ces quatre pays<sup>25</sup>.

En fait, seuls les acteurs rencontrés au Sénégal ont cité une série d'organismes d'appui sous régionaux impliqués peu ou prou dans la surveillance épidémiologique au niveau régional et sous-régional: OMS, Institut Pasteur de Dakar, OOAS et ARIVA, BASICS.

Le niveau des échanges est très variable d'une zone épidémiologique à une autre :

- En Guinée, outre les rencontres inter pays animées par l'OMS lors des JNV, il n'existe pas d'activités transfrontalières. Les difficultés évoquées sont surtout liées à la logistique insuffisante et inadaptée qui entraîne un retard dans la mobilisation des ressources
- Des échanges transfrontaliers (animation de réseau pour la formation en épidémiologie) se sont déroulés entre le Burkina Faso, le Niger, le Bénin et la Côte d'Ivoire, avec l'appui du PASEI
- Au Mali et en Mauritanie, les activités transfrontalières se limitent aux activités ponctuelles développées et financées par l'OMS (et/ou d'autres partenaires éventuels) : (i) rencontres inter pays dans le cadre des échanges d'informations pour certaines maladies spécifiques (ver de guinée, méningite, rougeole et tétanos néo natal, ...); (ii) rencontres entre pays frontaliers dans le cadre de l'organisation des journées de vaccination contre certaines maladies transmissibles (Poliomyélite, méningite, etc.); (iii) échanges d'informations épidémiologiques (Internet) en cas d'épidémies. Les difficultés dans la communication entre pays de la sous-région en général et pays voisins en particulier est soulignée.
- Le Sénégal et le Tchad n'ont pas développé de partenariat avec les pays limitrophes. Le Tchad, toutefois, a déjà participé à des initiatives régionales, comme par exemple lors des JNV dans la zone du Lac Tchad où des équipes sont venues opérer en territoires nigériens et nigériens, et inversement.
- Au Togo, il existe des réunions trans-frontalières annuelles (pour PEV, dracunculose...), réunissant deux pays par deux pays (Togo, Ghana, Bénin, Burkina Faso). De même, quand l'UNICEF appuie la micro planification au Togo, s'y associent souvent les districts proches des pays limitrophes. Au début du troisième trimestre 2003, une réunion OMS/UNICEF a réuni tous les directeurs de PEV du bloc Ouest OMS et du bloc Afrique Centrale pour échange de données, d'expériences. Enfin, des accords permettent des échanges fréquents de médicaments entre les centrales d'achat du Bénin et du Togo.

---

<sup>25</sup> L'OMS a été fréquemment cité par les interlocuteurs de différents pays, les appuis des bureaux nationaux, de l'équipe sous-régionale ou régionale n'étant pas distingués. L'implication de l'OMS dans la SECMT est à l'évidence très significative, mais les réponses attendues ici se référaient à des organisations spécifiques de la sous-région qui avaient pour mandat la coordination sous-régionale, comme l'OOAS par exemple.

Au total :

- Peu d'actions concrètes de coordination sous-régionale ont pu être menées depuis la conférence de Ouagadougou en 1996 et la signature du Protocole de Coopération pour la lutte contre les épidémies signé par les Ministres de la santé et ceux de l'Intérieur de la sous région de l'Afrique de l'Ouest, de l'Algérie et du Tchad.
- Très peu d'expériences transfrontalières et pas de mécanisme de coordination entre les pays.
- Pas de structure régulatrice sous-régionale : pour exemple, en matière de médicaments et consommables, « *sous stocks dans certains pays, sur stockage avec risques de péremption dans d'autres ; prêts/dons impossibles, car aucune garantie de paiement* ».
- Coordination insuffisante entre tous les organismes régionaux (OMS, UEMOA, CEDEAO/OOAS, etc.).
- Peu de bailleurs prêts à soutenir des réunions techniques trans-frontalières de proximité (préparation et riposte) tandis qu'aucun fonds inter-Etats ne semble actuellement en mesure de les appuyer.

Un exemple récent illustre les difficultés des initiatives sous-régionales à s'inscrire dans la durée. Une tentative a été menée, en 2001, pour la surveillance et le contrôle de la tuberculose (WATSI : West African Tuberculosis Control Initiative) ; la publication régulière d'un journal d'information et l'organisation d'une réunion annuelle étaient prévues. La première réunion a eu lieu au Togo ; la deuxième réunion ne s'est jamais tenue, les responsables de tous les pays concernés adhérant tous à l'idée mais aucun ne voulant s'engager dans l'organisation de la rencontre.

## Annexe 5

### Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad

#### PREAMBULE

Vu la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé dont les Etats participants sont membres,

Vu la résolution AFRIRC43/R7 prise par les ministres de la santé des Etats membres lors du Comité régional de l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1993, à Gaborone, sur la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau des districts,

Considérant la fréquence, l'ampleur et la gravité des épidémies, notamment de méningite, de choléra, de rougeole et de fièvre jaune observées ces dernières années dans la sous-région,

Considérant les ressources actuellement mobilisables et les technologies existantes pour prévenir et maîtriser les épidémies,

Considérant les conclusions de la réunion sous-régionale des Ministres de la Santé et des Ministres de l'Intérieur sur la lutte contre les épidémies en Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad tenue à Ouagadougou du 21 au 25 Octobre 1996,

Les Etats membres de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad ci-dessous désignés "Etats participants" conviennent de ce qui suit.

#### CHAPITRE I : OBJECTIFS

*Les Etats participants affirment leur volonté commune de:*

- Mettre en œuvre, dans chacun des Etats participants, un ensemble minimum d'interventions visant à maîtriser les épidémies de méningite, de choléra, de rougeole et de fièvre jaune et à mieux protéger les populations contre ces épidémies ;
- Mettre en commun leurs efforts et leurs ressources dans le cadre d'un plan de coopération sous-régionale pour lutter plus efficacement contre ces épidémies ;
- Etablir un cadre de référence pour la collaboration avec les partenaires au développement sanitaire.

#### CHAPITRE II : PLAN NATIONAL

Les Etats participants, après un large échange d'expériences et une discussion approfondie sur les voies et les moyens de mener plus efficacement la lutte contre les épidémies, conviennent que le préalable à toute coopération sous-régionale fructueuse réside dans une volonté et un engagement exprimés individuellement par chacun des Etats au travers d'un plan d'action national de préparation et de réponse aux épidémies.

Ce plan doit être fondé sur une vision claire des résultats souhaités et sur un ensemble minimum d'interventions et d'activités, susceptibles de mobiliser toutes les *structures* et les institutions sanitaires nationales, l'ensemble des professionnels de la santé, les autres secteurs concernés, les communautés, ainsi que les partenaires.

Ces interventions et activités se rapportent aux domaines complémentaires que sont:

- la surveillance épidémiologique,
- le renforcement des laboratoires,
- la prise en charge des cas,
- la vaccination de masse,
- la mobilisation sociale,

- la gestion des épidémies et
- la coopération.

Les Etats participants conviennent que les actions préconisées ci-après constituent les réponses appropriées et s'imposent comme essentielles pour atteindre les résultats souhaités au cours des deux années 1997 et 1998.

Les maladies à potentiel épidémique visées sont la méningite, le choléra, la rougeole et la fièvre jaune.

### **Surveillance épidémiologique**

La détection précoce des épidémies au niveau des équipes des centres de santé et des districts est un objectif central et constitue la clé de voûte de l'ensemble des interventions. Il est crucial d'assurer l'utilisation et la transmission rapide des données collectées par les centres de santé et les communautés vers l'équipe de district.

#### ***Les Etats participants décident de mener les actions suivantes :***

- l'élaboration, la mise à jour, la diffusion et l'utilisation des directives et manuels techniques sur la surveillance épidémiologique et la lutte contre ces épidémies ;
- la formation et le recyclage des personnels, en prenant pour cibles prioritaires les personnels des centres de santé et les équipes de district, afin de les préparer à la prise de décision en cas d'alerte ;
- la mise en place d'outils simples pour l'enregistrement, la notification et l'analyse des données de surveillance épidémiologique, en dehors des périodes épidémiques tout comme pendant une épidémie ;
- une supervision des personnels des centres de santé orientée vers l'évaluation des capacités réelles de détection des épidémies, de prise de décision et d'action locale immédiate ;
- la mise en place des moyens adéquats de communication entre les différents niveaux du système de santé, en particulier entre les centres de santé et l'équipe de santé du district.

Le maintien en place du personnel formé à la surveillance épidémiologique, et à la lutte contre les épidémies ou son remplacement par du personnel de même compétence est d'une particulière importance. Un mécanisme approprié de motivation et d'utilisation rationnelle de ce personnel sera mis en œuvre.

### **Renforcement des laboratoires**

La confirmation rapide de l'agent causal fait encore trop souvent défaut, retardant les interventions susceptibles d'endiguer les épidémies. Le retard pris dans la recherche de la cause de l'épidémie entraîne des pertes en vies humaines et un gaspillage de ressources.

#### ***Les Etats participants décident de mener les actions suivantes:***

- l'approvisionnement des laboratoires en équipements de base, en réactifs courants et en milieux de transport, aux niveaux appropriés du système de santé ; au préalable, une évaluation systématique des besoins sera nécessaire ;
- la mise en place, aux niveaux appropriés de laboratoires ayant une capacité minimale de détection des épidémies et leur organisation en réseau ;
- la formation et le recyclage des personnels des districts, tout particulièrement sur les techniques de prélèvement et de transport ;
- l'approvisionnement des structures appropriées on matériel de transport des échantillons.

La mise en place d'une surveillance de la résistance des germes aux médicaments standards sera une préoccupation permanente des services de santé.

## **Prise en charge des cas**

L'application des protocoles standards de prise en charge des cas par les formations sanitaires, la disponibilité aux niveaux appropriés de stocks de sécurité on médicaments et consommables et leur gestion efficace constituent les facteurs déterminants dans le succès de la lutte contre les épidémies.

*Les Etats participants décident de mener les actions suivantes:*

- la production, la mise à jour, la diffusion et l'utilisation des protocoles standards de prise en charge des cas ;
- la supervision et l'évaluation systématiques des personnels, avant et après le déclenchement d'une alerte épidémique ;
- la formation et le recyclage des personnels des centres de santé en matière de prise en charge correcte des cas ;
- l'identification des sites de stockage des médicaments d'urgence ;
- l'estimation systématique des besoins en médicaments et autres produits (désinfectants et insecticides) ;
- l'approvisionnement des sites identifiés en temps opportun ;
- la mise en place des outils de prévision et de gestion des stocks en fonction des besoins réels.

L'accessibilité financière des populations aux soins pendant les épidémies peut poser problème, à cet effet, la mise en œuvre d'une réglementation appropriée en matière de gratuité des soins sera nécessaire.

## **Vaccination de masse**

Une application correcte des stratégies de vaccination de masse par les équipes de district et les centres de santé constitue un facteur de succès dans la maîtrise rapide des épidémies. Il est par conséquent indispensable de mettre en place aux niveaux appropriés, de stocks de sécurité en vaccins, équipements et consommables et un système de gestion efficace.

*Les Etats participants décident de mener les actions suivantes:*

- l'élaboration, la diffusion et la mise en oeuvre des stratégies nationales de vaccination de masse ;
- la formation/recyclage, la supervision et l'évaluation des personnels, notamment en matière d'organisation des campagnes de vaccination ;
- l'identification des sites de stockage de vaccins et consommables et leur approvisionnement afin d'assurer une mise à disposition rapide ;
- la mise en place des outils pour estimer les besoins en vaccins en fonction de la stratégie retenue et la population de la zone à risque ;
- l'évaluation des campagnes de vaccination en terme de couverture atteinte et d'efficacité.
- l'accessibilité financière des populations aux vaccinations lors des campagnes de masse sera garantie.

## **Gestion des épidémies**

La mise en place et le fonctionnement approprié des comités intersectoriels de gestion des épidémies à tous les niveaux du système de santé sont indispensables. Pour ce faire, il faudra mettre en place un système d'information pour le suivi et l'évaluation des interventions, la maîtrise de l'information pour le public et assurer la disponibilité de ressources spécifiques pour la réponse aux épidémies.

La coordination de tous les intervenants pendant les opérations de lutte est une condition de succès.

*Les Etats participants décident de mener les actions suivantes:*

- la création et/ou la redynamisation des comités intersectoriels permanents de gestion des

épidémies ;

- l'élaboration de plans d'action par ces comités ;
- l'élaboration, la diffusion et l'utilisation des outils de surveillance des opérations ;
- l'évaluation systématique de la réponse aux épidémies à chaque niveau de responsabilité ;
- la diffusion des rapports sur les épidémies ;
- la mise en place de mécanismes de communication des informations dans lesquels les comités de gestion de l'épidémie jouent le rôle central ;
- la création d'un fonds et l'allocation d'un budget national pour la lutte contre les épidémies ;
- la mise en place de structures et de mécanismes de coordination de l'action des partenaires.

### **Mobilisation sociale**

Pour assurer une mobilisation effective des populations en faveur de la lutte contre les épidémies,

#### ***les Etats participants décident de mener les actions suivantes:***

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre les épidémies ;
- la production de messages ciblés.

En ce qui concerne la lutte contre le choléra, les Etats participants conviennent de:

- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention à court terme notamment la chloration de l'eau de boisson, les mesures d'hygiène individuelle et collective et l'information appropriée des populations.
- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention à moyen et à long terme: mesures d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable des populations à risque.

L'utilisation des média déjà disponibles sera privilégiée, y compris les moyens de communication, de proche en proche, au niveau communautaire.

### **Coopération**

Pour assurer une information rapide et régulière des pays voisins, des partenaires et des instances internationales, et favoriser une coordination des interventions des partenaires,

#### ***les Etats participants décident de mener les actions suivantes:***

- la notification rapide et complète de toute alerte épidémique ;
- la diffusion des documents de stratégie et les plans d'action aux partenaires ;
- l'évaluation des mécanismes de coordination avec les partenaires.

## **CHAPITRE III : COOPERATION ENTRE LES PAYS**

Les Etats participants décident de coopérer dans les domaines cités ci-dessus afin que les efforts individuels de chacun des pays puissent être soutenus par des actions menées collectivement.

### **Surveillance épidémiologique**

Les Etats participants mettront en commun leur expertise et leurs ressources, notamment en matière de formation. Ils s'attacheront à coopérer dans la formation des formateurs, à charge pour ces formateurs de mettre en œuvre un plan de formation dans leur pays.

Des experts et des consultants nationaux ainsi que des Organismes sous-régionaux seront identifiés et rendus disponibles dans les plus brefs délais à tout pays qui en ferait la requête. Ces personnes ressources travailleront sous la coordination de l'équipe d'appui technique inter-pays que l'OMS a

mise en place dans la sous-région.

### **Renforcement des laboratoires**

Les Etats participants coordonneront leurs efforts pour assurer les analyses spécialisées et pour former et recycler les techniciens des laboratoires nationaux. Un demandera à l'OMS de mettre en place un réseau de laboratoires de référence sous-régionaux. Ces laboratoires sous-régionaux joueront également un rôle de référence en matière de surveillance de la sensibilité des germes aux médicaments et du contrôle de qualité.

### **Prise en charge des cas et campagne de vaccination de masse**

Les Etats participants harmoniseront leurs protocoles de prise en charge des cas et leur stratégie de vaccination en période épidémique, notamment dans les zones frontalières.

Ils demanderont à l'OMS de mettre en place des stocks sous-régionaux de médicaments, de produits de désinfection, d'insecticides et de vaccins, et de coordonner l'échange et la circulation des médicaments et des vaccins entre les pays, en cas de besoin urgent. Les commandes groupées de médicaments seront envisagées. Par ailleurs les Etats participants demandent à l'OMS de poursuivre l'étude de la faisabilité d'une production de vaccins et de médicament dans la sous-région.

### **Echange d'information**

Les Etats participants s'engagent à notifier immédiatement toute alerte épidémique à l'OMS. Dans le même temps, ils assureront, entre eux, un échange d'informations épidémiologiques, ainsi que toute information sanitaire d'intérêt général pour la lutte contre les épidémies. La même information sera partagée avec les partenaires.

Les Etats participants demanderont à l'OMS de faciliter cet échange d'information, conformément à son mandat. Ils conviennent de la constitution d'une liste d'experts nationaux et la mise en place de mécanisme d'échange de ce personnel.

## **CHAPITRE IV : CADRE DE COOPERATION SOUS-REGIONALE**

Le plan de coopération pour la lutte contre les épidémies annexé à ce protocole énumère les résultats attendus, les activités à mener, les indicateurs de surveillance et d'évaluation, les échéances d'exécution, les responsabilités de mise en œuvre et les ressources nécessaires.

Les Etats participants conviennent de s'entraider en cas d'épidémie majeure, selon les besoins exprimés par chacun, sous forme d'appui soit technique, soit matériel. Ils demandent à l'OMS de faciliter l'expression de cette solidarité, notamment au travers de son équipe d'appui technique inter-pays.

Une surveillance régulière de la mise en œuvre de cette coopération sera faite au travers de mécanismes appropriés, dont la coordination est assurée, à la demande des Etats participants, par l'Organisation Mondiale de la Santé. Une réunion annuelle des Ministres de la Santé sera organisée afin d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du présent protocole de coopération.

Les Etats participants s'engagent à mettre en place des mesures appropriées de coopération administrative frontalière afin de minimiser les problèmes liés à la circulation des personnes et des biens en cas d'épidémie.

En prenant le présent protocole comme point de départ et comme catalyseur, les Etats participants ont l'intention d'étendre leurs domaines de coopération et de créer progressivement un espace sanitaire sous-régional doté de mécanismes opérationnels et de ressources adéquates.

## **CHAPITRE V : CONCLUSION**

Nous soussignés, persuadés de la pertinence et de la faisabilité de la coopération entre les Etats

participants,

- nous engageons solennellement à mettre en œuvre le plan de coopération annexé ci-après en vue d'assurer une lutte coordonnée contre les épidémies notamment de méningite, de choléra, de rougeole et de fièvre jaune dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad ;
- appelons tous les partenaires à poursuivre leur coopération technique et financière dans le domaine de la lutte contre les épidémies en se référant aux priorités nationales et sous-régionales exposées dans ce protocole ;
- prions l'Organisation Mondiale de la Santé, conformément à son mandat, de coordonner toutes les actions d'appui international à la mise en œuvre de ce protocole, que ce soit dans le domaine technique ou dans celui de la mobilisation des ressources auprès de la communauté internationale.

Tout pays appartenant au même bloc épidémiologique pourra, à sa demande, adhérer au présent protocole.

Le présent protocole de coopération entrera en vigueur dès sa signature.

Fait à Ouagadougou le 25 octobre 1996,

**Protocole signé par les Ministres de la Santé et ceux de l'Intérieur**

**Annexe 6**

**Indicateurs de PNB et de population de pays d'Afrique Sub-saharienne**

**Classement par ordre alphabétique**

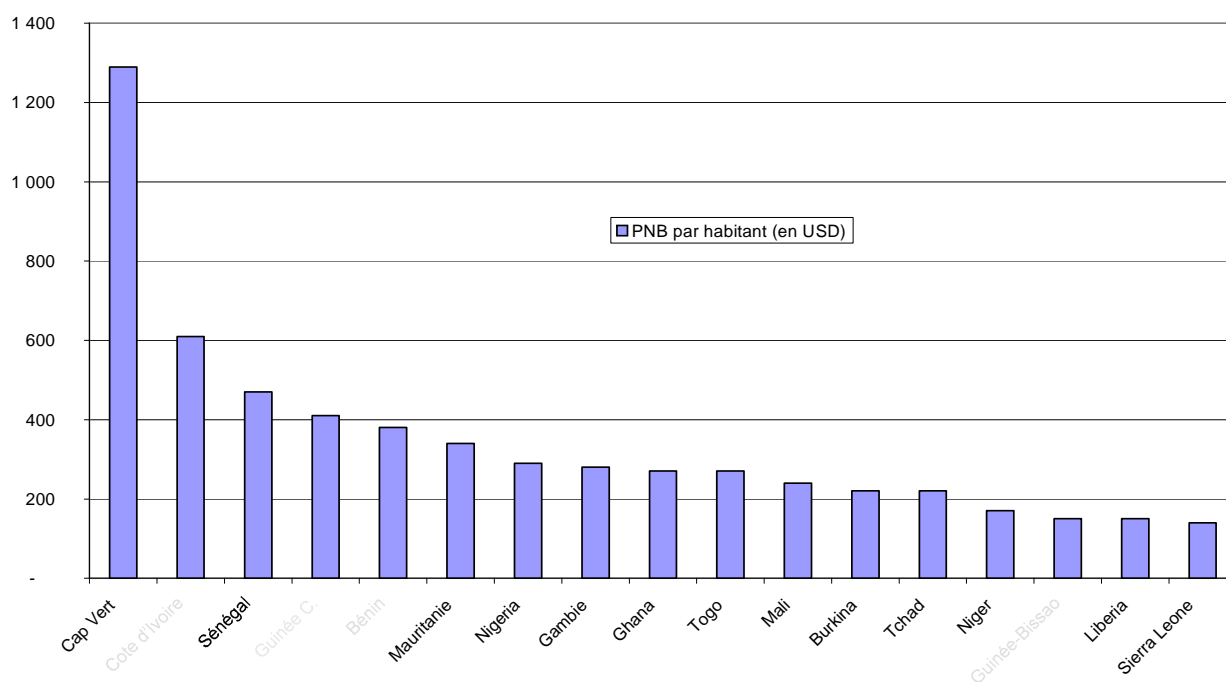
| Pays                 | PNB (en milliards de USD) | PNB par habitant (en USD) | population (en millions) |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>Bénin</b>         | 2,5                       | 380                       | 7,0                      |
| <b>Burkina</b>       | 2,6                       | 220                       | 13,2                     |
| <b>Cap Vert</b>      | 0,6                       | 1 290                     | 0,5                      |
| <b>Cote d'Ivoire</b> | 10,3                      | 610                       | 17,0                     |
| <b>Gambie</b>        | 0,4                       | 280                       | 1,5                      |
| <b>Ghana</b>         | 5,4                       | 270                       | 20,5                     |
| <b>Guinée C.</b>     | 3,1                       | 410                       | 9,0                      |
| <b>Guinée-Bissao</b> | 0,2                       | 150                       | 1,3                      |
| <b>Liberia</b>       | 0,5                       | 150                       | 3,3                      |
| <b>Mali</b>          | 2,8                       | 240                       | 11,6                     |
| <b>Mauritanie</b>    | 1,0                       | 340                       | 2,9                      |
| <b>Niger</b>         | 2,0                       | 170                       | 12,1                     |
| <b>Nigeria</b>       | 38,7                      | 290                       | 133,9                    |
| <b>Sénégal</b>       | 4,7                       | 470                       | 11,0                     |
| <b>Sierra Leone</b>  | 0,7                       | 140                       | 5,7                      |
| <b>Tchad</b>         | 1,8                       | 220                       | 9,3                      |
| <b>Togo</b>          | 1,3                       | 270                       | 5,4                      |

**Classement par ordre décroissant**

| Pays          | PNB (en milliards de USD) |
|---------------|---------------------------|
| Nigeria       | 38,7                      |
| Cote d'Ivoire | 10,3                      |
| Ghana         | 5,4                       |
| Sénégal       | 4,7                       |
| Guinée C.     | 3,1                       |
| Mali          | 2,8                       |
| Burkina       | 2,6                       |
| Bénin         | 2,5                       |
| Niger         | 2,0                       |
| Tchad         | 1,8                       |
| Togo          | 1,3                       |
| Mauritanie    | 1,0                       |
| Sierra Leone  | 0,7                       |
| Cap Vert      | 0,6                       |
| Liberia       | 0,5                       |
| Gambie        | 0,4                       |
| Guinée-Bissao | 0,2                       |

| Pays          | PNB par habitant (en USD) |
|---------------|---------------------------|
| Cap Vert      | 1 290                     |
| Cote d'Ivoire | 610                       |
| Sénégal       | 470                       |
| Guinée C.     | 410                       |
| Bénin         | 380                       |
| Mauritanie    | 340                       |
| Nigeria       | 290                       |
| Gambie        | 280                       |
| Ghana         | 270                       |
| Togo          | 270                       |
| Mali          | 240                       |
| Burkina       | 220                       |
| Tchad         | 220                       |
| Niger         | 170                       |
| Guinée-Bissao | 150                       |
| Liberia       | 150                       |
| Sierra Leone  | 140                       |

| Pays          | population (en millions) |
|---------------|--------------------------|
| Nigeria       | 133,9                    |
| Ghana         | 20,5                     |
| Cote d'Ivoire | 17,0                     |
| Burkina       | 13,2                     |
| Niger         | 12,1                     |
| Mali          | 11,6                     |
| Sénégal       | 11,0                     |
| Tchad         | 9,3                      |
| Guinée C.     | 9,0                      |
| Bénin         | 7,0                      |
| Sierra Leone  | 5,7                      |
| Togo          | 5,4                      |
| Liberia       | 3,3                      |
| Mauritanie    | 2,9                      |
| Gambie        | 1,5                      |
| Guinée-Bissao | 1,3                      |
| Cap Vert      | 0,5                      |



## Annexe 7

### Acteurs sous-régionaux et internationaux (ayant été impliqués, impliqués ou émergents) dans le domaine de la Surveillance et le contrôle des maladies transmissibles

#### Organismes

- UEMOA (Ouagadougou)
- CEMAC (Bangui)
- OCEAC (Yaoundé)
- OOAS (Ouagadougou)
- OCCGE (Bobo-D)

#### Partenaires et bailleurs de fonds

- OMS (Abidjan / Yaoundé / Harare)
- UNICEF (Dakar)
- Union Européenne
- ECHO (Abidjan)
- Banque mondiale
- GAVI (Genève)
- Coopérations bilatérales

#### Initiatives

- Protocole d'accord de Ouagadougou (1996-2001)
- Recommandation 01/2000 de l'UEMOA
- Equipe ICP/EMC (OMS-USAID-SDR)
- Groupe international de coordination pour la fourniture de médicaments pour la méningite (1997) (OMS, UNICEF, MSF, FICR, FIIM)
- Santé pour la Paix (OMS, UNICEF) : Renforcement de la prévention et de la lutte contre les épidémies, le sida, et Organisation des JNV contre la polio
- Multi-disease surveillance centre - Centre pluri-pathologique

#### Projets

- ARIVA (UE/FED) (Ouagadougou)
- PASEI (CCISD)
- CVP-PATH (Pays-Bas) (Dakar)
- AWARE (USAID) (Accra)
- BASICS (USAID) (Dakar)
- ASURE (UE/FED) (Ouagadougou)

#### Fondations et acteurs associatifs

- Fondation Mérieux (Lyon)
- Epicentre (Paris)
- Croix Rouge
- MSF
- AMP/EPIVAC (Cotonou)
- Rotary
- BIOFORCE
- PSF (Pharmacie sans Frontière)
- ASF (Aviation sans Frontière)
- TULIPE (Paris)

### **Centres et Instituts de formation**

- CESAG (Dakar)
- IRSP master (Ouiddah)
- Université de Cocody (Abidjan)
- Ghana Institute (Accra)
- INSET (Yamoussoukro)
- Cours supérieur d'épidémiologie d'intervention (Université de Bamako)
- Formation OMS des paramédicaux à LOME

### **Réseau de Laboratoire de référence**

- LANSPEX (Niamey)
- Labo de Guinée Conakry
- Labo de Dakar
- Labos d'Europe

### **Autres acteurs**

- Instituts Pasteur (Dakar et Abidjan)
- Centre Muraz (Ouagadougou)
- Centre Charles Mérieux (Bamako)
- ACAME
- CDC Atlanta
- CERMES (Niamey)
- CNAM (Bamako –ex Institut Marchoux)

## Annexe 8

### Recommandations pour le renforcement de la SECMT au niveau régional et national

#### 1. La situation de départ

##### L'étude pays a révélé ou confirmé les constats suivants :

- la faible fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires,
- les difficultés de financement de la mise en œuvre des Plans de SMIR,
- les insuffisances des réseaux nationaux de laboratoire,
- les carences de stocks d'urgence en vaccins, médicaments, réactifs et consommables pour assurer une riposte rapide,
- la lacune significative de la maintenance des intrants,
- l'absence de mécanismes et d'institution opérationnels de coordination sous régionale pour la riposte aux épidémies.

Ces problèmes obérant la SECMT sont essentiellement liés à deux problèmes de fonds affectant les systèmes de santé :

- l'insuffisance (quantitative et/ou qualitative) de ressources financières, humaines et matérielles, avec de faibles disponibilités des Etats qui ne peuvent être totalement compensées par les partenaires extérieurs
- les dysfonctionnements affectant les gestions nationales et la traçabilité de ces ressources financières, humaines et matérielles.

Dès 1996, un consensus sous-régional avait posé le diagnostic et proposé des stratégies correctives pertinentes. Depuis lors, des avancées parcellaires et localisées sont indéniables, mais l'inscription dans la durée et le changement d'échelle pose problème en raison des facteurs cités ci-dessous.

#### 2. Eléments fondamentaux de la réflexion

La complexité et les disparités du système de SECMT ne permettent pas d'envisager un renforcement de la totalité des systèmes des pays. D'abord en raison du coût et ensuite parce qu'il faut aussi que les systèmes nationaux soient plus performants et que l'engagement de chaque Etat soit déjà plus significatif.

Lors du débat de l'atelier technique de Ouagadougou, certains critères ont été retenus pour que le projet de renforcement garde sa pertinence et son efficience, à savoir :

- mettre en place un système novateur et concret avec une autonomie d'action qui pourrait combler un vide institutionnel régional,
- renforcer la structuration des niveaux nationaux et régionaux et l'articulation entre les pays frontaliers,
- respecter la souveraineté des pays tout en ayant une force de coordination régionale,
- créer des synergies avec les autres organismes et partenaires,
- respecter les décisions du Protocole de Coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, L'Algérie et le Tchad du 25 octobre 1996 et la recommandation 01/200°/CM/UEMOA, relative à la mise en œuvre de l'union d'actions communes en matière de santé du 29 juin 2000,
- valoriser les ressources existantes aux niveaux national et régional,

Par ailleurs, deux éléments devaient être intégrés dans les choix :

- l'option régionale retenue par la CE, les apports au niveau national en matière de santé passant dorénavant par les appuis budgétaires directs
- le constat que :
  - l'information doit prioritairement être renforcée au niveau national, avec une analyse coordonnée au niveau régional,
  - la riposte dépasse fréquemment les capacités nationales, et c'est donc cet aspect qui devait être privilégié dans les propositions du projet sous-régional

Ces propositions ont pris en compte les leçons tirées des initiatives antérieures, concluantes ou non, mais aussi de l'évolution du contexte (nouveaux mécanismes de l'aide extérieure, changement d'acteurs avec l'apparition de nouvelles initiatives, développement des réseaux de communication rapide) etc.

### 3. Les propositions et hypothèses issues de l'étude

La réflexion, schématiquement, se situe à deux niveaux :

- Les propositions semblent faire consensus, que ce soit auprès des interlocuteurs lors de la présente étude que lors des débats sous-régionaux antérieurs :
  - la nécessité de mécanismes et de structures sous-régionaux d'appui, alliant proximité, souplesse et rapidité de réaction, en matière de : (i) financement ; (ii) ressources humaines (experts et formation) ; (iii) laboratoire de référence (contrôle de qualité, appui au diagnostic) ; (iv) pré-positionnement de stocks de sécurité en médicaments, vaccins et consommables ; (v) maintenance ; (vi) données épidémiologiques et échange d'informations
  - la nécessité d'une entité sous-régionale de coordination, interlocuteur central assurant (i) la synergie entre structures d'appui ; (ii) les liens entre les pays ; (iii) la gestion, le suivi et l'évaluation (technique et financière) des actions sous-régionales et des fonds (pouvant provenir de plusieurs sources) mis à disposition à cet effet.

A noter que plusieurs acteurs rencontrés dans les pays visités soulignent que si un appui sous-régional est pertinent, il faut aussi que les systèmes nationaux soient plus performants et que l'engagement de chaque Etat soit déjà plus significatif.

- L'ancrage de cet appui sous-régional dans les pays ouvre en effet matière à débat, soutenu par le dilemme entre verticalisation et intégration. Quatre options semblent possibles, non mutuellement exclusives (voir schéma ci-dessous) :
  - une redynamisation de chaque système national, articulée autour des responsables centraux chargés du SECMT, dans une logique de continuité des efforts menés jusqu'ici
  - l'appui direct à un maillage coordonné de sites pilotes périphériques dans chaque pays, sélectionnés par les responsables nationaux sur des critères de performance et de risque épidémique
  - un renforcement de larges zones épidémiologiques couvrant plusieurs pays, connues pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant de manière récurrente,
  - un renforcement de zones épidémiologiques transfrontalières plus restreintes, définies par consensus sous-régional, connues également pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant également de manière récurrente

Ces propositions prennent en compte les leçons tirées des initiatives antérieures, concluantes ou non, mais aussi de l'évolution du contexte (nouveaux mécanismes de l'aide extérieure, changement d'acteurs avec l'apparition de nouvelles initiatives, développement des réseaux de communication rapide).

## a) Les mécanismes et structures techniques sous-régionaux d'appui

### ***L'accessibilité à un fonds régional très flexible de lutte contre les épidémies et la coordination technique et financière***

Les enjeux sont :

- outre le sous-financement chronique de la surveillance et de la réponse aux maladies à potentiel épidémique déjà largement évoqué,
- la lenteur de mobilisation des ressources financières qui pénalise la réponse adéquate en cas d'épidémie. Pour exemple, en ce qui concerne l'OMS, il apparaît que, « *actuellement, si une épidémie se déclare dans un pays, le bureau sous-régional OMS peut sans problème mobiliser des expertises techniques ; par contre, il a de grandes difficultés pour dégager des moyens financiers* », il y a nécessité de créer des mécanismes plus rapides pour accéder au « revolving fond » du ICG (Group de Coordination International), disponible à OMS/Genève
- l'insuffisante traçabilité des fonds consacrés à la SECMT, compliquée par des nomenclatures et des bilans budgétaires étatiques hétérogènes, ainsi que par des cadres techniques et financiers de projets d'appui spécifiques à chaque partenaire.
- la faible disponibilité de fonds de recherche opérationnelle pour des études prospectives étudiant les tendances et les déterminants des maladies transmissibles pour mieux les prévenir.

Le sous-financement pourrait être compensé par la création d'un financement solidaire, alimenté par les pays, par une taxation lors des passages aux frontières (sur le modèle du financement de l'UEMOA) ; de plus, l'ensemble des partenaires au développement pourraient également contribuer à de fonds commun dévolu à la SECMT.

Ce fonds commun pourrait être utilisé pour répondre en urgence à une crise épidémique (avec, par exemple un compte spécial ou une ligne spécifique « vaccins, médicaments et matériels » et permettrait l'achat d'un stock sous-régional ainsi que l'envoi rapide (*et éventuellement gratuit*) aux pays en cas d'urgence).

Afin de répondre au contexte spécifique de la riposte aux épidémies, ces fonds devraient idéalement :

- être « souples », mobilisables rapidement au vu de requêtes simplifiées en provenance des autorités nationales. Ceci signifie (i) une gestion par contrôle a posteriori et non a priori ; (ii) un accord de l'ensemble des partenaires sur les procédures administratives et financières
- s'inscrire dans une transparence des besoins réels estimés. Le gestionnaire de ce fonds régional devrait centraliser l'ensemble des informations, issues des différents partenaires et notamment de ceux n'abondant pas –ou de manière non exclusive- le fonds commun, sur les ressources financières actuellement dégagées comparativement aux besoins estimés. Ceci implique une volonté de collaboration de l'ensemble des acteurs, et un consensus sur une nomenclature homogène de désignation des lignes budgétaires pour une meilleure compréhension et traçabilité des sommes investies.
- Attribuables à un panel de pays selon une logique de diffusion épidémique trans-frontalière. Ceci semble peu compatible avec des structures s'occupant d'une zone géographique bien circonscrite (Afrique du Nord, du Centre, de l'Ouest).

La mise en place d'un tel financement solidaire rapidement mobilisable ne devra en aucun cas être :

- une « prime » au désengagement étatique. Si la résolution d'une crise justifie un appui solidaire immédiat, l'absorption disproportionnée de ce fond commun par quelques pays y

voyant un moyen aisé d'économiser leurs propres ressources ne manquerait pas d'engendrer rapidement un éclatement du consensus sous-régional.

- une « prime » à l'impréparation. L'existence de fonds et de stocks sous-régionaux rapidement mobilisables ne doit pas conduire des pays à relâcher leurs efforts de surveillance et de prévention.

La gestion, ainsi que le suivi-évaluation technique et financier de ce fond commun et des actions appuyées pourraient être confiés à une entité unique de coordination, assurant dans le même temps la responsabilité de :

- la synergie sous-régionale des structures techniques sous-régionales d'appui. Une base de données centralisée, alimentée par chaque structure d'appui, devrait être basée au niveau de la coordination afin de suivre au jour le jour l'état des stocks, l'avancée des formations, les données épidémiologiques, etc., provenant des structures d'appui
- la coordination entre pays (rencontres transfrontalières, sous-régionales, échanges continus d'informations, ...).
- la coordination entre partenaires au développement

Ce peut être une structure légère, s'appuyant sur des procédures claires et adaptées, communes à l'ensemble des acteurs impliqués. Cette entité de coordination pourrait, sous sa responsabilité, sous-traiter le suivi-évaluation (technique et financier) et le contrôle de gestion à des opérateurs publics ou privés contractés par appel d'offre.

Le débat reste ouvert quant à l'identification du type et du statut d'une telle structure.

Quelle que soit l'entité identifiée pour assurer la coordination, elle pourrait être encadrée par un Comité Pilotage pluripartite, avec par exemple des représentants des Etats et des bailleurs de fonds impliqués.

### ***La disponibilité de ressources humaines qualifiées et l'échange des données épidémiologiques***

L'insuffisance qualitative et quantitative de ressources humaines (épidémiologiste, microbiologiste, entomologiste, logisticien, informaticien, techniciens bio-médicaux, et autres professions impliquées dans la SECMT) impose trois types d'actions simultanées :

- le renforcement des capacités nationales, quantitatif par des affectations et qualitatif par des formations initiales et continues adéquates et standardisées,
- le renforcement quantitatif et qualitatif des organismes sous-régionaux existants, ainsi que des structures sous-régionales identifiées pour un appui sous-régional,
- la mise en place d'un réseau régional d'experts aisément mobilisable en cas de flambée épidémique.

Une structure sous-régionale pourrait avoir pour rôle :

- de coordonner les appuis en formation. Actuellement, les multiples acteurs agissent souvent selon un agenda, des objectifs et des outils qui leur sont propres,
- de veiller à l'homogénéité des approches et des outils de formation,
- de diffuser aux pays les informations relatives aux opportunités de formations<sup>26</sup>,

---

<sup>26</sup> Pour exemple, parmi les formations le plus souvent citées : Santé Publique OMS pour cadres à Cotonou (1 an, 15.000 USD), Formation EPIVAC (1 mois de formation, puis reviennent dans le district pour la pratique, et modules d'enseignement à distance). Pour les cadres intermédiaires, formation en santé publique d'une année OMS à Lomé (8.000 USD/an).

- de disposer d'une base centralisée régulièrement actualisée, alimentée par l'ensemble des partenaires agissant en matière de SECMT, afin d'affiner les besoins en formation par pays,
- de constituer, d'animer et de gérer un réseau d'experts sous-régionaux et internationaux, mobilisables en cas d'urgence et à la demande des pays.

Cette structure pourrait, logiquement, assurer également la centralisation des données épidémiologiques provenant de chaque pays. Une analyse régionale, restituée à chaque pays et au pool d'experts identifiés permettrait une meilleure anticipation des crises, l'identification de recherches opérationnelles prioritaires, une réactivité accrue aux flambées. Idéalement, ces données devraient être accessibles sur un site internet accessible à chaque pays.

Pour jouer ce rôle, les équipes sous-régionales OMS sont le plus souvent citées. Cette stratégie correspond d'ailleurs au Plan de travail de l'équipe OMS (ICP/CSR) du bloc de l'Afrique de l'Ouest qui dans le cadre de la préparation et la réponse aux épidémies prévoit l'aide des Partenaires pour appuyer techniquement les pays pour l'investigation et le contrôle des épidémies (AMS codes : 24701922 et 24703122).

Ceci implique toutefois :

- un mécanisme pour assurer la fluidité entre « blocs » différents (Tchad, par exemple, appartenant au « bloc » Afrique Centrale) et la centralisation en une entité unique de l'ensemble des informations requises, quelque soit le découpage géographique,
- un probable renforcement quantitatif de ces équipes sous-régionales

***Une mobilisation efficiente de médicaments, vaccins, consommables et matériels, notamment pour la riposte***

L'absence ou l'insuffisance de stocks de sécurité dans les pays lors de l'émergence d'une flambée épidémique, les longs délais de commande et d'acheminement pourraient être palliés par une stratégie sous-régionale.

Un stock de sécurité sous-régional est ainsi proposé, abrité par une structure bénéficiant de procédures souples facilitant une réponse rapide.

Cette stratégie correspond au Plan de travail de l'équipe OMS (ICP/CSR) du bloc de l'Afrique de l'Ouest qui dans le cadre de la préparation et la réponse aux épidémies prévoit l'aide des Partenaires pour renforcer le stock sous régional en médicaments, consommables et réactifs de laboratoire (AMS codes : 24701921 et 24703123).

*Par ailleurs, un tel montage, pour certains interlocuteurs, pourrait favoriser une harmonisation au niveau sous-régional (approvisionnement, circuits, médicaments de réponse épidémique, prix, ...). Quand une épidémie est prévisible (période connue), une commande groupée inter-pays pourrait être lancée afin de faire chuter les prix, avec entente sur les produits et les fournisseurs. L'UEMOA creuse actuellement cette solution au niveau ouest-africain mais les premiers résultats concrets semblent mitigés.*

Quoi qu'il en soit, cette structure à vocation sous-régionale aurait pour mission essentielle :

- de constituer un stock sous-régional pré-positionné et/ou pré-commandé (voir note technique de ReMeD en annexe 6) et mobilisable en cas d'urgence, acquis sur les fonds communs sous-régionaux,
- d'assurer la ventilation rapide vers les pays ayant exprimé les besoins, selon des procédures simplifiées basées sur le contrôle a posteriori,
- de mettre en place et de suivre en permanence l'état des stocks sous-régionaux en produits essentiels à la SECMT, ces données étant fournies par les responsables de chaque pays.

Ceci permettrait, selon un interlocuteur, d'éviter de « passer de la sécurité à la pénurie » et faciliterait la régulation des stocks entre centrales d'approvisionnement (par exemple échanges ou dons.

Une Centrale d'Achat performante, appartenant au réseau des Centrales d'Achat existant -qui serait ainsi renforcé- pourrait assurer cette prestation. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) du Burkina Faso a été notamment citée.

### ***Renforcement des réseaux nationaux de laboratoires et contrôle régional de qualité***

La résolution des contraintes actuelles des réseaux nationaux de laboratoire requiert des interventions de divers ordres :

- renforcement financier permettant l'acquisition de matériels et réactifs, de logistique, ainsi que la supervision formative et le contrôle interne de qualité,
- renforcement quantitatif et qualitatif des ressources humaines,
- contrôle externe de qualité.

C'est sur les deux derniers points qu'est préconisée l'identification d'un laboratoire de référence sous-régional, qui assurerait :

- le contrôle externe de qualité,
- un terrain de stage de formation pour les biologistes et techniciens de laboratoire,
- un pool d'experts mobilisable par l'entité sous-régionale chargée de la coordination des formations et de l'appui technique à la riposte.

Outre son excellence avérée, ce Laboratoire Régional de Référence devrait idéalement être situé dans un « hub » aérien et disposer de moyens de communication.

Plusieurs sites ont été évoqués, potentiellement en mesure de jouer ce rôle :

- le laboratoire de référence du centre pluri-pathologique OMS de Ouagadougou,
- l'Institut Pasteur de Dakar,
- le laboratoire hospitalo-universitaire d'Abidjan (devant disposer, dans ce cadre, d'un budget dissocié de celui du CHU),
- le Ghana Institute d'Accra
- le Centre Charles Mérieux de Bamako, dont le démarrage officiel est prévu pour début 2005<sup>27</sup>

### ***Renforcement de la maintenance***

La résolution des contraintes majeures actuelles en matière de maintenance requiert des interventions de divers niveaux :

- renforcement financier permettant l'acquisition de matériels, de logistique, ainsi que la supervision formative et les interventions. De plus, la disponibilité de budgets de fonctionnement permettrait également la signature de contrats de maintenance avec des opérateurs privés,

---

<sup>27</sup> Le Centre aura trois axes d'intervention : (i) le Centre de Formation Pluridisciplinaire à vocation régionale (épidémiologie, biologie médicale, vaccinologie, ...) ; (ii) Laboratoire central de référence en biologie clinique avec une priorité donnée à la lutte contre les maladies infectieuses à potentiel épidémique ; (iii) le Pôle de développement sanitaire avec mise en place d'unités mobiles de surveillance, contrôle de qualité et accréditation des laboratoires, antenne de recherche avancée avec la mise en réseau avec les autres antennes de la Fondation Mérieux pour les maladies infectieuses émergentes.

- renforcement quantitatif et qualitatif des ressources humaines.

Les personnes interviewées ont proposé l'identification d'un institut de référence sous-régional de maintenance, qui assurerait :

- un terrain de stage de formation pour les ingénieurs et techniciens en maintenance.
- Un pool d'experts mobilisables par l'entité sous-régionale chargée de la coordination des formations et de l'appui technique, qui aurait pour missions essentielles :
  - d'appuyer le diagnostic initial et l'élaboration d'un plan national de maintenance (objectifs, acteurs, moyens, sélection des matériels et des fournisseurs, procédures d'intervention, ...),
  - d'assurer la formation (in situ et/ou au centre régional) des nationaux,
  - de répondre aux demandes d'interventions dépassant les capacités dans les pays (soit par communication des informations à distance, soit par mission in situ).

Aucune structure précise sous-régionale n'a été identifiée par les personnes interrogées. Toutefois, en matière de site de formation, les interviewés ont évoqué les possibilités de former les techniciens au Togo avec en sus une formation bio-médicale de 6 mois au Sénégal (Dakar). L'Institut Polytechnique de Yamoussoukro a été également mentionné.

### ***Renforcement des réseaux de communication***

L'opérationnalité de tels réseaux d'échanges et d'appui est naturellement basée sur la mise en place et/ou le renforcement de réseaux de communication (Internet, Fax, Téléphone) fiables et durables entre les pôles nationaux, les centres de référence nationaux et internationaux.

Ceci signifie la résolution de problèmes techniques et financiers (acquisition mais surtout fonctionnement -coûts des appels et de la connexion- de ces outils de communication).

#### **b) L'ancrage au niveau des pays**

|   |
|---|
| <b>Proposition 1 : Ancre par sites sélectionnés par chaque pays selon divers critères</b> |
|---|

Cette proposition de maillage coordonné de sites pilotes périphériques dans chaque pays comprend :

- la mise en place d'un maillage sous régional de districts leaders en SECMT (2 à 3 points focaux désignés par chacun des 11 pays) pour manager un système sous régional d'informations sanitaires (SSRIS), ceci pour répondre aux directives du Protocole de 1996 et la recommandation du 23 juin 2000 de l'UEMOA.
- La coordination de la SECMT au niveau sous régional par la mise en réseau des ressources existantes.

Cette proposition s'appuie sur la faible probabilité de rendre à court terme les systèmes nationaux d'informations sanitaires opérationnels (contraintes politiques, contraintes organisationnelles de défaut de coordination, contraintes de ressources humaines et financières). Par contre la mise en œuvre d'un processus d'informations sanitaires au niveau sous régional permettrait :

- de réduire la dimension politique de la gestion de l'information (l'intérêt régional doit dépasser l'intérêt national),
- de mettre en place une coordination sous régionale de dimension nécessaire et suffisante pour maîtriser l'ampleur des problèmes,
- de recenser rapidement un pool sous régional de ressources humaines (pôles d'excellence),
- de répartir rationnellement les ressources financières en fonction des réels besoins en temps et en lieu.

La mise en œuvre du SSRIS se ferait par la modélisation, la validation et l'adoption de procédures communes de surveillance de routine (supports de collecte, niveaux d'analyse, utilisation des données) ainsi que de mécanismes d'alerte et de riposte aux épidémies à partir des normes et des standards de l'OMS. Ceci pour tendre vers l'homogénéisation et le renforcement de chacun des SNIS.

Pour cela il faudrait :

- appuyer le développement et l'harmonisation du niveau réglementaire et des procédures de la SECMT
  - signer des accords avec les organismes sous régionaux, notamment l'UEMOA pour les questions de tarification et taxes,
  - signer des accords avec les pays voisins dans le cadre de la coopération transfrontalières pour la lutte contre les épidémies,
  - alléger les procédures des organismes sous régionaux de façon à que la réponse aux épidémies se fasse dans les meilleurs délais,
  - alléger les procédures pour que les pays puissent accéder aux fonds du Group International de Coordination (GIC) pour faire face aux épidémies.
- appuyer le niveau de planification et en particulier l'élaboration des SD-SNIS dans chaque pays,
- appuyer le processus de surveillance de routine. Des thématiques seraient développées et appuyées dans quelques districts, puis validées et généralisées comme (par exemple) l'amélioration du flux d'information entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire,
- appuyer le système d'alerte précoce, avec notamment le renforcement de la notification hebdomadaire des cas pour la veille sanitaire des maladies à potentiel épidémiologique

Les districts référents en SECMT seront éligibles à partir de critères :

- populationnels : densité (urbaine, rurale)
- frontaliers (migrations, réfugiés)
- épidémiologiques (ceinture méningitique, foyers de fièvre Jaune ou de choléra)
- ayant un pré requis en RH et en infrastructures.

Les districts référents de chaque pays pourraient se porter candidats à l'éligibilité à partir de l'élaboration d'un cahier des charges. 2 à 3 districts par pays seraient retenus pour former un ensemble de 30 districts couvrant les 11 pays en terme de SECMT.

Les districts référents, étroitement associés aux systèmes de surveillance nationaux, pourraient par exemple se joindre aux efforts du pays dès qu'une alerte épidémique se présente dans des zones frontalières, ce, pour permettre d'activer la mobilisation du pays voisin – et l'échange de moyens, si nécessaire (vaccins, matériels, principalement).

Ce système s'inscrit dans un processus de recherche opérationnelle visant à mettre en place progressivement une SECMT homogène, performante et efficiente dans chacun des pays.

Une coordination sous-régionale veillerait à mettre en place des mécanismes fluides d'appel et d'acheminement des ressources et d'articuler les 3 niveaux du système de santé (périphériques, intermédiaires et nationaux). Les CCIA dans chaque pays seraient le niveau de coordination de l'information.

Le réseau serait évalué au bout de 2 années et si l'expérience s'avérait positive, les pays augmenteraient progressivement le pool de districts en fonction des programmes de leur stratégie sectorielle de santé.

### **Proposition 2 : Ancrage par zones épidémiologiques transfrontalières**

Cette proposition de maillage de zones épidémiologiques transfrontalières cohérentes est une variante de la proposition précédente. En lieu et place d'un ancrage par pays, le mécanisme d'appui et de coordination viserait un « foyer-pilote » constitué par une zone épidémiologique cohérente (foyers trans-frontaliers de choléra, flux connus de migrations favorisant la diffusion épidémique) englobant les frontières de plusieurs pays.

La réflexion pourrait s'inspirer<sup>28</sup>:

- de l'expérience en cours relative au suivi épidémio/climatique dans les zones à risque d'épidémie palustre à cheval sur le Burkina Faso, le Mali et le Niger
- de la surveillance intensive de la part des responsables des programmes d'éradication de la dracunculose sur la zone frontalière Mali/Niger/Burkina Faso
- de la détection et de la surveillance des épidémies de méningite de ladite sous région coordonnées par le centre OMS de surveillance pluri-pathologique de Ouagadougou
- du programme Roll Back Malaria Sahel (sept pays du Sahel avec la France comme partenaire), lancé au Niger en avril 2001, et dont la principale composante est l'établissement d'un système d'alerte face au risque épidémique palu.

### **Proposition 3 : Ancrage par systèmes nationaux**

Cette proposition de coordination de systèmes nationaux à redynamiser est la continuation des efforts jusqu'ici déployés, visant à la structuration en terme de système national. Ce processus ambitieux sera forcément plus long, avec des objectifs d'efficacité à moyen ou long terme.

L'appui octroyé devra prendre en considération les contraintes ici décrites, qui sont en fait, pour la grande majorité, la reprise de constats faits depuis plusieurs années.

Les réformes prioritaires, conditionnant la réussite de toute avancée en matière de SECMT devront porter sur :

- la rationalisation de la gestion nationale des ressources humaines et financières
- le plaidoyer auprès des décideurs pour la mise en place de systèmes d'information à visée stratégique bien coordonnés dans un contexte où l'information sanitaire devient un levier de négociation vis à vis des partenaires :
  - appuis budgétaires directs de l'UE conditionnés par l'atteinte d'objectifs mesurables ;
  - suivi et évaluation des programmes de lutte contre la pauvreté (CSLP) ;
  - Initiative Pays Pauvres Très Endettés ;
  - Contrats Désendettement Développement, ...).
- l'élaboration de cadres stratégiques et de plans opérationnels sanitaires assortis à des mécanismes de financement fonctionnels (fluidité, liquidité, etc.) et sécurisés.

### **Proposition 4 : Ancrage par sites sélectionnés par les pays de la sous-région selon des critères épidémiologiques**

Cette proposition est elle-même une variante en réduction de l'hypothèse 2. Le mécanisme d'appui viserait une zone épidémiologique bien plus circonscrite, à cheval sur deux ou trois pays, connue pour sa vulnérabilité épidémiologique avec des flambées récurrentes.

<sup>28</sup> « Mise en œuvre d'un système de suivi épidémio-climatique dans les zones à risque d'épidémie palustre » ; document de travail provisoire, ronéo, février 2004.

Le choix de ce type de site serait issu d'un consensus sous-régional ; pour exemple Batié, au Burkina Faso, et les localités contiguës en Côte d'Ivoire et au Ghana.

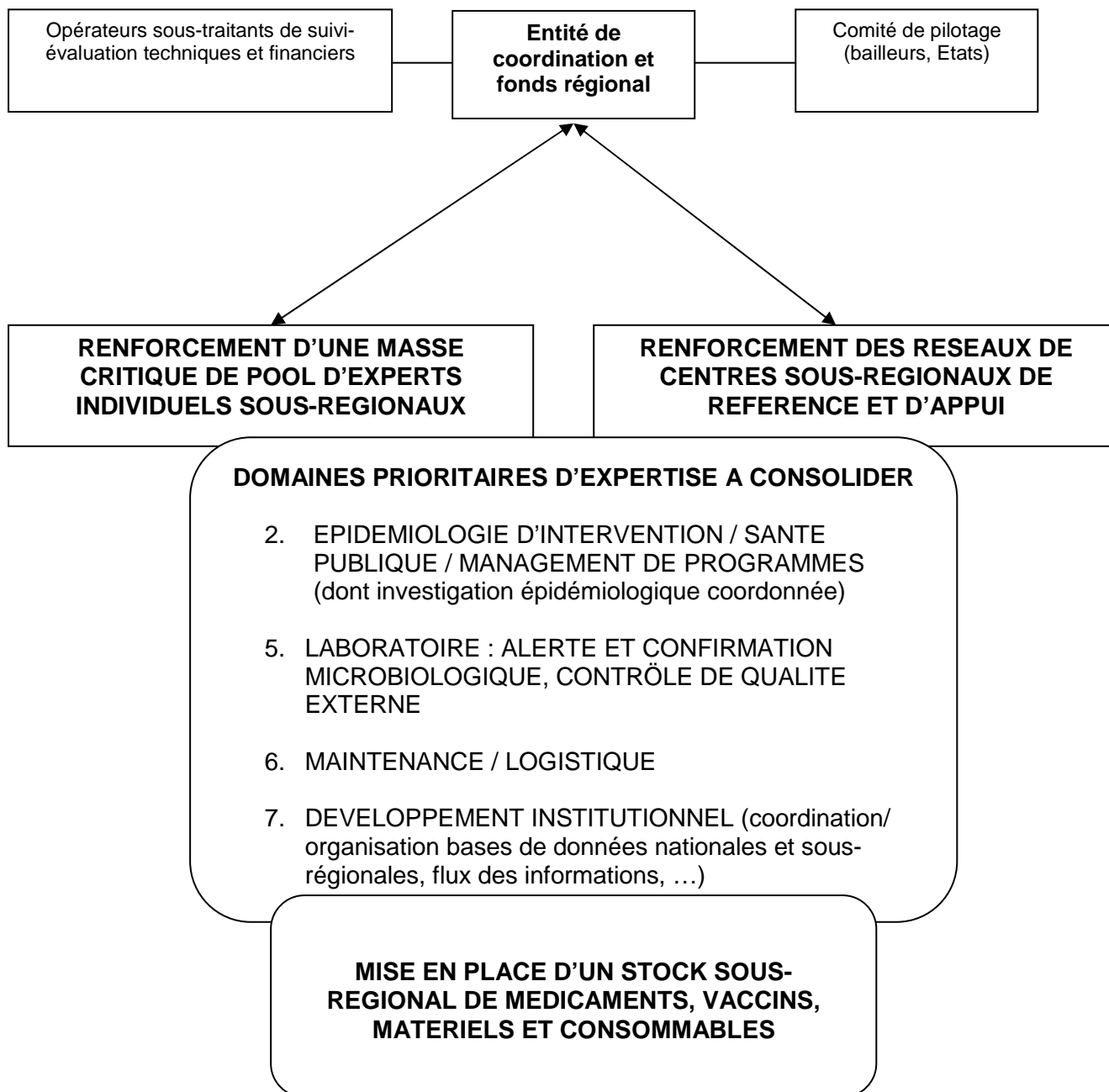
#### **4. Les propositions issues de l'atelier technique (CATR ARIVA, Ouagadougou, mars 2003)**

Ces propositions tiennent compte des priorités fixées par les différents organismes à vocation sous-régionale et des recommandations émises par les acteurs rencontrés lors des missions dans les différents pays.

#### 4.1. Présentation systémique du mécanisme régional de veille et de riposte

##### *Au niveau régional*

##### Schéma organisationnel du Projet de Veille épidémiologique et de déclenchement de la riposte (PVER) au niveau régional



### ***Au niveau des pays***

Le mécanisme sous-régional présenté ci-dessus, en animant et en renforçant des pools d'experts sous-régionaux issus des pays concernés, mobilisés à la demande, permet ainsi le renforcement des systèmes nationaux d'alerte et de riposte auxquels ils appartiennent.

Parmi les quatre hypothèses d'ancrage au niveau national, les participants à l'atelier technique ont priorisé le « modèle » 4, à savoir un appui technique et en co-financement, de sites transfrontaliers limités, identifiés sur la base de critères épidémiologiques (flambées récurrentes, vulnérabilité spécifique) par un groupe de pays concernés.

Ce mode d'appui permet, outre son intérêt technique propre, la prise en compte de la dimension transfrontalière des épidémies, prônée tant par les institutions sous-régionales (comme l'OOAS ou l'UEMOA) que par les partenaires internationaux bi ou multilatéraux.

## Annexe 9

### Rappel du dispositif de financement actuel du PEV de routine

Le dispositif de financement actuel pour le PEV de routine est :

- L'inscription au budget de fonctionnement du Ministère chargé de la santé de crédits suffisants pour couvrir les dépenses de vaccins et consommables ; l'utilisation de ces crédits obéit aux règles des procédures de la comptabilité publique des pays ;
- L'utilisation du Fonds de Garantie domicilié à l'UNICEF/Copenhague pour pré-financer les achats de vaccins et consommables ;
- Le paiement par l'Etat de la facture correspondant aux livraisons de vaccins et consommables en monnaie locale sur un compte spécial de la représentation de l'UNICEF dans le pays. Une compensation est opérée avec les montants en devises que l'UNICEF doit transférer pour ses opérations courantes afin de reconstituer le Fonds de Garantie.
- La possibilité de bénéficier d'un appui budgétaire d'urgence auprès de la DCE en cas de tension de trésorerie.

L'approvisionnement en vaccins et consommables se fait par le circuit de l'UNICEF pour des raisons de régularité, de garantie de qualité et de prix. A cet effet, le Gouvernement et l'UNICEF, signent un accord (de 2 à 3 années selon le pays) spécifiant des conditions relatives à cette transaction. Seuls les 6 antigènes classiques du PEV de routine, le vaccin anti-amaril, et le matériel d'injection et de stérilisation sont éligibles

## Annexe 10

### Fourniture de vaccins Note de travail, ReMeD, mars 2004

#### Plan

- 1) Facteurs à prendre en compte pour réussir la fourniture de vaccins
- 2) Modèles possibles
- 3) Analyse des « pour » et « contre » des modèles
- 4) Recommandations

#### **1) Facteurs à prendre en compte pour réussir la fourniture de vaccins**

- usage de l'antigène : réponse à une épidémie soudaine prévisible (méningite) ou non (choléra dans le cas de catastrophe), campagnes de vaccination (du type éradication de la polio)
- financement : local, international, délai de libération des fonds
- achats centralisés ou non
- autres items, pare exemple : chloramphénicol huileux, antibiotiques, etc. Devront-ils être achetés par le même circuit ?
- délai d'obtention d'un prix
- délai de fabrication
- transport : du fabricant au pays destinataire, dans le pays jusqu'au lieu d'utilisation
- existence d'une chaîne du froid opérationnelle
- accessoirement : mode de paiement (prépaiement), monnaie de paiement (le pays ou le bailleur opèrent-ils dans cette monnaie ?)
- dépolitiser la structure d'achat

#### **2) Modèles possibles**

Deux possibilités existent : achats centralisés ou localisés par pays de destination.

Nous ne parlons pas des fournitures de vaccins de type ponctuel via principalement le circuit privé

D'une manière générale, cette fourniture étant publique, doit se faire par appels d'offres même si l'urgence commande d'en simplifier la procédure. Décentralisée, cette procédure doit être exécutée par un bureau d'achats dûment autorisé dans chaque pays. En principe il existe un service des marchés dans chaque pays, mais il n'est pas de facto capable d'acheter des vaccins pour des raisons de qualité qui leurs sont propres mais aussi à cause du caractère d'urgence de certaines demandes.

S'il existe un service des marchés publics, ou une structure équivalente qui pourrait se charger de l'approvisionnement en vaccins, elle doit s'accompagner d'un système de distribution qui assurera la réception et les contrôles à réception ainsi que la distribution vers les lieux d'utilisation.

Si chaque pays procède à ses propres achats, nous sommes face à une structure décentralisée. A contrario, des achats centralisés sont possibles via une structure dont l'activité principale est la préparation et l'exécution des appels d'offres, alors que la réception des livraisons et leur distribution est du ressort local. Lors d'achats centralisés, la structure chargée des marchés rassemble les demandes, les consolide, et lance un a.o. sur la base des quantités globales en indiquant les quantités par destination.

Etant des achats publics, l'a.o. doit indiquer qu'il n'engage pas la responsabilité des gouvernements sur les quantités. Par contre il permet d'obtenir un prix par produit, valable pour la période concernée, et un engagement du fabricant à fournir en envoyant aux destinations indiquées. Il ne s'agit pas de stocker des vaccins au-delà du nécessaire, ni d'immobiliser des fonds en matière. Cela permet de bénéficier de fabrications fraîches, expédiées par air vers le pays bénéficiaire. Pour réussir, une bonne coordination est nécessaire entre la structure chargée des marchés et les autorités nationales des pays adhérents à ce système.

### 3) Analyse des « pour » et « contre » des modèles

#### 3.1 ACHATS DECENTRALISES

| Pour   | Contre  |
|--|---|
| 1. Politique : Meilleur contrôle par le pays destinataire  | 1. Si le même antigène est demandé par plusieurs pays, possible variations de prix sensibles car absence d'économie d'échelle de la demande   |
| 2. Si bailleur de fonds extérieur, claire affectation des fonds à leur usage et au pays bénéficiaire   | 2. En cas d'épidémie transnationale, absence de visibilité globale permettant le regroupement des commandes définissant l'effort global au niveau du fournisseur qui planifie en conséquence et permettant de prévoir les demandes non encore exprimées, certains pays étant plus lents que d'autres à recenser leurs besoins   |
| 3. Si épidémie, seul le pays concerné est mobilisé   | 3. Manque de suivi transnational si épidémie généralisée au sous continent  |
| 4. Facilité de la préparation de l'a.o. car ne dépend pas des autres pays  | 4. Difficulté pour les fabricants de répondre à de multiples appels d'offres, soit simultanés dans le cas d'épidémie transnationale, soit dispersés dans le temps autrement   |
| 5. Les opérateurs utilisent leur langue nationale : facilité de communication et de transmission des informations  | 5. Ne pas bénéficier d'économie d'échelle non seulement pour les petits pays, mais pour chaque pays pris individuellement (les fabricants ont l'habitude de travailler pour des populations de plusieurs dizaines de millions d'habitants, alors que celle de Gambie est inférieure à 2 millions et celle du Sénégal n'atteint pas 10 millions)                         |
| 6. Les opérateurs sont basés dans leur pays, habituellement près de leurs autorités : communication facilitée et possibilités de réactions rapides, très intéressant dans les situations d'urgence | 6. Absence de prémobilisation des fabricants se traduisant par des délais additionnels de fournitures   |
| 7. Statuts et règlement interne faciles à établir  | 7. Concurrence entre bailleurs au moment de l'opération, car aucune prédisposition n'existe, se traduisant par des délais   |
|  | 8. Dans le cadre de campagnes programmables d'avance, manque de visibilité régionale permettant de bénéficier d'actions concertées, de meilleurs prix grâce aux économies d'échelle, de mise en place d'un calendrier cohérent de livraison par pays de destination (les capacités des fabricants ne sont pas élastiques et ils vont au « meilleur client » en premier) |
|  | 9. Si bailleur de fonds, celui-ci n'est-il pas moins « visible » rendant les fournisseurs plus méfiants au regard de la solvabilité de l'acheteur (moins « visible » parce que masqué par le gouvernement du pays acheteur) ?   |
|  | 10. Qualité des produits et du service « achat » : peuvent être influencées par le « politique »  |

### 3.2 ACHATS CENTRALISES

| Pour  | Contre   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Economie d'échelles : par regroupement de la demande, uniformité des prix et meilleurs prix par accroissement de la demande (la globalisation de la demande oblige les fournisseurs à se positionner au plus bas au risque de ne rien avoir)</li> <li>2. En cas d'épidémie transnationale, une visibilité globale permettant le regroupement des commandes définissant l'effort global au niveau du fournisseur qui planifie en conséquence et permettant de prévoir les demandes non encore exprimées, certains pays étant plus lents que d'autres à recenser leurs besoins</li> <li>3. Possibilité de suivi transnational si épidémie généralisée au sous continent ou action global du type éradication de la polio</li> <li>4. Simplification au niveau des fournisseurs se traduisant par une meilleure maîtrise de la réponse à la demande donc un meilleur suivi du client</li> <li>5. Diminution du risque de délai par une information globale préalable des fournisseurs via les données de l'a.o.</li> <li>6. Dans le cadre de campagnes programmables d'avance, meilleure visibilité régionale permettant de bénéficier d'actions concertées, de meilleurs prix grâce aux économies d'échelle, de mise en place d'un calendrier cohérent de livraison par pays de destination (les capacités des fabricants ne sont pas élastiques et ils vont au « meilleur client » en premier)</li> <li>7. Si bailleur de fonds, celui-ci est plus « visible » rendant les fournisseurs moins méfiants au regard de la solvabilité de l'acheteur (« visible » parce que non masqué par les gouvernement des pays destinataires) ?</li> <li>8. Qualité des produits et services : moins influencés par le « politique »</li> <li>9. Politique : si bailleur de fonds extérieur, claire affectation des fonds</li> <li>10. Légal : les statuts et le règlement interne peuvent servir de modèles au niveau local. Ils peuvent aussi contribuer à une harmonisation dans la région</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Politique : le pays destinataire peut imaginer une perte de souveraineté dans ses décisions</li> <li>2. Préparation de l'a.o. : plus compliquée car requiert de collecter les infos d'autres pays, la communication ne se faisant que par téléphone, fax et Internet. L'exemple des agences des Nations Unies montre que même à l'intérieur d'une même agence atteindre cet objectif dans les délais est difficile</li> <li>3. Langue : si la sous-région comprend des territoires anglophones et francophones, obligation d'avoir un personnel bilingue capable de travailler par téléphone dans les deux langues</li> <li>4. Langue : créer tous les documents dans les langues officielles des pays partenaires (coût et délai compensant facilement ceux d'une décentralisation où ces mêmes coûts existent dans chaque pays, quelle que soit son importance)</li> <li>5. Définir la localisation devient un problème politique (exemple : les enjeux de la localisation des agences de l'ONU ou de la Commission Européenne)</li> <li>6. Etablir les statuts et le règlement interne, toujours en plusieurs langues</li> <li>7. Autorité de supervision et responsabilité. Par exemple, si ACAME, devant qui est-elle responsable si la performance de la structure est mise en cause</li> <li>8. Mobiliser la commission des marchés locale pour qu'elle vérifie que les adjudications sont faites en respect des procédures</li> <li>9. Gestion de la contribution de chaque pays partenaire</li> <li>10. Coordination et suivi des commandes et des livraisons avec les pays destinataires : la distance, le manque d'expérience en coordination, la langue peuvent être des facteurs contradictoires</li> </ol> |

#### 4) Recommandation

Une structure centralisée des achats avec coordination et suivi dans les pays destinataires semble la formule répondant le mieux aux besoins par sa souplesse et sa complémentarité.

Cependant les difficultés lors de son établissement ne doivent pas être ignorées comme indiqué ci-dessus. Il faudrait envisager une formation et une assistance technique au moins la première année pour assurer un bon rodage de la structure et de sa coordination avec qui de droit dans les pays bénéficiaires.

Pour fonctionner correctement, cette structure requiert :

- Personnel : la structure est bipolaire : un pôle gestion des marchés et un pôle technique pharmaceutique. Gestion des marchés : une personne formée aux a.o. publics, assistée d'une ou deux personnes niveau secrétaire. Pharmaceutique : prévoir un appui technique pharmaceutique pour garantir la qualité des fournitures même si on achète exclusivement à des fabricants agréés par l'OMS : un pharmacien diplômé et une secrétaire. Il faut aussi prévoir une supervision à la demande par une commission des marchés locale (c-à-d du pays où sera basée la structure ou du bailleur de fonds). Ajouter un responsable de la structure avec son pôle comptable.
- Moyens logistiques : a) bureau : un local avec quatre pièces au minimum, équipé d'un coffre-fort pour y garder les réponses aux a.o. jusqu'à leur ouverture, bureaux et chaises individuels, b) bureautique : le personnel devrait utiliser des ordinateurs montés en petit réseau avec les formulaires d'a.o. (préparation, évaluation, délibéré, etc. enregistrés sur CD non réinscriptible) prévoir l'accès à Internet, prévoir un fax, une photocopieuse, le téléphone et son raccordement (2 lignes minimum), c) papeterie : prévoir les consommables du type papier, cartouches d'encre et/ou toners, crayons, punaises et trombones et le budget de fonctionnement, d) transport : une voiture ?
- Financement : étant inter pays, définir les critères de calcul de la contribution de chacun pour les frais de fonctionnement, définir le mode opératoire pour les achats groupés, ouverture d'un compte en banque, établir un budget de fonctionnement annuel avec salaires et charges sociales, dépenses courantes de papeterie et d'entretien, frais de téléphone et de courrier postal.
- Aspects légaux : la structure répond devant la loi du pays où elle est située. Définir la responsabilité au regard du compte en banque : si ACAME compte tenu de la présidence tournante, comment peut-elle gérer cette entité quand la présidence est dans un autre pays (question de compatibilité de législation, question pratique de supervision à distance : la délégation de pouvoir n'est pas une chose courante dans les PED). Audit : prévoir leur objectifs, fréquence et coûts. Définir les statuts de l'entité, ses responsabilités et leurs limites, son règlement intérieur. Développer les procédures de travail notamment celles des marchés.

## Annexe 11

### Phases de mise en œuvre

Les phases de mise en œuvre ont été élaborées dans l'hypothèse où le mécanisme proposé se développe dans le cadre du Projet Régional pour la Santé en Afrique de l'Ouest, approuvé le 17 mars 2004.

- Phase 1 : Préparation du Projet
- Phase 2 : Structuration régionale
- Phase 3 : Mise en œuvre des conditions préalables
- Phase 4 : Mise en œuvre des opérations
- Phase 5 : Consolidation et dévolution

| <b>Activités</b>  | <b>Date butoir</b> | <b>Intervenants</b> |
|---|--------------------|---------------------|
| <b><u>Phase 1 : Préparation du Projet</u></b>                         |                    |                     |
| Validation des résultats  | 05/04              | UE                  |
| Communication de la proposition aux pays et aux partenaires concernés | 06/04              | UE                  |
| Accord des pays et des partenaires sur le schéma directeur régional   | 09/04              | UE/pays/partenaires |
| Définition des modalités de préparation du Projet                     | 10/04              | UE                  |
| Préparation de l'AO   | 11/04              | UE/OR               |
| Lancement de l'AO   | 12/04              | UE/OR               |
| Recrutement de l'opérateur et lancement du Projet                     | 03/05              | UE/OR               |
| Mise en place du CPR  | 03/05              | UE/OR               |

| Activités  | Date butoir | Intervenants                         |
|--|-------------|--------------------------------------|
| <b><u>Phase 2 : Structuration régionale</u></b>  |             |                                      |
| Formulation d'une charte de Surveillance régionale et de riposte   | 12/04       | CATR / organisme supranational       |
| Élaboration d'un plan d'action régional  | 03/05       | CVR / CATR / organisme supranational |
| Définition du schéma organisationnel   | 06/05       | CVR / CATR / organisme supranational |
| Évaluation   |             | CPR                                  |
| <b><u>Phase 3 : Mise en œuvre des conditions préalables</u></b>  |             |                                      |
| Mise à niveau des pays, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- plan stratégique opérationnel quinquennal</li> <li>- capacité d'identification des épidémies</li> <li>- mise en place des Fonds nationaux</li> </ul> | 02/06       | CVR/pays                             |
| Constitution du FR   | 02/06       | CVR/organisme supranational/pays     |
| Mise en place des réseaux des opérateurs partenaires (ACAME, Réseau des laboratoires, réseau des instituts de formation etc.)  | 02/06       | Opérateurs partenaires               |
| Mise en place des districts référents  | 02/06       | Pays                                 |
| Évaluation   | 02/06       | Mission UE/CPR                       |
| <b><u>Phase 4 : Mise en œuvre des opérations</u></b>   |             |                                      |
| Lancement des activités dans les pays éligibles  | ---         | CVR                                  |
| Poursuite de la mise à niveau des pays qui n'ont pas encore réuni les préalables   | ---         | Pays                                 |
| Évaluation à mi-parcours   | 03/07       | Mission UE/CPR                       |
| <b><u>Phase 5 : Consolidation et dévolution</u></b>  |             |                                      |
| Consolidation du projet  | ---         | CVR                                  |
| Dévolution à l'entité régionale  | 05/08       | CVR/ organisme supranational         |
| Évaluation finale  | 09/09       | Mission UE/CPR                       |

## Annexe 12

### Organisation et financement du mécanisme régional de veille et de riposte Fiche de résultat des débats lors de la 6<sup>ème</sup> RIP – Cotonou, 5-7 avril 2004

La présente fiche récapitule les débats lors de la 6<sup>ème</sup> RIP – Cotonou, et en particulier au niveau du Groupe de travail n° 2, qui s'est réuni les lundi 5 et mercredi 7 avril 2004.

Les points suivants ont fait objet de consensus :

- Le positionnement sous-régional du projet a été retenu, avec un Comité de Pilotage Régional et une Cellule Régionale de Veille et de Riposte (CVR).
- La localisation de la CVR sera celle du Siège du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, à définir ultérieurement. La positionnement géographique n'a pas débattu pour ne pas interférer avec le choix qui relève des pays membres de la CEDEAO.
- Les pays éligibles sont ceux visés dans le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, à savoir 15 pays : Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Togo. Toutefois, d'autres pays, qu'ils fassent actuellement partie du périmètre ARIVA (tels que Mauritanie et Tchad) ou non, pourront être éligibles en qualité de pays associés. Dans ces conditions, il importe donc de prendre rapidement des mesures favorisant cette intégration des pays associés, et de prendre également en compte les questions liées aux ressources financées par les institutions régionales.
- En attendant le lancement de ce Programme, la CATR sera chargée d'assurer les étapes initiales de l'appui proposé, et ce en conformité avec le 5<sup>ème</sup> objectif spécifique du Programme ARIVA : « contribuer à la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique permettant une réponse rapide aux épidémies, aux niveaux des Etats et régional ».
- Le mécanisme de constitution, d'utilisation et de réabondement du Fonds Régional a été retenu suivant le schéma proposé (et en tenant compte des modalités définies par ailleurs : objectifs et rôles du FR, Ressources, Financement, Conditions de crédit, calcul de l'avance, etc.)
- Le renforcement des capacités nationales de veille et de riposte au niveau des pays a été retenu. Ce renforcement portera en priorité sur la mise à niveau d'une structure focale de veille et de riposte (SFVR) au niveau central, incluant le Responsable de la Surveillance épidémiologique, le Directeur National des Laboratoires, le Directeur de la Centrale d'achat. Cette structure fonctionnera en étroite relation avec les districts, la CVR, les structures homologues des autres pays membres et les services financiers de l'administration (MF et DAF du MSP). Cette structure sera le point d'ancrage national du dispositif retenu, et aura une légitimité administrative, dotée de moyens adéquats.
- La nécessité de définir des critères de sélection pour l'appui aux structures sous-régionales de référence

Les options en italique sont celles qui ont été retenues par les participants du Groupe de travail n° 2, (lundi 5 et mercredi 7 avril 2004).

#### ➤ **Objectifs et rôles de la CVR (et du FR)**

- Option 1 : Actions d'urgence uniquement (mise à disposition de vaccins et d'experts spécialisés en lutte contre les épidémies, logistique)
- Option 2 : *Actions d'urgence (mise à disposition de vaccins et d'experts spécialisés en lutte contre les épidémies, logistique) et actions de développement (formation, recherche opérationnelle)*

#### ➤ **Ressources du FR**

- Option 1 : Fonds nationaux uniquement

- Option 2 : Fonds nationaux + Aide extérieure
  - Option 3 : *Fonds nationaux et régionaux + Aide extérieure (dans un premier temps, les ressources de Aide extérieure sont celles qui seront mises à disposition par le FED au travers du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED ; ensuite, le FR pourra être alimenté par d'autres partenaires).*
- **Types d'épidémies concernées**
- Option 1 :
    - Dans un premier temps, limitation à (par exemple) 3 épidémies les plus courantes : méningite, fièvre jaune et choléra.
    - Dans un deuxième temps, si premier temps concluant, extension à (par exemple) la rougeole.
  - Option 2 : méningite, fièvre jaune, choléra et rougeole.
  - Option 3 : *Toutes les épidémies mais de façon graduée en privilégiant les épidémies les plus courantes à définir ultérieurement.*
- **Financement**
- Option 1 : Droits de tirage uniquement, basés sur la contribution des Etats (épargne « épidémie »)
  - Option 2 : *Droits de tirage et accès au crédit. Le crédit sera accordé en fonction de la magnitude de l'épidémie et des ressources disponibles dans le pays. Pour les pays ne disposant pas de Droits de tirage suffisant – ou qui ne sont pas éligibles au fonds, mais qui menacent les pays membres alentour – il sera prévu un Fonds de Solidarité. L'accès à ce Fonds de Solidarité sera conditionné par une série de critères à définir ultérieurement. Ce Fonds de Solidarité sera financé entre autres possibilités par une taxe de l'UEMOA et sera destiné à protéger le FR de risque de faillite en cas d'épidémies nombreuses ou étendues pouvant absorber rapidement les capacités du FR pour la riposte.*
  - Option 3 : Droits de tirage basé sur le principe de la solidarité
- **Conditions de crédit (différé d'amortissement)**
- Par « crédit », on entend soit les opérations liées aux montants non remboursés à l'expiration du différé d'amortissement, soit celles qui sont accordées aux Etats qui n'ont pas participé à la contribution ou qui ont des besoins supérieurs à leur Droit de Tirage.
- Option 1 : différé de trois mois
  - Option 2 : *différé de 6 mois avec recherche d'un paiement sous régional. Les conditions de crédit seront accordées en contrepartie de garanties fournies par les pays, suivant des conditions à définir ultérieurement. Toutefois, pour que le Fonds ne soit pas fragilisé par les pays qui ne sont pas en mesure d'honorer leur dette, il est recommandé d'adosser le FR à une Institution Régionale (UEMOA ?) qui puisse procéder à des retenues directes.*
- **Calcul de l'avance (Fonds de Roulement initial)**
- Option 1 : au prorata du nombre d'habitants
  - Option 2 : en fonction des risques épidémiologiques, établis sur la base de statistiques
  - Option 3 : identique à tous les pays
  - Option 4 : en fonction des moyens des pays
  - Option 5 : *à partir d'indicateurs composites définis par le comité de pilotage. Le risque épidémique existant partout, il a été proposé de fixer l'avance en tenant compte des déterminants suivants :*
    - *la capacité contributive de chaque Etat,*
    - *le risque en fonction de la taille de la population : un pays pauvre peut avoir de nombreuses épidémies (ex. Burkina), un pays riche peut avoir moins d'épidémies (ex. Nigeria).*
- Toutefois, les pays pourront verser une avance supérieure à celle qui leur a été fixée (pour pouvoir disposer ainsi d'un Droit de Tirage supérieur) et cette avance (ainsi que les remboursements auxquels ils procéderont) pourront être financés par des aides extérieures qu'ils obtiendront).*

➤ **Tarification**

- Option 1 : Toutes les prestations sont remboursables « at cost », suivant grilles tarifaires prédéfinies. Il a été suggéré que dans un premier temps, les frais de personnel (expertise spécialisée d'appui à la pré-riposte ou à la riposte) et frais récurrents liés à cette expertise seront prises en charge par le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest
- Option 2 : Certaines prestations peuvent être gratuites

Les points complémentaires suivants ont fait également objet de consensus :

- des procédures seront définies pour établir les niveaux d'interventions en fonction de la nature, de la localisation et de l'ampleur des épidémies. En fonction de ces éléments, il sera défini des catégories d'opérations qui relèvent soit des ressources nationales uniquement, soit du Fonds Régional, soit du Fonds de Solidarité, soit enfin de l'aide extérieure (ECHO par exemple).
- En fonction des ressources disponibles, il sera étudié l'opportunité d'adjoindre à la CVR un laborantin, en plus des autres experts identifiés (1 médecin de santé publique, avec une spécialisation en épidémiologie, ordonnateur du FR, 1 administrateur, contrôleur Financier du FR, et gestionnaire de la Base de données des experts régionaux, 1 pharmacien gestionnaire, 1 logisticien et du personnel d'appui, dont le comptable du FR, et un secrétariat).
- La constitution du Fonds de Roulement initial se fera en une ou plusieurs fois, à des dates fixées à la convenance des pays. Il en sera de même pour les opérations liées à la consolidation de ce Fonds de Roulement.
- Le compte bancaire du FR sera logé dans une banque de la place où sera située la CVR. D'autres sous-comptes bancaires pourront être ouverts dans d'autres pays (pour activer les opérations financières).

**Liste des participants de la 2ème réunion surveillance épidémiologique  
(RIP / Cotonou, 07 avril 2004)**

| <b>NOM</b>     | <b>PRENOM</b>   | <b>ORGANISME</b>                                | <b>FONCTION</b> |
|----------------|-----------------|---|-----------------|
| IDOUMOU OULD   | Mohamed Vall    | MAURITANIE / MSAS                               | Président       |
| ASSOGBA        | A. Laurent      | BENIN / MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE          | Secrétaire      |
| KARAMBIRI      | Benoît          | MALI / MINISTRE DE LA SANTE                     | Membre          |
| BARRY          | Oumar Bantignel | GUINEE CONAKRY / MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE | Membre          |
| BAMBE          | Lamtouin        | TCHAD / MINISTERE DE LA SANTE                   | Membre          |
| ADJOGBE        | Kokou Sénonou   | TOGO / MINISTERE DE LA SANTE                    | Membre          |
| TIENDREBEOGO   | Sylvestre R.M.  | BURKINA FASO / MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE   | Membre          |
| CHAM           | Momudin Lamin   | GAMBIA / MOH                                    | Membre          |
| KAMWA          | Matthieu        | ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE               | Membre          |
| MUSINDE-SANGWA | Tony            | UNICEF  | Membre          |
| DA SILVA       | Alfred          | AMP   | Membre          |
| DEWOLFE        | Robert          | PATH  | Membre          |
| ETCHEPARE      | Michel          | CREDES  | Consultant      |
| COUDRAY        | Michel          | CREDES  | Consultant      |
| PENICAUD       | Christophe      | CREDES  | Consultant      |

## Annexe 13

### Fiche d'analyse du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, par rapport aux résultats directeurs de la présente étude

## A. LE PROGRAMME GLOBAL SANTE EN AFRIQUE DE L'OUEST

### I CONTEXTE

Un Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest (PRSAO) a été signé en mars 2004, d'un montant de 15 millions d'euros et pour une durée de 5 ans, entre la Commission Européenne et le Secrétariat Exécutif de la CEDEAO, au bénéfice des 15 pays membres<sup>29</sup>

La recherche de synergie et de complémentarité avec les autres partenaires au développement sera assurée lors de la mise en œuvre du programme. Les organisations partenaires des pays dans ce secteur, multilatérales et bilatérales, seront invités aux réunions thématiques et de concertation du programme afin d'assurer la complémentarité des appuis.

Le programme permettra de mettre en place un mécanisme d'appui, de concertation et de mise en œuvre qui fait actuellement défaut à ces pays. Il vise à

- renforcer l'intégration régionale par la coordination des politiques de santé,
- faciliter la libre circulation des populations, des biens, des services et technologies et
- contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé dans les domaines d'intérêt communs.

En conformité avec les objectifs de la CE en matière de coopération régionale, le programme contribuera à l'intégration régionale en :

- renforçant les capacités nationales et régionales,
- responsabilisant les Etats en matière de prise de décisions stratégiques dans les domaines couverts
- organisant le développement de coopérations techniques entre les Etats, notamment par la constitution d'un réseau d'experts régionaux mobilisables sur les questions sanitaires d'intérêt commun.

Le programme favorisera également l'harmonisation des politiques nationales et les échanges d'expériences entre pays.

Il contribuera à la mise en place des mécanismes de suivi et de contrôle des épidémies transfrontalières et favorisera la cohérence des politiques d'accès aux soins de santé.

L'implication des Etats dans la préparation et dans la mise en œuvre du programme est majeure. Un Comité de pilotage constitué de représentants des pays de la CEDEAO donnera les orientations politiques et stratégiques et décidera, avec l'accord de la CE, des interventions à financer sur un fonds mis en place dans le cadre du programme.

Une expertise technique, long terme et à la demande, appuiera les pays dans la préparation des interventions, dans leur mise en œuvre et leur suivi. Des réseaux d'experts thématiques seront mis en place ainsi qu'un système d'échanges d'information sur les questions d'intérêt commun.

L'analyse de la problématique régionale du PIR, a identifié 4 enjeux en santé :

- les nouvelles opportunités et contraintes générées par le renforcement de l'intégration régionale et l'ouverture des frontières qu'elle suppose (médicaments, échanges transfrontaliers, harmonisation des politiques régionales en santé publique ;
- Le contrôle des maladies épidémiques ;

<sup>29</sup> Les populations des 15 pays de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest – Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Léone, Togo –, et particulièrement les couches les plus pauvres de ces populations, les Ministères de la santé, les organisations sous-régionales et les organismes de recherche, de formation et de soins à vocation sous-régionale sont les bénéficiaires du projet.

- le cloisonnement des systèmes de santé dans des pays confrontés à des problèmes institutionnels de réforme et de financement, similaires et
- la nécessité de donner une vocation régionale à certaines structures de soins, de formation et de recherche. Le PIR prévoit dans sa partie hors concentration, une action régionale dans le domaine du développement humain, notamment dans le secteur santé pour aborder les enjeux susmentionnés.

## **II ANALYSE SECTORIELLE**

### **II.1. Caractéristiques du secteur de la santé**

Pour tous les Etats de la région, le secteur de la santé a une importance considérable et constitue une priorité affichée. Cependant, malgré cette prééminence déclarée : la situation sanitaire dans la sous-région ouest-africaine est marquée par le poids écrasant de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies transmissibles les systèmes de santé sont peu performants, sous financés et l'introduction de contributions des usagers a un impact variable.

Parmi les causes principales, on peut citer:

- La faiblesse de la couverture sanitaire géographique: celle-ci ne permet pas de répondre aux besoins des populations, notamment dans le cadre de la libre circulation au sein de la CEDEAO
- La faiblesse de la qualité des soins, et conséquemment la baisse de la fréquentation des formations sanitaires, la faible productivité des personnels de santé et la fuite des cerveaux vers les pays développés.
- Le faible approvisionnement des services de santé et des populations en médicaments, particulièrement dans les zones rurales, pour les populations pauvres et celles en situation difficile. En effet :
  - les circuits d'approvisionnement ne fonctionnent pas correctement au sein des pays,
  - l'approche régionale ou sous régionale d'achats, de distribution tarde à se mettre en place,
  - l'industrie de la pharmacie est presque inexistante, en dehors de quelques unités qui survivent difficilement en raison des coûts élevés de production, de la crise des matières premières et du manque de fonds de roulement.

Par contre, l'Afrique de l'ouest est un terrain propice aux médicaments de contrefaçon et périmés qui circulent librement dans la région et font peser une grave menace sur la santé des populations.

La faiblesse du financement du secteur est notoire malgré les progrès réalisés ces dernières années pour améliorer le niveau et la part des ressources budgétaires allouées, notamment dans le cadre des programmes de réformes structurelles, puis dans le cadre de l'initiative PPTTE (pays pauvres très endettés).

L'absence d'une politique et d'une stratégie régionale efficaces de surveillance, contrôle, prévention et prise en charge des épidémies qui coûtent en terme de vies humaine aussi bien qu'en terme économique et entraîne régulièrement la fermeture des frontières.

Les difficultés que rencontrent les pays dans la décentralisation des systèmes de santé en rapport avec le processus de décentralisation/déconcentration en cours, même s'ils ne sont pas tous au même niveau. L'absence de réflexion commune sur le sujet.

### **II.2. Situation des politiques nationales et régionales de santé**

La santé constitue la priorité énoncée tant par les Etats que par les acteurs régionaux de la CEDEAO. Dans ce contexte, face aux problèmes sanitaires liés à l'intégration régionale et aux difficultés communes aux pays de la région dans ce domaine, la CEDEAO a créé une institution spécialisée en santé: l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Le plan stratégique de l'OOAS a été officiellement adopté par la troisième Assemblée des Ministres de la santé de la CEDEAO, réunie à Accra les 25 et 26 juillet 2002 :

La lutte contre les épidémies est mise à l'avant-plan, en raison de son caractère déstabilisateur des systèmes nationaux de santé et de ses effets catastrophiques en terme de mortalité dans tous les groupes d'âges de la population.

L'étape suivante devrait couvrir les aspects de réforme des services de santé, là où, en pratique, les professionnels de santé et les communautés doivent coopérer pour la prise en charge des problèmes

de santé. La réforme des systèmes nationaux de santé sera un noyau important de la décentralisation de l'action sanitaire en Afrique de l'ouest.

Par ailleurs, les pays de la sous-région et les responsables de la CEDEAO conviennent de faire de la régionalisation un outil de gestion des problèmes communs et transfrontaliers de la santé. En effet, la maladie n'ayant pas de frontière et les moyens financiers étant limités, une intégration des moyens dans le cadre d'une régionalisation est incontournable. Cela implique la mise en place de mécanismes de coopération, de collecte et de partage d'information, de connaissances et d'expériences entre les pays de la CEDEAO sur :

- le renforcement de l'intégration régionale,
- les grands problèmes transfrontaliers identifiés en communs ; la mise en réseau des expériences et des capacités d'analyse ajouterait aux systèmes d'information sanitaire nationaux une démarche d'anticipation plus systématique et une intégration des informations sur la localisation des épidémies et sur les ressources nationales disponibles,
- les structures de soins, d'enseignement et de recherche à vocation sous-régionale,
- les problématiques communes sur des thèmes récurrents tels que l'organisation du système de soins, le financement de la santé, le personnel de santé, l'accès aux médicaments essentiels et la décentralisation.

L'approche sous-régionale pourrait aussi renforcer les systèmes nationaux des pays qui connaissent des situations politiques et sociales instables.

Un appui régional de la CE dans le secteur santé est particulièrement justifié dans le contexte d'un passage accru de l'aide communautaire des projets vers des aides macro-économiques accompagnées d'approches sectorielles sur les secteurs sociaux. Le renforcement des capacités nationales et l'amélioration des stratégies et de leur mise en œuvre dans ce secteur va s'accompagner d'une meilleure qualité de la dépense. Ceci permettra d'obtenir les résultats attendus dans ce secteur, lesquels sont part des conditions de déboursement de l'aide budgétaire communautaire.

### **II.3. Problèmes spécifiques abordés par le PRSAO**

Le programme contribuera à répondre aux problèmes posés par :

- La recrudescence d'épidémies ayant des implications commerciales et de circulation des personnes importantes et l'efficacité limitée des systèmes nationaux et sous-régional de surveillance épidémiologique.
- Le mauvais accès au médicament, notamment les difficultés d'approvisionnement en médicament essentiels génériques, et le trafic illicite de médicaments non autorisés ou contrefaits.
- L'absence :
  - de coordination et de mise en cohérence des politiques et stratégies nationales de lutte contre les maladies épidémiques endémiques (fièvre jaune, méningite, rougeole, choléra, sida,...)
  - d'harmonisation des politiques régionales en santé publique
  - de position commune sur la scène internationale (ex. sur ADPIC et accords de Doha)
- les problèmes communs au niveau national qui ont des conséquences pour la région :
  - Faiblesse institutionnelle, difficulté à réaliser les réformes nécessaires dans un contexte de sous financement chronique (fuite des cerveaux, absence de rationalisation de l'existant, absence de stratégie pour mettre en œuvre la décentralisation, développement du secteur privé de façon sauvage, pression des bailleurs pour des interventions non prioritaires qui drainent personnel et moyens,...)
  - l'absence de capitalisation des acquis de l'ancienne OCCGE, notamment les centres qui ont une vocation historique et une fonction régionale de soins, d'enseignement et de recherche.
  - Et en général, la non exploitation des opportunités qu'offre le niveau sous-régional : économies d'échelle pour les achats groupés de médicaments, lutte contre la propagation de médicaments illicites, développement de l'offre régionale de soins, harmonisation de politiques et stratégies, échanges d'expérience sur les causes et facteurs de succès ou d'échec,..)

### III DESCRIPTION DU PRSAO

#### III.1. Objectif global

Renforcer l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest par la coordination et l'harmonisation des politiques de santé, faciliter la libre circulation des populations, des biens, services et technologies et contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé dans les domaines d'intérêt commun.

#### III.2. Objectifs spécifiques

Le programme régional santé pour les pays de la CEDEAO poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- La coordination, l'harmonisation et la définition de politiques communes de santé ayant une valeur ajoutée au plan sous-régional, notamment en matière de positions communes sur la scène internationale et de politique du médicament.
- Le renforcement des capacités et stratégies nationales et sous-régionales de surveillance et de lutte contre les principales épidémies transfrontalières ;
- Le renforcement / développement de fonctions régionales pour des structures de soins, de recherche et de formation, afin de créer des masses critiques de compétences ouest-africaines ;
- L'appui aux efforts engagés par les Etats pour réformer et renforcer les systèmes nationaux de santé sur base d'une concertation et de l'échange de bonnes pratiques dans les domaines d'intérêt commun.
- Le renforcement de la coopération et des échanges d'informations et d'expériences sur les aspects de politique sanitaire ayant une valeur ajoutée sur le plan sous-régional.

#### III.3. Résultats attendus

##### III.3.1. Résultats liés à l'objectif spécifique 1

Un nombre croissant de politiques de santé des pays de la sous-région sont coordonnées, harmonisées et intégrées, notamment dans le domaine du médicament ;

Les pays ont une compréhension commune des problématiques internationales qui concernent la région comme dans le domaine du médicament, les accords sur les ADPIC, les licences obligatoires, les importations parallèles, les enjeux de la recherche et des lobbies pharmaceutiques. Des positions communes sont prises par les pays de la sous-région.

L'existence d'un marché sous-régional de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) est pris en compte et les pays s'associent pour des achats groupés.

Une étude de faisabilité est réalisée sur les capacités, les conditions et préalables de la viabilité d'une production de MEG au niveau de la sous-région.

Les mécanismes de contrôle de la circulation des médicaments illicites et contrefaits sont renforcés.

Les pays définissent les politiques et le cadre juridique nécessaires à la mise en place des normes et standards de qualité en matière de production, de distribution et d'utilisation des médicaments et des services de santé, y compris la création d'une filière de formation d'inspection pharmaceutique au niveau régional.

Un sommet sous-régional impliquant les Chefs d'Etat est tenu et couvre au moins deux des quatre grands domaines couverts par le programme.

Les pays adoptent des principes directeurs pour la mise en place de politiques nationales dans les quatre grands domaines retenus par le programme.

##### III.3.2. Résultats liés à l'objectif spécifique 2

Les pays ont mis en place les moyens permettant d'anticiper et de contrôler plus efficacement les épidémies, y compris par une coopération transfrontalières avec des zones communes d'intervention et par la création d'une ligne budgétaire au niveau national.

Les pays mettent en œuvre des politiques, des stratégies et des plans d'actions en matière de lutte contre les épidémies et les maladies endémiques, tant au niveau national que régional via les cadres sous régionaux de référence.

### III.3.3. Résultats liés à l'objectif spécifique 3

Des pôles de compétence à vocation régionale sont opérationnels et offre une formation adaptée, des activités de recherche pertinentes et des soins spécialisés aux pays de la sous-région.

Le personnel de santé de la sous-région bénéficie d'un appui financier pour étudier ou faire une recherche dans ces pôles de compétence.

Des accords sont signés entre pays pour co-financer et utiliser les pôles de compétence.

### III.3.4. Résultats liés à l'objectif spécifique 4

Un réseau d'experts est mis en place et fonctionne dans les domaines clé d'intérêt commun des réformes du système de santé y compris de son financement ;

Une approche sectorielle globale en liaison avec les programmes de lutte contre la pauvreté est progressivement développée dans les pays à la lumière des expériences échangées et de l'expertise fournie ;

Le cadrage macro-sectoriel et budgétaire et les plans d'action à moyen terme sont développés progressivement selon une compréhension commune ;

Des appuis ont été apportées aux pays dans les domaines du transfert des technologies adaptées, de l'adaptation de la législation, de l'approche et des outils de gestion, du développement de la contractualisation et du partenariat avec le privé et la société civile.

### III.3.5. Résultats liés à l'objectif spécifique 5

Le programme organise des réunions thématiques pour permettre aux pays et institutions d'échanger leurs expériences dans les quatre domaines retenus par le programme et sur les aspects de politique sanitaire ayant une valeur ajoutée pour le programme ;

Un centre de gestion des ressources est mis en place pour la gestion d'un site WEB, d'une banque de données et d'un bulletin ;

Des visites d'échange et de travail sont organisées entre pays ;

Des réseaux d'experts sont créés dans les domaines liés au programme.

## **III.4. Activités**

Les activités visent principalement à renforcer les capacités des acteurs nationaux et des organismes régionaux afin de leur permettre d'atteindre les résultats attendus du programme:

Mise en place des différents acteurs du programme : Comité de pilotage, unité de gestion, panel d'experts,... et des moyens logistiques nécessaires à leur fonctionnement

Coordination, administration et gestion des activités liées au programme.

Gestion du fonds destiné à financer les interventions approuvées par le Comité de pilotage et la CE.

Appui technique et financier aux pays et aux organismes sous-régionaux, notamment pour la préparation des interventions à financer par le programme, pour leur mise en oeuvre ainsi que pour leur suivi.

Mise en place de réseaux d'experts dans les domaines liés au programme.

Organisation des réunions du Comité de pilotage et des rencontres sur des thèmes d'intérêt commun avec les responsables techniques des pays participants ;

La mise en place de système d'échanges d'information sur les questions d'intérêt commun : base de données, site WEB, bulletin d'information.

## **IV.4. Indicateurs**

Le programme est lié à des indicateurs de résultats, de processus et, à moyen terme, à des indicateurs d'impact. Les indicateurs sont détaillés dans le cadre logique. Ils seront évalués une fois par an. Les indicateurs d'impact seront autant que possible ceux inscrits dans les programmes sectoriels des pays.

## **IV.5. Mise en œuvre du PRSAO**

### IV.5.1. Moyens physiques et non physiques

Le programme financera :

- Une assistance technique permanente constitué de trois experts de haut niveau, aux profils complémentaires, ayant une expérience dans un ou plusieurs des domaines retenus par le programme et ayant exercé des fonctions de responsabilité et/ou de conseil, préférentiellement issus de la région Afrique de l'Ouest.
- Un pool d'experts court terme nationaux, régionaux ou internationaux mobilisable à la demande pour la préparation, la mise en œuvre, le suivi des interventions et pour la participation aux réunions thématiques.
- Une unité de gestion chargée de l'appui administratif, logistique et de la gestion du programme et du fonds de financement. L'équipe administrative de l'unité de gestion sera recrutée par appel d'offre international et sera composée de l'administrateur et du comptable du programme. Le personnel local (secrétaire(s), logisticien et chauffeur) sera recruté par appel à candidature dans le pays où sera localisé le programme.
- L'équipement et le fonctionnement du Secrétariat et des experts long et court terme.
- Un fonds pour le financement des appuis spécifiques aux pays et aux organismes régionaux approuvés par le Comité de pilotage et ayant fait l'objet d'une non objection de la CE. Ces appuis seront liés aux quatre domaines retenus et couvriront des dépenses prévues dans les interventions approuvées, notamment, assistance technique, études, formation, équipement lié à la mise en œuvre d'approches et mesures innovatrices, mises en réseau et échanges d'expérience.
- Les missions d'appui inter-africaine aux pays (voyage, per diem, logistique).
- Le développement et la maintenance des outils d'information et de communication (base de données, bulletin, site Web, traductions) nécessaires au renforcement du réseau en surveillance épidémiologique et en réforme et financement des systèmes de santé ;
- L'organisation de rencontres sous-régionales (réunions annuelles inter pays et thématiques, réunions semestrielles du Comité de pilotage, et de missions d'études et d'échanges ;
- La participation du Secrétariat et des experts nationaux aux réunions internationales et rencontres d'intérêt avéré pour le programme ;
- L'évaluation du programme : une évaluation à mi-parcours, une évaluation finale et des audits comptables annuels.

### IV.5.2. Procédures organisationnelles et de mise en oeuvre

L'unité de gestion du programme sera basé dans le pays retenu par le Comité de pilotage du programme. L'Ordonnateur Régional (OR) du programme est le Secrétaire Exécutif de la CEDEAO qui déléguera son mandat à l'Ordonnateur National du pays d'accueil.

Le Comité de pilotage sera composé de :

- un représentant de chacun des Etats membres de la CEDEAO, pays bénéficiaires,
- un représentant de l'OOAS,
- un représentant des services de la Commission européenne (siège ou délégation du pays d'accueil des réunions semestrielles).

Le Comité de pilotage donnera les orientations politiques et stratégiques du programme et décidera des interventions à financer. Seuls les représentants des pays auront un droit de vote sur l'utilisation du fonds de financement des interventions. Ces dernières ne pourront toutefois être financées qu'avec l'accord de la CE.

L'OOAS sera membre du Comité en tant que partenaire assurera le suivi des interventions dans le cadre de son mandat et rapportera aux instances de décision de la CEDEAO (Assemblée des Ministres de la santé, Conseil des Ministres et Sommet des Chefs d'Etat).

Les modalités de fonctionnement et d'organisation du Comité de pilotage seront définies par le Comité lors de sa première réunion. Le Comité pourrait décider de la mise en place d'un Comité restreint composé d'un nombre limité pays avec pouvoir délégué pour traiter les propositions éligibles entre les réunions du Comité. Le Comité se réunira en principe deux fois par an, la seconde réunion coïncidant si possible avec la réunion annuelle des Ministres de la Santé des pays de la CEDEAO.

Les experts permanents seront recrutés par l'Ordonnateur régional après sélection par le Comité de pilotage suite à un appel à candidature publié dans les pays de la sous-région.

Le recrutement de l'unité de gestion (administrateur et comptable) et des experts court-terme se fera via un appel d'offre restreint. L'Ordonnateur régional délèguera à l'unité de gestion le pouvoir de conclure des contrats ainsi que la gestion des contrats et la maîtrise de l'ouvrage au nom et pour le compte des pays de la CEDEAO en ce qui concerne les devis programmes et le fonds d'intervention. Pour ce dernier, les fonctions déléguées seront exercées suite à l'approbation préalable par le Comité de pilotage et accord de la CE, des interventions à financer. L'unité de gestion assurera une séparation effective des fonctions d'ordonnancement et de paiement.

Les activités du programme, y compris les interventions financées sur le fonds, seront réalisées dans le cadre de devis-programmes annuels préparés par le Secrétariat. Le dernier devis-programme pourra avoir une durée jusqu'à 18 mois.

Un devis-programme de démarrage pourrait être mis en place dès la signature de la convention de financement pour assurer notamment la préparation et l'organisation de la première réunion du Comité, pour couvrir les frais de sélection et de recrutement des experts techniques permanents et du personnel local de l'unité de gestion ainsi que pour lancer le programme (installation et équipement des bureaux).

L'OOAS appuiera toutes les activités de démarrage du programme en attendant la mise en place de l'unité de gestion.

Un compte sera ouvert au nom du programme pour recevoir les fonds liés au devis programme. Un sous-compte sera ouvert pour le fonds destinés à financer les interventions approuvés par le Comité de pilotage et la CE. Les déboursements feront l'objet d'une double signature de l'administrateur et du comptable de l'unité de gestion. Pendant la période de démarrage précédant la mise en place de l'unité de gestion, un régisseur et un comptable seront nommés au sein de l'OOAS pour assumer ces fonctions de façon transitoire.

L'unité de gestion et les experts permanents sont chargé de la préparation et de l'exécution des décisions du Comité de pilotage. Ils rendent compte de ses activités et du suivi des interventions financées sur le fonds. Leurs bureaux seront fournis par l'OOAS dans le pays d'accueil. L'équipement et le fonctionnement sera à la charge du projet.

Si la capacité d'absorption des pays et la pertinence des requêtes le justifient, une augmentation du montant du programme, notamment en faveur du fonds destiné aux interventions au niveau des pays, pourra être considérée.

### **Technologies appropriées**

Le programme prévoit la promotion de nouvelles technologies en liaison avec les priorités de santé publique, l'appui aux centres de recherche à vocation sous-régionale pour la définition de protocoles opérationnels adaptés à la situation des pays.

Le programme contribuera également au développement des outils de communication nécessaires à la création (ou au renforcement) des réseau d'experts (ex: surveillance épidémiologique, réforme et financement des systèmes de santé).

#### IV.5.3. Calendrier, coût et plan de financement

La convention de financement doit être conclue au plus tard le 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle l'engagement financier global correspondant a été adopté. A défaut, les crédits correspondants seront annulés. La fin de la période d'exécution de la convention de financement est fixée au 31 décembre 2008. Tout solde restant disponible au titre de la de la contribution communautaire sera automatiquement annulé 6 mois après la fin de la période d'exécution de la convention de financement.

Les contrats ou devis programmes qui mettent en œuvre la convention de financement devront être dûment signés dans les 3 ans suivant l'adoption de l'engagement financier global correspondant. Cette date limite ne pourra être reportée. Ces conditions ne s'appliquent pas aux audits et évaluation qui peuvent être signés plus tard.

Le coût total du programme est estimé à 15.000.000 € entièrement financés par le FED. Le financement FED se répartit, à titre indicatif, comme suit :

|   | Montant €         | %           |
|---|-------------------|-------------|
| Assistance technique (unité de gestion, experts long et court terme)  | 2 160 000         | 14,4%       |
| Fonctionnement y compris missions d'appui, réunions du Comité de pilotage et thématiques, communications et personnel local | 1 300 000         | 8,6%        |
| Equipement/véhicules pour unité de gestion et experts LT  | 130 000           | 0,9%        |
| Fonds d'appui aux pays et aux organismes s/régionaux  | 10 500 000        | 70,0%       |
| Evaluations /Audits   | 300 000           | 2,0%        |
| Imprévus  | 620 353           | 4,1%        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>15.000.000</b> | <b>100%</b> |

#### IV.5.4. Conditions spéciales et mesures d'accompagnement

Sont éligibles, tous les pays membres de la CEDEAO et les institutions en charge de l'intégration dans la sous-région. L'appui du programme est apporté sous réserve de :

L'adhésion du pays ou de l'institution régionale au programme ; cette adhésion se fera pour les pays au moyen d'un courrier adressé à la Commission via Délégation de la CE ou la CEDAO ; pour les institutions d'intégration de la sous-région, une requête sera adressée par le Président du Conseil des Ministres de la santé à la Commission Européenne ;

L'introduction de requêtes d'appui à financer sur le fonds du programme basées sur un plan stratégique à moyen terme accompagné d'un budget. Le programme pourra, à la demande des pays et institutions, apporter un appui pour l'élaboration de ces plans et pour structurer les demandes d'appui dans les domaines éligibles.

La conformité des requêtes aux domaines d'intervention du programme.

#### IV.5.5. Monitoring et Suivi : Revues/évaluations/audits

Le suivi des interventions financées par le Fonds sera effectué par l'unité de gestion et les experts techniques. Un audit comptable du programme sera réalisé annuellement par un cabinet d'audit indépendant sélectionné par la CE. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du programme seront réalisées par des consultants internationaux recrutés dans le cadre d'appels d'offres restreints sans présélection. Le budget prévoit une provision pour audit. L'Ordonnateur Principal, en accord avec le Règlement Financier du FED peut utiliser cette provision pour organiser un audit indépendant des dépenses réalisées dans le cadre de ce programme.

## **B. LE VOLET SPECIFIQUE DE VEILLE ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES**

S'inscrivant parfaitement dans ce cadre général du PRSAO, et notamment dans son objectif spécifique 2, la Commission européenne (CE) a financé la réalisation d'une étude par le projet ARIVA, financé par la CE, dont l'objectif général est de fournir les éléments techniques, organisationnels et administratifs pour appuyer la mise en place ou le renforcement d'un système de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles aux niveaux national et régional ; et ce en valorisant l'existant et en partenariat étroit avec les institutions et organismes déjà impliqués dans ce domaine.

Cette étude, qui s'inscrit dans le cinquième objectif du projet ARIVA, a été réalisée en collaboration avec onze pays : Bénin, Burkina Faso, Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad et Togo.

L'étude menée en étroite collaboration avec les pays et les partenaires, dont l'OMS, a débuté en octobre 2002. Un atelier technique, suivi d'une restitution aux représentants des 11 pays concernés a été réalisé à Ouagadougou en mars 2004. L'ensemble des travaux a été présenté à la Revue Inter Pays de Cotonou en avril 2004.

## **II. INVENTAIRE CRITIQUE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET DU CONTRÔLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (SECMT)**

L'étude pays a révélé ou confirmé les constats suivants :

- la faible fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires,
- les difficultés de financement de la mise en œuvre des Plans de SMIR,
- les insuffisances des réseaux nationaux de laboratoire,
- les carences de stocks d'urgence en vaccins, médicaments, réactifs et consommables pour assurer une riposte rapide,
- la lacune significative de la maintenance des intrants,
- l'absence de mécanismes et d'institution opérationnels de coordination sous régionale pour la riposte aux épidémies.

Ces carences de la SECMT sont essentiellement liées à deux problèmes de fond des systèmes de santé :

- l'insuffisance (quantitative et/ou qualitative) de ressources financières, humaines et matérielles, avec de faibles disponibilités des Etats qui ne peuvent être totalement compensées par les partenaires extérieurs,
- les dysfonctionnements affectant les gestions nationales et la traçabilité de ces ressources financières, humaines et matérielles.

Dès 1996, un consensus sous-régional<sup>30</sup> avait posé le diagnostic et proposé des stratégies correctives pertinentes. Depuis lors, des avancées parcellaires et localisées sont indéniables, mais l'inscription dans la durée et le changement d'échelle pose problème en raison des facteurs cités ci-dessus.

## **III. RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE LA SECMT AU NIVEAU REGIONAL ET NATIONAL**

### **III.1. Eléments fondamentaux de la réflexion**

La réflexion s'appuyait sur certains critères :

- mise en place d'un système novateur avec autonomie d'action afin de combler un vide institutionnel régional,
- renforcement de la structuration des niveaux nationaux et régionaux et de l'articulation entre pays frontaliers,
- respect de la souveraineté des pays tout en ayant une force de coordination régionale,
- renforcement des synergies avec les autres organismes et partenaires,
- respecter des décisions du Protocole de Coopération de 1996 et des recommandations UEMOA
- valorisation des ressources existantes aux niveaux national et régional.
- option régionale retenue par la CE, les apports au niveau national en matière de santé passant dorénavant par les appuis budgétaires directs,
- le constat que : (i) l'information doit prioritairement être renforcée au niveau national, avec une analyse coordonnée au niveau régional, (ii) la riposte dépasse fréquemment les capacités nationales, et c'est donc cet aspect qui devait être privilégié dans les propositions du projet sous-régional.

Ces propositions ont pris en compte les leçons tirées des initiatives antérieures, concluantes ou non, mais aussi de l'évolution du contexte (nouveaux mécanismes de l'aide extérieure, changement d'acteurs avec l'apparition de nouvelles initiatives, développement des réseaux de communication rapide) etc.

### **III.2. Les hypothèses de travail issues de l'étude**

Des points font l'objet de consensus, que ce soit auprès des interlocuteurs de la présente étude ou lors des débats sous-régionaux antérieurs :

- la nécessité de mécanismes et de structures sous-régionaux d'appui, alliant proximité, souplesse et rapidité de réaction, en matière de : (i) financement ; (ii) ressources humaines (experts et formation) ; (iii) laboratoire de référence (contrôle de qualité, appui au diagnostic) ; (iv) pré-

---

<sup>30</sup> Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad. signature du Protocole par les Ministres de la santé et ceux de l'Intérieur.

- positionnement de stocks de sécurité en médicaments, vaccins et consommables ; (v) maintenance ; (vi) données épidémiologiques et échange d'informations.
- la nécessité d'une entité sous-régionale de coordination, interlocuteur central assurant (i) la synergie entre structures d'appui ; (ii) les liens entre les pays ; (iii) la gestion, le suivi et l'évaluation (technique et financière) des actions sous-régionales et des fonds (pouvant provenir de plusieurs sources) mis à disposition à cet effet.

A noter que plusieurs acteurs rencontrés dans les pays visités soulignent que si un appui sous-régional est pertinent, il faut aussi que les systèmes nationaux soient plus performants et que l'engagement de chaque Etat soit déjà plus significatif.

L'ancrage de cet appui sous-régional dans les pays ouvre matière à débat. Quatre options semblent possibles, non mutuellement exclusives :

- une redynamisation de chaque système national autour des responsables centraux chargés de la SECMT, dans une logique de continuité des efforts menés jusqu'ici,
- l'appui direct à un maillage coordonné de sites pilotes périphériques dans chaque pays, sélectionnés par les responsables nationaux sur des critères de performance et de risque épidémique,
- un renforcement de larges zones épidémiologiques couvrant plusieurs pays, connues pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant de manière récurrente,
- un renforcement de zones épidémiologiques transfrontalières plus restreintes, définies par consensus sous-régional, connues également pour leur vulnérabilité vis à vis des épidémies survenant également de manière récurrente.

L'étude a permis d'affiner les besoins et de les argumenter ; de plus, une série d'acteurs régionaux susceptibles de jouer le rôle de référence ont été proposés par les interlocuteurs rencontrés dans les onze pays.

### **III.3. Les propositions issues de l'atelier technique (CATR ARIVA, Ouagadougou, mars 2004)**

#### III.3.1. Présentation systémique du mécanisme régional de veille et de riposte

Le schéma général du projet régional de veille épidémiologique et de déclenchement de la riposte est présenté pages 11 et 12.

Ce mécanisme, en animant et en renforçant des pools d'experts sous-régionaux issus des pays concernés, mobilisés à la demande, permet ainsi, dans le même temps, le renforcement des systèmes nationaux d'alerte et de riposte auxquels ils appartiennent.

De plus, chaque responsable national (et chaque structure jouant un rôle dans ce réseau sous-régional) sera doté de moyens bureautiques et de communication, ainsi que d'un budget de fonctionnement permettant une connexion web permanente.

Parmi les quatre hypothèses d'ancrage au niveau national, les participants à l'atelier technique ont priorisé un appui technique et en co-financement, de sites transfrontaliers limités, identifiés sur la base de critères épidémiologiques (flambées récurrentes, vulnérabilité spécifique) par un groupe de pays concernés.

Ce mode d'appui permet, outre son intérêt technique propre, la prise en compte de la dimension transfrontalière des épidémies, prônée tant par les institutions sous-régionales (comme l'OOAS ou l'UEMOA) que par les partenaires internationaux bi ou multilatéraux.

### **III.4. Les recommandations faites par les représentants des onze pays à l'issue de l'atelier de restitution (Ouagadougou, mars 2004)**

*Le diagnostic fait par les consultants au niveau des onze pays a été approuvé*

*« Des débats, les points suivants ont fait l'objet d'unanimité :*

*Nécessité d'appuyer les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique à la suite de l'étude diagnostique qui a été faite dans les 11 pays concernés. Cet appui permettra de rendre performants les dits systèmes.*

*La CATR /Projet FED ARIVA est maintenant acceptée dans les pays de la sous-région où elle a fait un travail remarquable. Les pays recommandent de garder et de renforcer la CATR pour la gestion de ce volet surveillance.*

*En matière de mobilisation et d'achat des médicaments, vaccins et consommables, il faut profiter des expériences des autres partenaires et des mécanismes déjà existants dans la sous région.*

*Nécessité de créer des mécanismes de coordination et de mobilisation des ressources entre les partenaires*

*Il faut accorder une certaine souplesse au système régional de veille épidémiologique des maladies sous surveillance, contrairement au caractère limitatif proposé, qui prend en compte uniquement la fièvre jaune, la méningite et le choléra »*

### **III.5. Les amendements et recommandations faits par les représentants des onze pays lors de la Revue Inter Pays (Cotonou, avril 2004).**

Lors de la 6<sup>ème</sup> Réunion Inter Pays, une présentation des résultats de l'étude a été faite à l'ensemble des participants. A partir d'une série de variantes soumises à débat, les points de consensus suivants ont été dégagés par le Groupe de travail :

1. Positionnement sous-régional : Le positionnement sous-régional du dispositif de veille et de riposte a été retenu, avec un Comité de Pilotage Régional, une Cellule Régionale de Veille et de Riposte (CVR) et un Fonds Régional (FR).
2. Localisation géographique : La localisation géographique de la CVR sera définie dans le cadre du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED.
3. Pays éligibles : Les pays éligibles sont ceux visés dans le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, ROC/002/03, 9<sup>ème</sup> FED, à savoir les 15 pays de la CEDEAO auxquels s'ajouteront des pays associés, tels que Mauritanie et Tchad.
4. Objectifs et rôles de la CVR et du FR : Les objectifs et rôles de la CVR (et du FR) sont de mener des actions d'urgence (mise à disposition de vaccins et d'experts spécialisés en lutte contre les épidémies, logistique) et des actions de développement (formation, recherche opérationnelle), en étroite liaison avec les partenaires concernés (OMS, UNICEF, ECHO, ...).
5. Mécanisme du FR : Le mécanisme de constitution, d'utilisation et de réabondement du Fonds Régional a été retenu suivant le schéma proposé : Constitution (versement d'une avance financière par les Etats membres + Consolidation du FR par des ressources extérieures) ; Utilisation (Mise à disposition d'une avance aux Etats membres à concurrence d'un « droit de tirage ») ; Réabondement (Remboursement de l'avance)
6. Renforcement des capacités nationales de veille et de riposte et ancrage : Ce renforcement portera en priorité sur la mise à niveau d'une structure focale de veille et de riposte (SFVR) au niveau central, qui aura une légitimité administrative, dotée de moyens adéquats.
7. Appui aux structures sous-régionales de référence : Ces structures seront appuyées, selon les priorités définies et suivant des critères de sélection à élaborer.
8. Ressources du FR : Fonds nationaux et régionaux auxquelles s'ajoute l'Aide extérieure.
9. Types d'épidémies concernées : Toutes les épidémies, mais de façon graduée en privilégiant les épidémies les plus courantes à définir ultérieurement.
10. Financement des opérations : Les pays disposeront d'un droit de tirage avec éventuellement accès au crédit. Le crédit sera accordé en fonction de la magnitude de l'épidémie et des ressources disponibles dans le pays. Pour faire face à des situations critiques, il sera prévu un Fonds de Solidarité.
11. Conditions de crédit : Un différé d'amortissement de 6 mois sera accordé. Il a été recommandé d'adosser le FR à une Institution Régionale susceptible de procéder à des retenues directes.
12. Calcul de l'avance (Fonds de Roulement initial) : Cette avance sera établie à partir d'un indicateur composite, tenant compte (i) de la capacité contributive de chaque Etat et (ii) du risque en fonction de la taille de la population.
13. Tarifification : Toutes les prestations sont remboursables « at cost », suivant grilles tarifaires prédéfinies. Exception sera faite pour les frais de personnel (expertise spécialisée d'appui à la pré-riposte ou à la riposte) et frais récurrents qui seront pris en charge par le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest.
14. Constitution du fonds de roulement initial : En une ou plusieurs fois, à des dates fixées à la convenance des pays.
15. Seuil de déclenchement des interventions : Des procédures seront définies pour établir les niveaux d'interventions en fonction de la nature, de la localisation et de l'ampleur des épidémies.
16. Compte bancaire du FR : Le compte bancaire du FR fonctionnera sous double signature et sera logé dans une banque de la place où sera située la CVR.
17. Composition de la CVR : 1 médecin de santé publique, avec une spécialisation en épidémiologie, ordonnateur du FR, 1 administrateur, contrôleur Financier du FR, et gestionnaire de la Base de

données des experts régionaux, 1 pharmacien gestionnaire, 1 logisticien et du personnel d'appui, dont le comptable du FR, et un secrétariat. Les frais de fonctionnement de la CVR seront pris en charge de façon dégressive par le Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest.

18. Mise en œuvre : En attendant le lancement du Programme Régional Santé en Afrique de l'Ouest, la CATR sera chargée d'assurer les étapes initiales de l'appui proposé.
19. Evaluation : Des évaluations et audits périodiques seront réalisés.

### C. SYNTHÈSE

Au total, en confrontant le PRSAO avec le schéma directeur des décisions prises à la RIP avec les pays et les partenaires :

L'architecture du projet Veille et Riposte épidémique (Cellule d'appui sous la coupe d'un Comité de Pilotage) correspond totalement à celle du PRSAO.

Les objectifs, méthodes et procédures du projet Veille et Riposte épidémique reprennent la quasi totalité de ceux du PRSAO :

Il est totalement en phase dans les principes :

- recherche de synergie et de complémentarité avec les autres partenaires au développement
- mécanisme régional d'appui, de concertation et de mise en œuvre qui fait actuellement défaut à ces pays
- conformité avec les objectifs de la CE en matière de coopération régionale ; le projet contribuera à l'intégration régionale en :
  - renforçant les capacités nationales et régionales,
  - responsabilisant les Etats en matière de prise de décisions stratégiques
  - organisant le développement de coopérations techniques entre les Etats, notamment par la constitution d'un réseau d'experts régionaux mobilisables.
  - harmonisation des politiques nationales et échanges d'expériences entre pays.

Comme souligné pour le PRSOA, le projet Veille et Riposte, dans son approche sous-régionale pourrait aussi renforcer les systèmes nationaux des pays qui connaissent des situations politiques et sociales instables.

Il répond bien aux problèmes et actions prioritaires présentés dans la justification du PRSOA :

Il contribuera à la mise en place des mécanismes de suivi et de contrôle des épidémies transfrontalières et favorisera la cohérence des politiques d'accès aux soins de santé.

Il répond au problème majeur identifié : « *L'absence d'une politique et d'une stratégie régionale efficaces de surveillance, contrôle, prévention et prise en charge des épidémies qui coûtent en terme de vies humaine aussi bien qu'en terme économique et entraîne régulièrement la fermeture des frontières* ».

Il correspond bien aux priorités définies par le plan stratégique de l'OOAS adopté par la troisième Assemblée des Ministres de la santé de la CEDEAO, réunie à Accra les 25 et 26 juillet 2002 : « *La lutte contre les épidémies est mise à l'avant-plan, en raison de son caractère déstabilisateur des systèmes nationaux de santé et de ses effets catastrophiques en terme de mortalité dans tous les groupes d'âges de la population* ».

Il correspond au vœu des pays de la sous-région et des responsables de la CEDEAO, qui conviennent de faire de la régionalisation un outil de gestion des problèmes communs et transfrontaliers de la santé. Cela implique la mise en place de mécanismes de coopération, de collecte et de partage d'information, de connaissances et d'expériences entre les pays de la CEDEAO sur (i) les grands problèmes transfrontaliers identifiés en communs ; (ii) la mise en réseau des expériences et des capacités d'analyse ajouterait aux systèmes d'information sanitaire nationaux une démarche d'anticipation plus systématique et une intégration des informations sur la localisation des épidémies et sur les ressources nationales disponibles, (iii) les structures de soins, d'enseignement et de recherche à vocation sous-régionale,

Il s'inscrit totalement dans l'objectif spécifique 2 du PRSOA : Le renforcement des capacités et stratégies nationales et sous-régionales de surveillance et de lutte contre les principales épidémies transfrontalières.

Il contribue à la mise en œuvre de l'objectif spécifique 1 : La coordination, l'harmonisation et la définition de politiques communes de santé ayant une valeur ajoutée au plan sous-régional, notamment en matière de politique du médicament.

Il reprend les orientations des objectifs 3, 4 et 5 :

Le renforcement / développement de fonctions régionales pour des structures de référence, afin de créer des masses critiques de compétences ouest-africaines ;

L'appui aux efforts engagés par les Etats pour réformer et renforcer les systèmes nationaux de santé sur base d'une concertation et de l'échange de bonnes pratiques dans les domaines d'intérêt commun.

Le renforcement de la coopération et des échanges d'informations et d'expériences sur les aspects de politique sanitaire ayant une valeur ajoutée sur le plan sous-régional.

Dans sa mise en œuvre, il est conforme aux lignes directrices de financement du PRSOA :

- Une assistance technique permanente constitué d'experts aux profils complémentaires
- Un pool d'experts court terme nationaux, régionaux ou internationaux mobilisable à la demande
- Une unité de gestion chargée de l'appui administratif, logistique et de la gestion du programme et du fonds de financement
- Equipement et le fonctionnement du Secrétariat et des experts long et court terme.
- Fonds pour le financement des appuis spécifiques aux pays et aux organismes régionaux approuvés par le Comité de pilotage et ayant fait l'objet d'une non objection de la CE.
- Missions d'appui inter-africaine aux pays (voyage, per diem, logistique).
- Développement et maintenance des outils d'information et de communication (base de données, bulletin, site Web, traductions)
- Organisation de rencontres sous-régionales et de missions d'études et d'échanges ;
- Evaluation du programme : une évaluation à mi-parcours, une évaluation finale et des audits comptables annuels.

Il suit parfaitement :

- Les procédures organisationnelles et de mise en œuvre
- Le souci affiché d'utilisation de nouvelles technologies appropriées
- Les conditions spéciales et mesures d'accompagnement

*La seule divergence avec le PRSAO porte sur le nombre d'assistants techniques à mettre en place au niveau de la Cellule d'Appui :*

Pour la mise en œuvre du PRSOA, 3 postes d'AT sont prévus (plus un administrateur et son équipe d'appui) pour l'ensemble des thèmes couverts.

Pour le seul projet Veille et Riposte, 3 postes essentiels semblent indispensables, tandis qu'un quatrième paraît important :

Indispensables :

- Un médecin de santé publique, expérimenté en gestion d'équipes et de programmes, en veille et riposte épidémique
- Un pharmacien rompu à l'approvisionnement et connaissant parfaitement les réseaux et procédures d'achat de médicaments, vaccins et consommables
- Un manager logisticien, très expérimenté en organisation, acquisition et ventilation d'intrants dans des contextes d'urgence

Important : Un économiste de la santé compétent en analyse micro-et macro économique, en mesure de réaliser, dans la droite ligne du poste actuellement existant dans la CATR d'ARIVA, les plans de viabilité financière et de favoriser la traçabilité des flux financiers.

Et ce, que ce soit tant pour le Fonds Régional Surveillance et Riposte aux épidémies que pour les autres composantes du PRSAO.

Ainsi, la cellule d'appui du PRSOA pourrait comprendre 4 AT (plus un administrateur) :

- un médecin de santé publique
- un pharmacien
- un économiste de la santé
- un manager logisticien

Ils s'appuieront parallèlement sur les pools d'experts spécialisés, comme prévu dans le PRSOA.

Une telle éventualité impliquerait l'affectation de ressources additionnelles sur le PRSOA.

**Annexe 14**

**Cadre logique du programme ouest africain de veille épidémiologique et de riposte aux épidémies**

|                                | <b>Logique d'intervention</b>   | <b>Indicateurs objectivement vérifiables</b> | <b>Sources de vérification</b> | <b>Hypothèses</b>  |
|--------------------------------|---|--|--------------------------------|--|
| <b>Objectif global</b>         | <b>Renforcer l'intégration régionale en Afrique de l'ouest par la mise en œuvre d'un système sous régional de veille et de riposte contre les maladies transmissibles</b> |  |                                | Nécessité d'avoir un consensus politique dans un groupe de pays pour dépasser le concept de souveraineté nationale en s'inscrivant résolument dans un cadre de développement supra national (les épidémies sont sans frontières et pour être combattues elles nécessitent une riposte supra nationale) |
| <b>Objectif spécifique n°1</b> | <b>Opérationnaliser une cellule de coordination sous régionale de veille épidémiologique et de lutte contre les épidémies</b>   |  |                                |  |
| <b>Résultats attendus</b>      | 1. Les pays ont élaboré une politique commune d'anticipation et de contrôle des épidémies (formulation d'une charte de surveillance régionale et de riposte).             |  |                                |  |
|                                | 2. La cellule est créée et opérationnelle.  |  |                                |  |
|                                | 3. Le fonds régional pour la riposte est en place et disponible avec un montant permettant d'assumer l'ensemble des objectifs assignés.                                   |  |                                |  |
|                                | 4. Le réseau de communication/ information inter pays pour la veille épidémiologique et la riposte est fonctionnel.   |  |                                |  |
|                                | 5. Un stock de médicaments, vaccins, matériels et consommables est géré au niveau régional  |  |                                |  |

|   | Logique d'intervention   | Indicateurs objectivement vérifiables   | Sources de vérification                                      | Hypothèses   |
|---|--|---|--|--|
| <b>Activités</b>                            |  |   |  |  |
| <b>Dans le cadre du Projet ARIVA (DP 4)</b> | 1. Faire le plaidoyer auprès des pays et des organismes sous régionaux pour la création du système sous régional de veille épidémiologique et de riposte.  | Nombre de pays ayant souscrit au programme  | Rapport des missions de plaidoyer                            | Dans la mesure où la phase de préparation du projet peut être achevée d'ici la fin de l'année 2004, et qu'il y ait le temps nécessaire pour réaliser ces activités avant la clôture du Projet ARIVA en juin 2005 |
|   | 2. Elaborer le draft de la Charte régionale de veille et de riposte et un document technique exposant les principes généraux de fonctionnement du fonds régional de riposte.   | Draft et document technique élaborés  | Disponibilité du Draft et du doc. technique                  |  |
|   | 3. Définir les critères d'éligibilité du positionnement de la cellule (unité de gestion du programme - UGP), et des organismes sous régionaux de référence.  | Critères définis  | Document de validation des critères d'éligibilité disponible |  |
|   | 4. Evaluer les besoins et les ressources (RH, matérielles et financières) pour la mise en œuvre des 5 grands axes d'appui et de management : appui institutionnel, réseau d'experts, réseau de communication/Information, gestion régionale du stock de médicaments, vaccins, matériels et consommables, logistique et maintenance.  | Besoins et ressources quantifiés (nb de RH, matérielles et financières) et budgétisés | Rapport d'identification élaboré, budgétisé et disponible    |  |
|   | 5. Organiser un atelier de validation politique et technique (CEDEAO, UEMOA, Ministres des Pays) :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- de la Charte régionale de veille épidémiologique et de riposte,</li> <li>- du schéma organisationnel de la coordination sous régionale (comité de pilotage, positionnement et composition de l'UGP/CVR) et des procédures de fonctionnement,</li> <li>- d'identification et désignation des organismes sous régionaux de référence impliqués dans la veille épidémiologique et la riposte,</li> <li>- d'identification des sites transfrontaliers prioritaires en raison de leur haut potentiel épidémique</li> <li>- des besoins en ressources humaines, matérielles et financières</li> <li>- des principes généraux de fonctionnement du fonds régional de riposte (abondement, décaissements, prêts, crédits, etc.).</li> </ul> | Atelier réalisé et protocole d'accord signé   | Document de protocole disponible et diffusé                  |  |

|   | Logique d'intervention  | Indicateurs objectivement vérifiables  | Sources de vérification                  | Hypothèses |
|---|---|--|--|------------|
| <b>Activités</b>  |   |  |  |            |
| <b>Dans le cadre du programme de veille et de riposte</b> | 1. Mettre en place le Comité de pilotage de veille épidémiologique et riposte (CPVR).   | Textes définissant la composition et les procédures de fonctionnement du Comité de Pilotage élaborés ;<br>Secrétariat du Comité de Pilotage mis en place et équipé | Textes accessibles et diffusés           |            |
|   | 2. Installer et équiper la cellule de veille épidémiologique et riposte (CVR) en matériels informatiques, bureautiques et de communication (fax, Internet, GPS).  | UGP/CVR installée et équipée   |  |            |
|   | 3. Renforcer et homogénéiser les capacités institutionnelles des pays dans le domaine de la veille et de la riposte : réglementations, procédures, coordination inter pays et transfrontalière en lien avec les principales organisations sanitaires sous régionales.   | Textes et procédures homogénéisés produits   | Textes accessibles et diffusés           |            |
|   | 4. Elaborer un plan stratégique régional de formation d'un pool d'experts pour la veille épidémiologique et la riposte.   | Plan stratégique élaboré   | Plan accessible et diffusé               |            |
|   | 5. Coordonner le réseau de communication/information sous régional et alimenter la banque de données sous régionale.  | Données sous-régionales disponibles et actualisées   | Banque de données et réseau accessibles  |            |
|   | 6. Mettre en œuvre le processus de gestion du stock sous régional de médicaments, vaccins, matériels et consommables en collaboration avec les autres acteurs impliqués dans l'approvisionnement pharmaceutique (centrales d'achats des pays, OMS, ECHO, UNICEF, etc.). | Stocks sous régionaux suffisants et accessibles dans délais nécessaires à riposte  | Contrôle des stocks et des pré-commandes |            |
|   | 7. Mettre en place la logistique et la maintenance nécessaires à la riposte.  | Matériel logistique suffisant et appui en maintenance assuré   | Inventaires et procédures retenues       |            |

|                              | <b>Logique d'intervention</b>   | <b>Indicateurs objectivement vérifiables</b> | <b>Sources de vérification</b> | <b>Hypothèses</b> |
|------------------------------|---|--|--------------------------------|-------------------|
| <b>Objectif spécifique 2</b> | <b>Renforcer les services et structures de veille et de riposte du niveau central de chaque pays (système d'alerte, approvisionnement en médicaments et vaccins, laboratoire national de référence)</b> |  |                                |                   |
| <b>Résultats attendus</b>    | 1. Un pool d'experts nationaux dans le domaine de la veille épidémiologique et de la riposte est identifié et formé.  |  |                                |                   |
|                              | 2. Le réseau de communication/ information de chaque pays pour la veille épidémiologique est fonctionnel.   |  |                                |                   |
|                              | 3. Chaque pays peut disposer à tout moment de l'appui en ressources humaines, matérielles et financières pour l'investigation initiale, la pré riposte et la coordination des autres acteurs.           |  |                                |                   |

|   | <b>Logique d'intervention</b>  | <b>Indicateurs objectivement vérifiables</b>   | <b>Sources de vérification</b>  | <b>Hypothèses</b> |
|---|--|--|---|-------------------|
| <b>Activités</b>  |  |  |   |                   |
| <b>Dans le cadre du Projet ARIVA (DP 4)</b>               | 1. Etablir un cahier des charges du point focal du niveau central de chaque pays et identifier les frais récurrents de gestion.  | Cahier des charges établi<br><br>Frais récurrents de gestion identifiés et quantifiés                    | Documents validés disponibles   |                   |
|   | 2. Identifier le pool national des personnels du niveau central pour chaque pays éligibles à l'appui: médecins, pharmaciens, biologistes, ingénieurs et techniciens supérieurs en biologie et maintenance impliqués spécifiquement dans le processus de veille et de riposte.  | Experts nationaux identifiés pour chaque domaine prioritaire de veille et de réponse                     | Fichiers d'experts spécifiant diplômes et expérience professionnelle      |                   |
| <b>Dans le cadre du programme de veille et de riposte</b> | 1. Former dans chaque pays le pool de personnels du niveau central (validé par le Comité de pilotage) pour la veille et la riposte (médecins, pharmaciens, biologistes, ingénieurs et techniciens supérieurs en biologie et maintenance) :<br><br>- en épidémiologie d'intervention, statistiques et techniques de communication,<br>- aux techniques de diagnostic biologique,<br>- aux techniques d'approvisionnement en médicaments,<br>- aux techniques de logistique et de maintenance. | Experts nationaux sélectionnés formés selon les critères de qualité définis par les instances régionales | Rapports de formation<br><br>Plan de formation                            |                   |
|   | 2. Equiper dans chaque pays les services de veille et de riposte du niveau central (surveillance d'alerte précoce, centrale d'approvisionnement en médicaments et vaccins, laboratoire national de référence) en matériels informatique, bureautique et de matériels de communication modernes (Fax, Internet, etc....).   | Services de veille et de riposte de chaque pays équipés, avec maintenance assurée                        | Inventaires<br><br>Observation<br><br>Contrats/ procédures de maintenance |                   |
|   | 3. Former les personnels de chacun des points focaux du niveau central à l'utilisation des équipements informatiques, bureautiques et de communication   | Personnel formé  | Rapports de formation   |                   |
|   | 4. Renforcer les structures régionales de référence intervenant spécifiquement dans le processus de riposte (selon les critères définis et validés par les comités de pilotage).   | Structures renforcées selon les critères validés   | Inventaires<br><br>Rapports de formation                                  |                   |

|   | <b>Logique d'intervention</b>   | <b>Indicateurs objectivement vérifiables</b>   | <b>Sources de vérification</b>                                   | <b>Hypothèses</b> |
|---|---|--|--|-------------------|
| <b>Objectif spécifique 3</b>                              | <b>Renforcer les sites transfrontaliers identifiés par le Comité de Pilotage comme zones épidémiologiques à haut risque</b>   |  |  |                   |
| <b>Résultats attendus</b>                                 | 1. Un pool d'experts nationaux dans les districts frontaliers constituant le site à haut risque est identifié et formé dans le domaine de la veille épidémiologique et de la riposte.                         |  |  |                   |
|   | 2. Le point focal des districts concernés est équipé d'un système de communication ainsi que d'équipement informatique et bureautique fonctionnels.   |  |  |                   |
|   | 3. Le laboratoire des districts concernés est approvisionné en matériel, réactifs et consommables permettant un diagnostic précoce.   |  |  |                   |
| <b>Activités</b>  |   |  |  |                   |
| <b>Dans le cadre du Projet ARIVA (DP 4)</b>               | 1. Etude d'aide à la décision pour définir les déterminants et les critères d'éligibilité des sites transfrontaliers à haut risque  | Déterminants et critères d'éligibilité identifiés et validés                           | Rapports initiaux<br>Documents de validation disponibles         |                   |
| <b>Dans le cadre du programme de veille et de riposte</b> | 1. Former le médecin chef de district, le laborantin et le logisticien de chaque district concerné  | Personnels identifiés formés   | Rapports de formation  |                   |
|   | 2. Fournir les matériels, réactifs et consommables nécessaires à un diagnostic biologique précoce   | Matériels et consommables mis en place et maintenance assurée                          | Inventaires<br>Contrats/procédures de maintenance<br>Observation |                   |
|   | 3. Equiper le point focal de chaque district concerné d'un système de communication en fonction de l'environnement technique (téléphone, RAC, web, etc.), ainsi que d'équipement informatique et bureautique. | Point focal équipé d'un système de communication opérationnel avec maintenance assurée | Inventaire<br>Contrat/procédures de maintenance<br>Observation   |                   |
|   | 4. Dégager les fonds nécessaires afférents aux coûts récurrents du diagnostic précoce et de la communication-information.   | Crédits de fonctionnement disponibles  | Analyse des lignes budgétaires<br>Vérification comptable         |                   |

