

PROJET ARIVA

APPUI AU RENFORCEMENT DE L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE

UNION EUROPEENNE

ETUDE SUR LA SURVEILLANCE ET LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL

Projet n° 8 ACP ROC 039 / TPS 096

Contrat n° 005/2002/MEF/ARIVA

Rapport de mission au Togo

(1^{er}-11 août 2003)



CREDES – 53, Rue de Turbigo – 75003 PARIS – France
Tel. : (33) 01.42.74.11.10. – Fax. : (33) 01.42.74.11.20.
E-mail : credes@credes.net

Ce rapport fait la synthèse de la mission réalisée au Togo, par Michel ETCHEPARE, du 13 au 25 septembre 2003, avec l'appui du point focal, le Dr PEKPELI, Chef du Service d'Immunisation (PEV) et assurant l'intérim du Directeur de la Division Epidémiologie. Les experts ont travaillé au niveau central à Lomé (Ministère de la Santé Publique, Ministère des Finances et de l'Economie, partenaires) ; les multiples activités en cours dans lesquelles le Ministère de la Santé était impliqué n'a pas permis la visite de structure dans les régions/districts.

Le consultant remercie ses interlocuteurs pour leur disponibilité et en particulier la Division de l'Epidémiologie du Ministère de la Santé Publique pour la bonne organisation de la mission.

1. CARACTERISTIQUES GENERALES DU TOGO (cf fiche pays en annexe 3)

2. ASPECTS ORGANISATIONNELS AU NIVEAU DU MSP

2.1. Inventaire de la situation actuelle

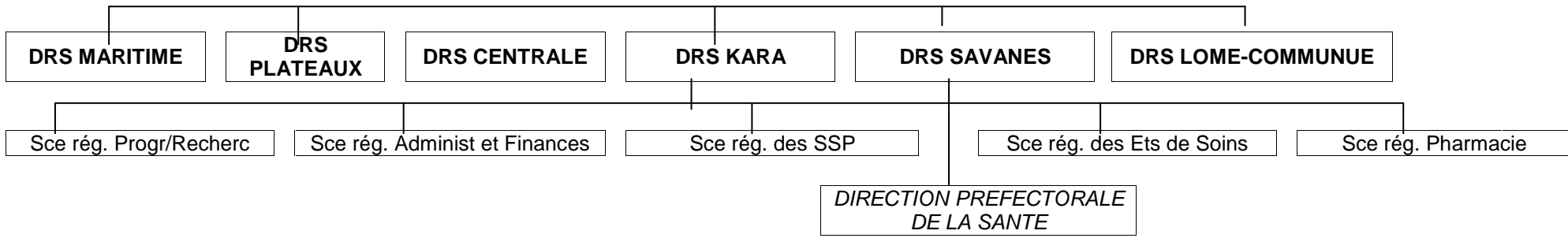
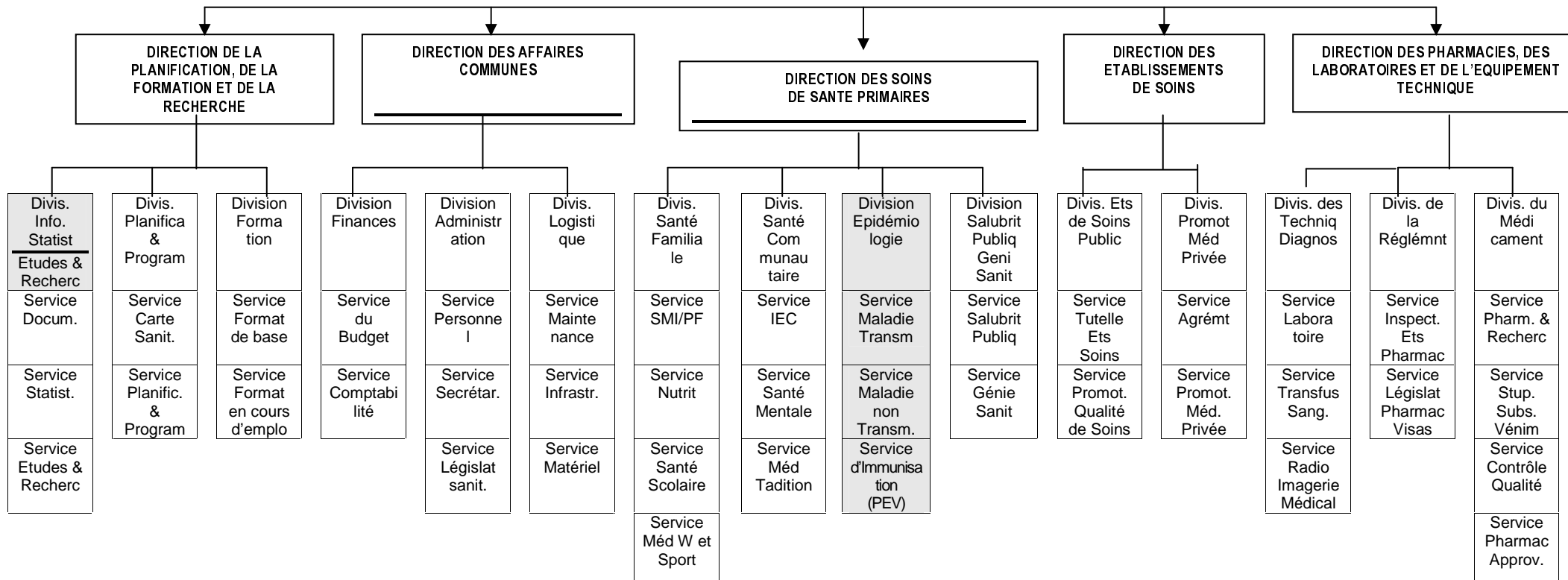
2.1.1 Organigramme (cf page suivante)

Dans le domaine de la surveillance épidémiologique et de la riposte contre les épidémies, les entités responsables sont les suivantes :

Nom des services / programmes / projets		Routine	Alerte précoce	Riposte
DGS (Direction Générale de la Santé)	Centres Hospitalo-Universitaires et Centres Hospitaliers Régionaux)	X		X
DPS (Direction Préfectorale de la Santé)	Hopitaux de district	X	X	X
DPFR (Direction Planification, Formation et Recherche)	DISER (Division Informatique, Statistiques, Etudes et Recherche)	X		
DSSP (Direction des Soins de Santé Primaires)	DIVEPID (Division de l'Epidémiologie)	Service maladies transmissibles (dont P.L.Tuberculose, P.L.SIDA, P.L.Paludisme théoriquement)	X (SNAP : système national d'alerte précoce)	X
		Service maladies non transmissibles		
		Service immunisation (PEV)		
	Division Santé Familiale	X (PCIME)		
INH (Institut National d'Hygiène)			X	
DPLET (Direction des Pharmacies, Laboratoires, Equipement Technique)				X
CAMEG (Centrale d'Achat Médicaments Essentiels Génériques)				X
CCIA (Comité de Coordination Inter-Agences)				X

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE



2.1.2 Mécanismes institutionnels

En routine, sont impliqués (cf également tableau ci-dessus et organigramme page précédente) :

- (i) la DGS (tutelle déléguée par le Ministre sur les CHU et CHR)
- (ii) les DPS (hôpitaux de district)
- (iii) la DPFR (DISER collectant et analysant les données de routine)
- (iv) la DSSP à travers la DIVEPID et la DSF

En alerte précoce, sont directement impliqués les DPS, la DIVEPID (SNAP) et l'INH pour la confirmation biologique des cas

En matière de prévention et de gestion des crises épidémiques, sont constituées des cellules au niveau central (DGS et CCIA) ainsi qu'au niveau régional et préfectoral).

Par ailleurs, la DISER est chargée de la conception et de la mise en œuvre de la surveillance continue, de l'uniformisation du système de recueil des données, de la formation du personnel. Elle centralise, exploite et analyse les données des régions et publie périodiquement des rapports statistiques nationaux. Elle appuie techniquement les régions et les districts et identifie les thèmes prioritaires de recherche opérationnelle.

L'INH est chargé de la formation des techniciens du réseau national des laboratoires et du contrôle de qualité.

2.1.3 Rôles et attributions des intervenants

A. En matière de surveillance épidémiologique :

1. le Système National d'Alerte Précoce.

Il se focalise sur 13 pathologies à potentiel épidémique et/ou réémergentes, avec déclaration hebdomadaire : diarrhée grave et choléra, tétanos néonatal, paralysie flasque aiguë, coqueluche, diphtérie, rougeole, rage, méningite cérébrospinale, fièvre jaune, charbon, dysenterie, poliovirus sauvage, dracunculose.

Les Unités de Santé de Base (USB) sont regroupées en 2 ou 3 réseaux de surveillance par préfecture. A la tête de chaque réseau, 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.

Le DPS adresse les données validées, avant le mercredi, à la fois à la DRS et à la DIVEPID (par fax, téléphone ou courrier selon la disponibilité). Le DRS assure la rétro-information lors de la réception des données et lors des réunions régionales trimestrielles.

Après validation et analyse, le DRS envoie les données à la DIVEPID, qui rédige un rapport synthétique hebdomadaire, adressé au Ministre, à la DGS, aux DRS, aux partenaires (dont l'OMS et son bureau sous-régional).

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%.

2. Les autres données de surveillance sanitaire (surveillance continue, système de routine)

Les USB et les hôpitaux de district transmettent mensuellement les données au DPS, où se trouve une unité statistique. Il assure le recueil, la validation/compilation, la circulation de l'information en amont et en aval.

Au niveau régional, les CHR, hôpitaux spécialisés adressent leur données au service statistique de la DRS. La DRS coordonne la collecte, le traitement informatique, l'analyse approfondie des données des DPS et les appuie techniquement. La DRS est chargée d'élaborer un rapport périodique des statistiques sanitaires régionales.

Les DRS adressent périodiquement les données collectées : (i) à la DISER, en charge de réaliser un annuaire statistique national annuel ; (ii) à la DIVEPID, à la DSF et aux programmes prioritaires la partie des données les concernant. Ces derniers doivent ensuite adresser les données validées à la DISER

B. En matière de réponse aux urgences épidémiques

Des réunions régulières du CCIA permettent, en continu, l'échange d'expériences, le plaidoyer, et une certaine anticipation des urgences prévisibles (épidémies saisonnières).

Les services centraux et périphériques du Ministère de la Santé sont chargés d'assurer l'information et l'éducation de la société civile et de ses relais afin de mieux préparer l'éventuelle survenue d'urgences épidémiques (notamment choléra et méningite cérébro-spinale, aux flambées épidémiques récurrentes dans certaines régions du pays).

Lors de crises, les cellules intersectorielles et pluri-partenaires d'urgence nationale (coordonnée par le DGS), régionale et préfectorale (coordonnées par le préfet) pilotent la réponse.

Les unités opérationnelles de chaque ministère concerné sont impliquées en fonction des nécessités spécifiques ; la DPLET et la CAMEG en particulier sont associées pour réguler l'approvisionnement en réactifs, vaccins et consommables selon le volume des stocks tampons centraux et périphériques.

2.1.4 Supports officiels des mécanismes décisionnels

Les principaux mécanismes institutionnels d'articulation entre les intervenants sont prévus dans différents textes :

- (i) décret 90-158/PR du 2 octobre 1990 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique
- (ii) arrêté 11/91/MSP portant organisation des services des directions centrales, régionales et préfectorales de santé du 27 mars 1991
- (iii) « 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 », MSP, juin 2001
- (iv) « Système d'Information Sanitaire au Togo ; plan directeur », MSP/OMS, août 2001

Par ailleurs, un arrêté (texte non retrouvé) porte création, décrit la composition et attributions des comités centraux, régionaux et préfectoraux de préparation et de réponse aux urgences épidémiques.

De plus, un document intitulé « plan national de prévention et de réponse aux épidémies au Togo 2001-2003 », République Togolaise/MSP/OMS, datant de juillet 1999 a été accessible. Toutefois, il semble avoir connu une diffusion très restreinte ; de plus, les recommandations et besoins financiers exprimés semblent avoir connu une très faible prise en compte.

Enfin, une revue externe du PEV au Togo (rapport final le 18 avril 2001) s'est déroulée avec la contribution de AMP/PATH/CVP/OMS/UNICEF. Plusieurs propositions/recommandations faites à cette occasion ont été prises en compte. .

2.2. Analyse

2.2.1 Forces et Faiblesses

2.2.1.1. Les Forces

a) Approche transversale (surveillance et riposte) :

- Existence de textes définissant les stratégies nationales/directives, ainsi que de ceux régissant rôles et tâches de chacun en matière de surveillance/contrôle des épidémies. Certains d'entre eux méritent toutefois d'être révisés/améliorés (DISER/programmes/DIVEPID notamment)
- Prise en compte des recommandations de la revue du PEV en 2001 en matière de restructuration de la DIVEPID au niveau central
- Comités multisectoriels de riposte (au niveau central, régional, préfectoral) et personnels faisant preuve d'une bonne réactivité quand ils disposent des moyens nécessaires
- CCIA se réunissant de manière régulière ; espace de discussions, échanges, prospective, plaidoyer
- Intéressantes initiatives de partenariat, échanges, synchronisation de la réponse entre districts voisins de part et d'autre de la frontière (Ghana, Burkina, Bénin).
- Tenue de réunions régulières des personnels du district au niveau de la DPS et DRS (malgré contraintes logistiques et financières) : opportunités d'échanges, de coordination et de formation continue
- Un document de stratégie nationale IEC en cours. Jusqu'ici, chaque programme a ses stratégies IEC sans en référer au SNIEC. Il faut rompre ce cercle vicieux
- Entrée en 2003 du Togo au sein des pays soutenus par le projet ARIVA (UE) ; premier devis-programme accepté, démarrage de la mise en œuvre programmé dans les semaines à venir
- Togo disposant, avec la CAMEG, d'une centrale d'achat performante en cas de commande urgente/en routine de vaccins/médicaments/consommables. Les projets en cours concernant TOGOPHARMA méritent toutefois une clarification quant aux rôles respectifs futurs de cette structure/réseau et de la CAMEG.
- Participation du Togo aux réunions sous-régionales : en 2003 : (i) à Lomé, rencontre conjointe OMS/UNICEF des directeurs de PEV des blocs de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ; (ii) réunions sous-régionales coordonnées par l'OMS des responsables de surveillance épidémiologique à Accra (gestion informatique) et à Cotonou (monitorage) ; (iii) réunion à Bamako proposée par l'OMS aux pays ayant accusé un retard dans la mise en œuvre de la surveillance intégrée.

b) Surveillance épidémiologique

- Système d'alerte précoce (SNAP) de 13 pathologies à potentiel épidémique maintenant très amélioré (Promptitude et complétude du SNAP respectivement de 85% et 100% en 2002)
- Plan de mobilisation sociale (secteur privé, communautés) en matière de surveillance, prévention et riposte devant être mis en œuvre avant fin 2003 dans la région de Lomé Commune (où persistent notamment des difficultés d'implication du secteur privé ; dans les autres régions, la collaboration est effective).

2.2.1.2. Les faiblesses

a) Approche transversale (surveillance et riposte) :

- Plan national de prévention et de réponse aux épidémies au Togo 2001-2003, datant de juillet 1999, non validé et/ou non diffusé ? En pratique plan non financé.
- Certains textes définissant les rôles de chaque entité ou intervenant méritent toutefois d'être révisés/améliorés (DISER/programmes/DIVEPID notamment)
- Insuffisante rétrocession de l'information au sein des équipes des directions centrales ou des institutions par les responsables assistant aux débats du CCIA, aux réunions transfrontalières, ... Une diffusion écrite des compte-rendus de ces rencontres est souhaitée.
- Liens insuffisants avec les services chargés de l'hygiène et l'assainissement dans les programmes de prévention des épidémies

b) Surveillance épidémiologique

- En matière de surveillance, l'identification des responsables les plus adéquats pour chaque type de données (données médicales vs données d'activités et de gestion des ressources, DIVEPID vs DISER), ainsi que des descriptions de postes restent à être précisées. Des procédures théoriques restent à être mises en pratique (circuit de l'information entre DIVEPID, programmes prioritaires et la DISER notamment). Par ailleurs, les comités de relecture des données nationales de l'annuaire statistique ne sont pas opérationnels, ce qui entraîne la sortie de données non validées. Ces insuffisances se traduisent par : (i) des données différentes entre DISER et DIVEPID/Programmes (choléra 2000 par exemple, allant de 541 à 3000 cas) ; (ii) la nécessité pour la surveillance du paludisme, par exemple, de greffer sur le circuit existant une collecte de données complémentaires spécifiques pour éviter l'attente de l'annuaire statistique (annuaire 2002 non encore sorti en septembre 2003 ; ceci est dû notamment aux contraintes générales de budget de fonctionnement du Ministère, la DISER n'ayant pas de papier) ; (iii) certaines données souffrant d'insuffisance d'analyse technique (économique ou médicalisée).
- Faible coordination entre les programmes prioritaires. Toutefois, l'intégration s'opère relativement bien au niveau des districts en raison de la limitation des ressources (et les DPS « jonglent » dans l'approche intégrée afin que l'argent de tel ou tel programme serve également une supervision plus transversale).
- Le rattachement institutionnel et fonctionnel, des programmes prioritaires comme le P.L. Paludisme et le P.L. contre le SIDA mériteraient d'être clarifiés. Confusion complémentaire pour le SIDA avec les rôles respectifs du CNLS et du PLS du Ministère de la Santé insuffisamment appropriés.
- Faible adhésion au système d'information des structures privées
- Insuffisante rétro-information des systèmes d'information vers l'opérateur en aval
- Insuffisante perception de l'importance des données pour l'aide à la décision. De plus démotivation car les rapports statistiques annuels sortent parfois deux ans après
- Absence d'autonomie budgétaire du réseau des laboratoires. A pour conséquences essentielles la faiblesse de la supervision formative et du contrôle interne de qualité.

2.2.2 **Besoins et suggestions**

- Réexamen des attributions de la DISER, de la DIVEPID, des programmes dans le recueil et l'analyse des données, et clarification des liaisons fonctionnelles entre ces différents opérateurs.
- Renforcement des capacités de management des régions et des districts. L'embauche (avec l'appui de partenaires) sur contrats d'une année renouvelables de 6 médecins formés en santé publique/épidémiologie renforçant les DRS a été proposée. Ils appuieraient le DRS en matière de supervision formative des districts, de gestion/analyse des données épidémiologiques régionales, de suivi et évaluation, etc.
- Circulation centripète et centrifuge de l'information assurée par la connexion à internet de l'ensemble des DPS et DRS (courrier électronique).
- Renforcement de la mobilisation sociale (élargissement du système au secteur privé et accentuation de l'ancrage communautaire). Appui à la restructuration du SNIEC.
- Autonomisation budgétaire du réseau des laboratoires et du LNR (INH) (acté depuis le mois d'août pour l'INH), afin qu'il garantisse la supervision formative et le contrôle interne de qualité

3. SYSTEME DE PLANIFICATION

3.1. Inventaire de la situation actuelle

3.1.1. Stade de mise en œuvre de la Stratégie de Surveillance

Le Togo est actuellement en phase 0.

En matière de surveillance intégrée, le Togo 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 pour « surveillance intégrée-prise en charge-décision » 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.

3.1.2. Documents de planification du MSP

Le Plan national de prévention et de réponse aux épidémies au Togo 2001-2003, datant de juillet 1999, semble peu connu (non validé et/ou non diffusé ?). En pratique ce plan n’a pas été financé, ce qui a induit une mise en œuvre seulement partielle des recommandations émises.

Il existe sinon des plans stratégiques spécifiques de différents programmes prioritaires comme le PEV (Plan stratégique pluriannuel 2002-2004 du PEV, avril 2002), Plan d’action 2003 du PEV, avril 2003), le programme contre le paludisme (Plan stratégique 2001-2005, décembre 2001), ...

3.1.3. Rôles et attributions des intervenants ; processus de planification

La planification se fait selon les besoins de chaque niveau, et est centripète :

- (i) micro-planification au niveau du district/préfecture
- (ii) synthèse au niveau des régions
- (iii) synthèse globale au niveau de la DIVEPID
- (iv) élaboration des requêtes aux partenaires pour financement

A noter que les financements sont versés directement dans les régions, qui ventilent ensuite au niveau des districts. Les justificatifs suivent les mêmes circuits.

3.2. Analyse

5.2.1. Forces et Faiblesses

5.2.1.1. Forces

- Planification nationale résultant de la synthèse de micro-planifications décentralisées ; responsabilisation des régions et districts en matière de gestion

5.2.1.2. Faiblesses

- Sur le terrain, existent surtout des indicateurs de processus et pas de résultats ou d’impact. Il faudrait que la DISER produise des indicateurs d’objectifs niveau par niveau et comment les mesurer. En 2003, la revue nationale du PNDS a permis l’élaboration de quelques indicateurs ; mais le travail préparatoire était insuffisant

5.2.2. Besoins et suggestions

Comme vu ci-après dans le chapitre « financement », c’est essentiellement la mise en œuvre, plus que la planification des activités, qui pose problème. La forte dépendance aux partenaires extérieurs et à leurs délais posent d’importantes contraintes d’organisation et de fonctionnement au quotidien. Les lignes non financées peuvent compromettre la cohérence d’ensemble ou la mise en œuvre effective des activités planifiées retenues.

4. SYSTEMES D'INFORMATION, DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE

4.1 Niveau central

4.1.1. Ressources Humaines

4.1.1.1 Inventaire

Les effectifs existant et les besoins au niveau central sont détaillés dans le tableau page suivante. Il fait apparaître un effectif actuel (équivalent temps plein) de 25,7 personnes et des besoins de 41,5 personnes, soit un écart de 15,8 agents.

Qualification	Existant				Financement du salaire	Besoins				Ecart			
	DIVEPID	INH	DISER	TOTAL		DIVEPID	INH	DISER	TOTAL	DIVEPID	INH	DISER	TOTAL
Médecin SP	3	0	0	3	Etat	3	0	0	3	0	0	0	0
Médecin Epidémi	1	0	0	1	Etat	2	0	1	3	-1	0	-1	-2
Assistants médicaux	2	0	0	2	Etat	2	0	0	2	0	0	0	0
Infirmier D.E.	1	0	0	1	Etat	1	0	0	1	0	0	0	0
Statisticien	0	0	1	1	Etat	1	0	2	3	-1	0	-1	-2
Tech. Labo (20% temps actuellement à l'INH pour le SNAP)	0	11 (2,2)	0	(2,2)	Etat	0	12 (3,2)	0	(3,2)	0	-1	0	-1
Biologiste	0	1	0	1	Etat	0	1	0	1	0	0	0	0
Pharmacien biologiste	0	1	0	1	Etat	0	1	0	1	0	0	0	0
Informaticien	0	0	1	1	Etat	0	0	2	2	0	0	-1	-1
Agents de codification	0	0	2	2	Etat	0	0	2	2	0	0	0	0
Opérateurs de saisie	1	0	2	3	Etat	2	1	2	5	-1	-1	0	-2
Logisticien	1	0	1	2	Etat	2	0	1	3	-1	0	0	-1
Technicien maintenance	0	0	0	0		0	1	0	1	0	-1	0	-1
Comptable	1	0	0	1	Etat	1	0	0	1	0	0	0	0
Qualiticien (biologie) (30% temps actuellement à l'INH pour le SNAP)	0	1 (0,3)	0	(0,3)	Etat	0	3 (2,3)	0	(2,3)	0	-2	0	-2
Secrétaire (20% temps actuellement à l'INH pour le SNAP)	1	1 (0,2)	0	(1,2)	Etat	1	0	1	2	0	(+0,2)	-1	-0,8
Chauffeur	2	0	1	3	Etat	4	1	1	6	-2	-1	0	-3
total	13	(4,7)	8	(25,7)		19	(10,5)	12	(41,5)	-6	(-5,8)	-4	(-15,8)

(entre parenthèses= équivalent temps plein)

4.1.1.2. Forces et faiblesses

6.1.1.2.1. Forces

- Les secteurs sociaux (Education, Santé) recommencent à bénéficier de concours de recrutement dans la fonction publique
- Directives de surveillance épidémiologique distribuées lors des réunions trimestrielles organisées avec la DIVEPID dans les régions ; directives diffusées partout et exposés faits lors des réunions avec les régions et les districts.
- Les formations des directeurs de PEV, DPS et infirmiers chefs de poste ont considérablement amélioré les pratiques, notamment en termes de complétude et de promptitude des PFA

6.1.1.2.2. Faiblesses

a) Insuffisance de personnel et perte de mémoire institutionnelle par turn-over important

- Depuis 1988, pas de réels recrutements, essentiellement « régularisation » de contractuels ; or 400 à 600 agents partent annuellement à la retraite. Tout départ à combler induit des mutations fréquentes et trop rapides des agents, et donc une perte répétée de la « mémoire institutionnelle ».
- Les supervisions formatives par le niveau central peu réalisées car les formateurs surchargés par leurs tâches multiples. De même, certaines réunions trimestrielles régionales avec la DIVEPID reportées pour les mêmes raisons. Adaptation des guides de formation prévue en 2003 ; pas fait jusqu'alors surtout par manque de temps :

b) Les limites des formations elles-mêmes

- Formations : (i) insuffisamment pratiques ; (ii) avec mauvaise identification des formés ; (iii) insuffisance du suivi après formation ; (iv) limites des formations « en cascade » ; (v) plan de formation à revoir
- activités arrêtées pour les formations ; il faut faire les sessions au niveau du district, avec un représentant du niveau central pour en garantir la qualité. Ceci pourrait se faire lors des réunions mensuelles de district ; on formerait là, en plusieurs fois, les infirmiers chefs de poste et les superviseurs de district sur les modules et directives de surveillance.

c) Insuffisances/contraintes de la gestion des ressources humaines, de la formation initiale/continue

- Insuffisante coordination dans les formations (problème de gestion centralisée efficiente des RH, de la formation initiale et continue).
- La gestion des RH est rendue particulièrement délicate dans un contexte d'insuffisance quantitative et qualitative de personnels, de départs (en retraite notamment) et de faibles recrutements dans la Fonction Publique.
- Insuffisante formation (non systématiquement formé ou de manière parcellaire (« cascade ») sans formation continue) du personnel dans différents domaines (santé publique (DPS), informatique, gestion/analyse des données épidémiologiques et des ressources/stocks, prise en charge des cas, diagnostic biologique, etc.)

4.1.1.3. Besoins

Hormis les besoins en effectifs décrits ci-dessus, les principaux besoins en matière de RH concernent la mise à disposition de logiciels (avec la formation correspondante) ainsi que de formations complémentaires.

Les besoins spécifiques en logiciel (et formation) sont présentées dans le tableau suivant.

Qualification	Nombre de personnels concernés	Types de logiciels	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
<i>Médecin Santé Publique</i>	3	<i>EPIINFO, Excel, EpiMap, SPSS</i>		
<i>Médecin Epidémiologiste</i>	2	<i>EPIINFO, Excel, EpiMap, SPSS</i>		
<i>Statisticien</i>	3	<i>EPIINFO, Excel, EpiMap, SPSS, Stata, Access</i>		
<i>Opérateurs de saisie</i>	3	<i>Microsoft Office (Word, Excel), Epiinfo, tableur, grapheur</i>		
<i>Logisticien</i>	2	<i>Excel</i>		
<i>Assistants médicaux</i>	2	<i>Excel</i>		
<i>Infirmier D.E.</i>	1	<i>Excel</i>		
<i>Comptable</i>	1	<i>Excel</i>		
<i>Qualiticien Biologie</i>	3	<i>Word, Excel, Epiinfo</i>		
<i>Biologiste</i>	2	<i>Word, Excel, Epiinfo</i>		
<i>Pharmacien</i>	1	<i>Word, Excel, Epiinfo</i>		
<i>Informaticiens</i>	2	<i>EPIINFO, Excel, EpiMap, SPSS, Stata, Access</i>		

Les autres besoins de formation pour le niveau central sont les suivants (dans la mesure où les personnels requis sont affectés) :

Qualification	Nombre de personnels concernés	Nature de la formation	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
<i>Médecin Santé Publique</i>	3	<i>EPIVAC et IDEA/Afrique (1 mois)</i>		
<i>Médecin Epidémiologiste</i>	1	<i>IDEA/Afrique (1 mois)</i>		
<i>Statisticien</i>	3	<i>Biostatistiques et épidémiologie appliquée à médecine (CESAM ?)</i>		
<i>Informaticien</i>	1	<i>Analyse statistique</i>		
<i>Logisticien</i>	2	<i>Cours OMS gestion des stocks et des vaccins</i>		
<i>Assistant médical</i>	2	<i>Cours mid-level manager OMS de gestion de PEV</i>		
<i>Infirmier D.E.</i>		<i>Cours mid-level manager OMS de gestion de PEV</i>		
<i>Comptable</i>		<i>Cours mid-level manager OMS de gestion de PEV</i>		
<i>Tech. Labo</i>	12	<i>6 en Techniques bactériologie et 6 en technique Elisa</i>		
<i>Biologiste</i>	2	<i>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 SP à Cotonou en 1 an</i>		
<i>Pharmacien</i>	1	<i>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 SP à Cotonou en 1 an</i>		

* Santé Publique OMS pour cadres à Cotonou (1 an, 15.000 USD)
Pour les cadres intermédiaires, formation d'une année OMS à Lomé (1 an, 8.000 USD)

4.1.2 Ressources financières

4.1.2.1 Inventaire

La surveillance et le contrôle épidémiologique, si l'on retient les besoins financiers estimés dans le Plan national de prévention et de réponse aux épidémies au Togo 2001-2003 (République Togolaise/MSP/OMS, juillet 1999) devraient bénéficier (hors JNV) d'un montant triennal de 1,7 MUSD, soit 570.000 USD annuels (340 MFCFA environ).

Ceci pour 8 composantes :

- (i) gestion des épidémies
- (ii) surveillance épidémiologique
- (iii) renforcement des laboratoires
- (iv) prise en charge des cas de maladie à potentiel épidémique

- (v) vaccination (hors JNV)
- (vi) renforcement de l'hygiène et de l'assainissement
- (vii) mobilisation sociale
- (viii) suivi et évaluation/recherche

A noter que la revue du PEV d'avril 2001 estimait les seuls besoins de la vaccination (JNV inclus) à 1.100 MFCFA annuels en 2002. Le Plan 2001-2003 semble donc avoir sous-estimé les besoins financiers.

En 2002, hors JNV (487.000 FCFA provenant de l'OMS, UNICEF et Rotary), la surveillance et le contrôle ont reçu globalement un montant de 170.788.890 (voir détails dans le tableau ci-dessous), ce qui représente **de l'ordre de 50% des besoins exprimés dans le plan 2001-2003.**

Compte tenu de la sous-estimation probable des besoins dans ce plan, **on peut estimer que 30% à 50% des besoins sont financièrement couverts en matière de surveillance et contrôle des épidémies au Togo en 2002-2003.**

Appui spécifique (technique et financier) des partenaires extérieurs en matière de SIS/SIG et de surveillance/contrôle des maladies transmissibles						
	<u>AT</u>	<u>Formation</u>	<u>Equipemt et logistique</u>	<u>Médicamts, réactifs</u>	<u>Autres</u>	TOTAL (FCFA)
SIS/SIG (2002)						
FNUAP		2.500.000			555.000	3.055.000
OMS		2.250.000			770.000	3.020.000
TOTAL						6.075.000
Surveillance épidémiologique (2002)						
	<u>AT</u>	<u>Formation</u>	<u>Equipemt et logistique</u>	<u>Médicamts, réactifs</u>	<u>Autres</u>	TOTAL (FCFA)
OMS	?	?	?	?	?	126.281.390
UNICEF	?	?	?	?	?	7.484.500
TOTAL						133.765.890
<i>Etat</i>			6.848.000		24.100.000 <i>(salaries)</i>	30.948.000

4.1.2.2. Forces et faiblesses

6.1.2.2.1. Forces

- Importante contribution de la communauté au financement de la santé (4,2 MUSD en 2001), palliant partiellement le sous-financement étatique et de la part des partenaires au développement. Ceci en dépit de la paupérisation croissante de la population.
- Pour la surveillance et le contrôle, l'OMS est un bailleur très important, largement prédominant. Vu la situation du Togo (boycott de plusieurs bailleurs), l'OMS Togo a plus de facilités pour obtenir des fonds extra-budgétaires.

6.1.2.2.2. Faiblesses

- Sous-financement chronique de la surveillance et de la réponse (à l'image de la santé en général) :
 - Etat ne répondant pas à ses engagements¹ (par exemple, depuis 1996, le Togo devrait acheter les vaccins (150-200 MFCFA/an ; cela n'a eu lieu qu'une seule fois à travers un financement de l'UE), n'assurant que 10 à 20% d'exécution des budgets de fonctionnement votés hors salaires, eau, téléphone,... Ligne « vaccins et réactifs » de l'ordre de 400 MFCFA en 2002 (600 MFCFA antérieurement) pas du tout exécutée. Aucune ligne budgétaire créée pour les activités de lutte contre les épidémies.
 - Partenaires peu présents en routine ; les principaux en sont l'OMS et, à degré moindre, l'UNICEF. Lors de crise épidémique, élargissement des contributeurs. Problème persistant des restrictions économiques de la part de plusieurs partenaires importants au développement, affectant également les secteurs sociaux.
- Dépendance forte aux rares bailleurs investis au Togo ; les plans nationaux définis ne sont que partiellement financés et la mise en œuvre perd en cohérence globale, tandis que les priorités peuvent n'être qu'en partie prises en compte. Enfin, la dépendance en termes de fonctionnement génère une désorganisation du système (activités interrompues dans l'attente de réparations de matériels/véhicules ou de l'octroi d'intrants de base –papier, carburant, ...)
- Faibles liquidités (étatiques et mobilisation plus ou moins lente des partenaires) générant des délais trop longs pour les commandes (vaccins, par exemple, commandés par l'UNICEF à UNIPAC si paiement d'avance)².
- Insuffisante capacité des districts alors que ce niveau a été retenu comme le pivot opérationnel du système. Raisons :
 - (i) financières (logistique, carburant, indemnités de déplacement). Les budgets niveau DRS et DPS exécutés au 1/3 ou au ¼ par rapport aux prévisions/demandes. Et c'est la supervision qui en souffre le plus...
 - (ii) matérielles (outils informatique, de communication, ...) et humaines (un seul DPS au lieu de deux prévus, ECR et ECD 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 : (i) les supervisions formatives, trop rares (il en est de même pour les services régionaux et centraux) ; (ii) l'analyse/traitement des données épidémiologiques et (iii) les interventions précoces
 - Pas de mise en réserve sur compte spécial régional des fonds issus de la vente des produits en excédent à l'issue de la crise épidémique. Il faudrait prévoir la sortie de crise (ce qui n'est pas fait actuellement) et l'insertion dans le recouvrement des coûts de tous les

¹ Schématiquement : (i) 60% du budget exécuté l'est pour les salaires ; (ii) 20% pour le fonctionnement (téléphone, loyers, eau, électricité) et (iii) 20% pour le fonctionnement/fournitures des services (en pratique, 10% à peine de ce qui est commandé est livré car l'Etat n'est pas perçu comme un bon payeur ; les responsables publics des services doivent régulièrement contacter les fournisseurs pour savoir ce qui est payé, quand et comment obtenir le reste de la livraison...
Aucun budget pour les médicaments/vaccins ; tous les produits pharmaceutiques en recouvrement des coûts (IB). Quasiment tout le budget de fonctionnement du système repose sur les programmes/projets.

² Commandes de vaccins à Copenhague (UNICEF/UNIPAC) requérant paiement d'avance. Or :

- le budget est voté en décembre
- 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)
- 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...)
- si positif (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

- intrants non consommés au cours de la crise (gratuits durant cette période). Il ne faudrait pas attendre la péremption des intrants... Mais il faut que l'argent de la vente aille dans une ligne spéciale « réaction à une crise » ; ainsi la base aurait systématiquement de l'argent pour répondre à une situation d'urgence.
- Très faibles budgets d'investissement (rien de l'Etat, chantiers de la BAD en suspens car échéances de remboursement non respectées, cessation de l'appui Banque Mondiale depuis 1996, ..

4.1.2.3. Besoins et suggestions

- Sécurisation financière de la surveillance, de la préparation et de la réponse aux épidémies par le budget de l'Etat en premier lieu, appuyé par les partenaires au développement : vaccins, médicaments et matériels, ressources humaines, logistique, budgets de fonctionnement, stocks de sécurité, plans de formation des personnels, etc. (C'est le système de santé dans son ensemble qui nécessite, de fait, un effort budgétaire conséquent).
Création d'une ligne budgétaire spécifique destinée à la gestion des urgences épidémiques.

4.1.3 Ressources matérielles

4.1.3.1. Inventaire du matériel logistique

Les moyens matériels et logistiques alloués à la surveillance épidémiologique au niveau central sont détaillés dans le tableau à la page suivante :

Cet inventaire met en évidence trois points essentiels :

- (i) les besoins non satisfaits en matériels/logistique
- (ii) l'insuffisance de capacités –techniques et financières- en maintenance, notamment en matière de bureautique
- (iii) la très grande dépendance aux partenaires extérieurs en matière d'investissement en matériel et logistique

Les lacunes les plus marquées concernent :

- Insuffisance des systèmes de communications (investissement et maintenance surtout). Il faudrait, au minimum, un outil informatique au niveau de la région et du district
- Problèmes de logistique et de carburant : au moins 2 au véhicules au niveau du DPS ; les ECD (6 personnes) devraient avoir une moto tout-terrain. Echec de la tentative de location-vente des motos (préservées pour ne pas les abîmer, non remboursement, problème de carburant, ...)
- Pas de stock tampon suffisant (vaccins, médicaments, réactifs, consommables, ...) au niveau national. Le financement étatique est singulièrement défaillant dans ce domaine et la dépendance aux partenaires extérieurs quasi totale.

:

	Existant				F ou NF	Financement		Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins				Ecart			
	(nombre + nom pour les logiciels)					matériel neuf (Etat ou partenaires)	frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)		(nombre + nom pour les logiciels)							
	DIVEPID	INH	DISER	TOTAL					DIVEPID	INH	DISER	TOTAL	DIVEPID	INH	DISER	TOTAL
Laptop	3	2	nd	5	2F	OMS	Etat et OMS	non	5F	2F	nd	7	-4F	-1F	nd	5
Desktop	3	0	nd	3	2F	OMS	Etat et OMS	non	6F		nd	6	-4F		nd	4
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	Excel Epiinfo Epimap Access		nd			OMS	Etat et OMS	non			nd		SPSS	Logiciel OMS transfert données	nd	
Imprimante	3	0	nd	3	2F	OMS	Etat et OMS	non	6F	2	nd	8	-4F	-2	nd	6
Photocopieuse	3	0	nd	3	1F	OMS	Etat et OMS	non	3F	1	nd	4	-2F	-1	nd	3
Rétroprojecteur	0	0	nd	0	0F				0	1	nd	1	0	-1	nd	1
Ecran	0	0	nd	0	0F				2	1	nd	3	-2	-1	nd	3
Data show	0	0	nd	0	0F				2	1	nd	3	-2	-1	nd	3
Véhicule	2	0	nd	2	2F	OMS/Rotary	Etat et OMS	non	5F	1	nd	6	-3F	-1	nd	4
Moto	2	0	nd	2	2F	OMS/Rotary	Etat et OMS	non	2	0	nd	2	0	0	nd	0
Velo	0	0	nd	0	0F				0	0	nd	0	0	0	nd	0
Tél. intrnal	0	0	nd	0	0F				1	1	nd	2	-1	-1	nd	2
Fax	1	0	nd	1	1F	nd	Etat et OMS	Oui	2	1	nd	3	-1	-1	nd	2
Tel Portable	2	0	nd	2	2F	OMS	Etat et OMS	Oui	6	3	nd	9	-4	-3	nd	7
Radio VHS	0	0	nd	0					0	0	nd	0	0	0	nd	0
Internet	1	0	nd	1	1F	OMS	Etat et OMS	oui	2	2		4	-1	-2	nd	3

Les besoins annuels en réactifs et consommables à l'INH et dans les laboratoires périphériques pour assurer leur rôle en matière de surveillance épidémique sont présentés dans l'encadré page suivante.

Les points forts du réseau des laboratoires :

- (i) INH autonome depuis août 2003. Le fonctionnement doit être assuré par le recouvrement des coûts sur les prestations de laboratoire, auquel doit se surajouter une subvention étatique.
- (ii) Directives et procédures ont été écrites pour tous les niveaux du réseau et y sont disponibles. Quelques ajouts à faire cependant, notamment en matière de transfert d'échantillons de la périphérie au centre en cas de confirmation de cas en urgence

Les points faibles :

- (i) subvention étatique prévue à l'INH d'un montant de 50 MFCFA annuels; 0% d'exécution en 2002. L'OMS est le bailleur de fonds essentiel.
- (ii) pas de moyens de fonctionnement pour le réseau national des laboratoires; ceci concerne notamment les moyens logistiques et de communication
- (iii) les formations menées en 1997/1998 par les référents nationaux 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
- (iv) pas de réel contrôle de qualité des laboratoires périphériques par l'INH faute de moyens financiers et logistiques. L'association d'un référent de l'INH à l'équipe de supervision de la DIVEPID pourrait, en attendant des moyens autonomes pour le réseau, pallier cette carence.

La proposition essentielle est l'autonomisation budgétaire et l'appui financier du réseau des laboratoires et du LNR (INH) afin qu'il garantisse la supervision formative et le contrôle interne de qualité

4.1.3.2. Maintenance du matériel logistique et des équipements de laboratoire

4.1.3.2.1. Points forts

- L'INH dispose d'un technicien de maintenance, en charge de l'INH et de l'ensemble du réseau. Ses interventions ne sont toutefois pas optimales faute de moyens financiers et logistiques

4.1.3.2.2. Points faibles

- Problème majeur de maintenance (chaîne de froid notamment). Des techniciens pourraient être formés au Togo avec en sus une formation bio-médicale de 6 mois au Sénégal (Dakar). L'appui (formation et interventions par un centre sous-régional de référence est également proposé).
- Quasi absence de budget de fonctionnement étatique. Pour exemples, maintenance des 6 véhicules offerts par l'OMS aux régions assurée par l'OMS ; contrats de maintenance de la bureautique de la DIVEPID financés cette année sur fonds GAVI.

BESOINS EN MATERIELS, REACTIFS ET CONSOMMABLES DE L'INH ET DU RESEAU NATIONAL DE LABORATOIRE EN MATIERE DE SURVEILLANCE DES EPIDEMIES

1. Besoins annuels en réactifs

A. Sérologie

- Rougeole IgM (Elisa) : 600 échantillons
- Rubéole IgM (Elisa) : 600 échantillons
- Fièvre Jaune IgM (Elisa) (kits Fièvre Jaune complets) : 800 échantillons

B. Microbiologie

- Gélose trytocase soja : 5 boîtes de 500g
- Bouillon trytocase soja : 5 boîtes
- Gélose Mueller Hunton : 8 boîtes
- Gélose Mc Conkey: 5 boîtes
- Gélose Hectohen : 5 boîtes
- Gélose TM : 5 boîtes
- Gélose TCBS : 5 boîtes
- Kits méningo : 4000 échantillons
- Disques à l'optochine : 5 boîtes
- Disques à l'oxydase : 5 boîtes
- Glucose : 5 boîtes
- Lactose : 5 boîtes
- Maltose : 5 boîtes
- Galeries API : 5 boîtes
- Sérum agglutinant pour le sérotypage : 5 boîtes

2. Besoins annuels en matériels et consommables

A. Sérologie

- embouts pipette jaunes (0 à 200 µl) : 25.000 cônes
- embouts pipette bleus (1000 µl) : 5.000
- gants en latex : 45.000 (dont 35.000 pour les laboratoires de l'intérieur)
- microtubes 2 ml : 7.000
- vacutainers (kits prélèvements sanguins) : 2.200 unités
- minuteurs : 2
- réfrigérateurs : 7 (dont 6 pour les régions)
- pipettes Pasteur : 1.750
- pipettes Eppendorf : 2 de 10-200µl, 2 de 100-1000µl, 2 multicanaux (8)

B. Microbiologie

- Microscopes : 37 (dont 35 pour les régions)
- Etuves à 37°: 7 (dont 6 pour les régions)
- Etuves à 50°: 7 (dont 6 pour les régions)
- Bain-marie : 7 (dont 6 pour les régions)
- Autoclaves : 7 (dont 6 pour les régions)
- Congélateur à -80°: 1
- Hotte : 1
- Boîtes Pétri à uu : 10.000
- Container thermoprotecteur : 84 (y compris régions)

4.1.3.3. Gestion des médicaments, réactifs et consommables

Les vaccins, provenant de l'UNICEF (aucune contribution étatique), sont stockés dans la chambre froide de la DIVEPID à la CAMEG ; la DIVEPID coordonne ensuite la ventilation dans les régions selon les besoins. Si

une commande spécifique de vaccin anti méningococcique est effectuée, dès que les fonds sont débloqués par un bailleur, ils suivent le même circuit.

En matière de médicaments, la DIVEPID fait ses commandes à la CAMEG. Dès livraison, la DIVEPID assure la ventilation dans les régions une fois par trimestre. La région, après avoir constitué un stock de sécurité, livre les districts (en une fois ; une fois par trimestre pour les vaccins).

Pour les réactifs et consommables de laboratoire, l'INH assure la distribution dans le réseau des laboratoires.

Les consommables (tels que les seringues) suivent le même circuit que les vaccins.

Une des contraintes majeures est la grande difficulté, vu la rareté des ressources financières, de constituer des stocks de sécurité au niveau central, régional et préfectoral. Il existe donc une forte vulnérabilité lors de l'émergence d'une crise épidémique.

4.1.3.4. Cas particulier du secteur privé

Aucune donnée n'a pu être collectée sur le secteur privé, lié au fait que son implication dans la surveillance et le contrôle des épidémies est très limitée dans la capitale, la collaboration étant plus effective dans les régions.

Un plan de mobilisation sociale (secteur privé, communautés) en matière de surveillance, prévention et riposte doit être mis en œuvre avant fin 2003 dans la région de Lomé Commune.

4.2 Niveau intermédiaire et périphérique

4.2.1 Inventaire des ressources

Si l'inventaire complet des ressources aux niveaux régional et périphérique pour la surveillance épidémiologique n'a pu être détaillé faute d'un système global de recensement, d'une manière générale, on relève de nombreuses difficultés :

Ressources humaines

■

Qualification	Existant			Financement du salaire	Besoins			Ecart		
	DRS/DPS	INH	TOTAL		DRS/DPS	INH	TOTAL	DRS/DPS	INH	TOTAL
Médecin SP	6 (régions)	0	6	Etat	12	0	12	-6	0	-6
Tech. Labo (20% temps actuellement à l'INH pour le SNAP)	0	35 (7)	(7)	Etat	0	35 (7)	(7)	0	0	0
Biologiste	nd	1	1	Etat	0	1	1	0	0	0
Autres catégories de personnels	nd	nd	nd		nd	nd	nd	nd	nd	nd
total	6	(8)	14		12	8	20	-6	0	-6

4.2.2 Forces et faiblesses

Forces

- directives diffusées partout et exposés faits lors des réunions avec les régions et les districts. Les réunions mensuelles (niveau préfecture/district) et trimestrielles (niveau région) se déroulent régulièrement ; mais la qualité du contenu est variable (et certains DRS et DPS ont peu diffusé les modules de formation)
- Les formations des directeurs de PEV, DPS et infirmiers chefs de poste ont considérablement amélioré les pratiques, notamment en termes de complétude et de promptitude des PFA

Faiblesses

a) Insuffisance de personnel et perte de mémoire institutionnelle par turn-over important

- Depuis 1988, pas de réels recrutements, simples « régularisation » de contractuels ; or 400 à 600 agents partent annuellement à la retraite. Heureusement, il y a eu des recrutements locaux (sur fonds des COMités de GESTion) au niveau des formations sanitaires. Mais il y a des limites avec la pauvreté de la population. L'avantage de ces recrutements a été l'embauche de personnels qualifiés, en fait intégrés avec le concours de 1998. Les résultats du concours 2002 toujours attendus ; en fait 50% des reçus seraient déjà dans le circuit.
- un seul DRS associé à tout ; il ne peut tout faire. Les DRS ont de multiples « casquettes » et n'ont pas le temps de tout faire, notamment les supervisions formatives. Il faudrait deux médecins au niveau régional
- Brièveté du temps d'affectation d'un DPS (rarement plus de 6 mois) ; d'où perte de mémoire institutionnelle. Et les DPS seuls alors qu'il en faudrait deux par préfecture (ils passent près de 50% de leur temps à faire de la clinique)
- Grande mobilité également chez les personnes chargées de la surveillance épidémiologique
- Les ECR et ECD sont rarement conformes à la théorie, tant au plan quantitatif que qualitatif. Problème extrême de ressources humaines dans la région des Savanes : pas d'équipe qualifiée autour du DRS

b) L'insuffisance de formation continue qualifiée de cadres supérieurs et intermédiaires

- Il faudrait former plus de DPS en santé publique. Actuellement 2 ou 3 par an à Cotonou (1 an, 15.000 USD). Il faudrait en former 5 par an en Santé Publique et 2 par an en épidémiologie. De même, formation EPIVAC (1 mois de formation, puis reviennent dans le district pour la pratique, et modules d'enseignement à distance). Pour les cadres intermédiaires, comme le DPS a peu de temps pour faire de la formation, il faudrait envoyer plus de gens à la formation d'une année OMS à Lomé (8.000 USD/an). Actuellement 5 Togolais par an et il en faudrait 24.

Des demandes minimales de formation en logiciels informatiques ont été exprimées (cf tableau suivant).

Qualification	Nombre de personnels concernés	Types de logiciels	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
<i>Médecin Santé Publique</i>	6	<i>EPIINFO, Excel, EpiMap, Access, SPSS</i>		
<i>Opérateurs de saisie</i>	<i>41 (6 régions et 35 préfectures)</i>	<i>Microsoft Office (Word, Excel), Epiinfo, tableur, grapheur</i>		

Les autres besoins de formation pour le niveau périphérique sont les suivants (dans la mesure où les personnels requis sont affectés) :

Qualification	Nombre de personnels concernés	Nature de la formation	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
<i>Médecin Santé Publique</i>	6	<i>EPIVAC et IDEA/Afrique (1 mois)</i>		
<i>Tech. Labo</i>	35	<i>Techniques bactériologie</i>		<i>Formations par experts nationaux</i>

Ressources financières

Les contraintes en la matière ont été déjà été évoquées dans le chapitre financement central/général.

Ressources matérielles/équipements

Un inventaire partiel montre l'étendue des besoins non satisfaits (cf tableau suivant).

	<i>Existant</i>	<i>F ou NF</i>	<i>Financement</i>		<i>Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)</i>	<i>Besoins</i>	<i>Ecart</i>
	<i>(nombre + nom pour les logiciels)</i>		<i>matériel neuf (Etat ou partenaires)</i>	<i>frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)</i>		<i>(nombre + nom pour les logiciels)</i>	
	<i>DRS/DPS</i>					<i>DRS/DPS</i>	<i>DRS/DPS</i>

<i>Desktop</i>	23	23F?	OMS?	<i>Etat et OMS</i>	<i>non</i>	41	18
<i>Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo</i>	<i>Microsoft Office (Word, Excel)</i>		OMS	<i>Etat et OMS</i>	<i>non</i>	6 EpiInfo et 6 EpiMap	
<i>Imprimante</i>		23F?	OMS	<i>Etat et OMS</i>	<i>non</i>	41	18
<i>Véhicule</i>		23F?	OMS/Rotary	<i>Etat et OMS</i>	<i>non</i>	41	18
<i>Moto</i>		0*	OMS/Rotary	<i>Etat et OMS</i>	<i>non</i>	120	120

* en location-vente sur 5 ans ; amortis (mais problèmes importants de gestion antérieure...)

▪ Médicaments, vaccins, réactifs et consommables

Les contraintes en la matière ont été déjà été évoquées dans le chapitre financement central/général.

4.3 Niveau sous régional

Points et exemples positifs passés

- un exemple positif est le groupe sous-régional de GAVI (avec toutes les institutions) ; ceci marche pour la vaccination et pourrait servir d'exemple pour la surveillance/échange d'informations
- la réunion sous-régionale d'octobre 1996 au Burkina (OMS) était un excellent tremplin pour des actions coordonnées au niveau sous-régional
- 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, associe 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 : échange de données, d'expériences, ...
- Echanges fréquents de médicaments entre les centrales d'achat du Bénin et du Togo
- En 1999, pour une épidémie de dysenterie, le Togo a fait appel, avec l'appui de l'OMS, au Sénégal pour avoir de l'acide nalidixique (car le Cotrimoxazole mis en œuvre dès le premier cas était inefficace) ; reçu en une semaine
- Selon un intervenant, la surveillance et le contrôle épidémique au Burkina pourrait constituer un bon exemple

Contraintes enregistrées ou prévisibles

- actuellement, si une épidémie se déclare dans un département, le bureau sous-régional OMS peut sans problème mobiliser des expertises techniques ; par contre, grandes difficultés pour dégager des moyens financiers
- très peu d'actions concrètes au décours de la réunion au Burkina en 1996
- les conclusions des rencontres transfrontalières sont très insuffisamment répercutées. Il faudrait des synthèses sous forme papier distribuées aux acteurs impliqués.
- il faudrait déjà des organisations nationales opérationnelles pour qu'une coordination sous-régionale soit fonctionnelle
- Pas de structure régulatrice sous-régionale (sous-stocks dans certains pays, sur-stockage avec risques de péremption dans d'autres ; prêts/dons impossibles, aucune garantie de paiement a posteriori n'existant actuellement au Togo. Il faudrait donc assurer une régulation des stocks entre pharmacies d'approvisionnement (exemple de surstockage actuel de DTCoq au Cameroun). Mais qui et comment ?
- Insuffisante coordination entre tous les organismes régionaux (OMS, UMOA, CDEAO/OOAS, etc.)
- Peu de bailleurs prêts à soutenir des réunions techniques trans-frontalières de proximité (préparation et riposte)
- Les initiatives sous-régionales ont beaucoup de difficultés à s'inscrire dans la durée. Pour exemple, 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.

Besoins et suggestions

a) Propositions générales

Il faudrait, au niveau sous-régional :

- (i) disponibilité de médicaments et de matériel ; un stock sous-régional devrait être mis en place (2 propositions) pour éviter commandes à Copenhague...)
Dans le même ordre d'idée, une proposition alternative d'un réseau régional des centrales d'achat. Ceci signifie déjà que les centrales nationales marchent, avec harmonisation au niveau sous-régional (approvisionnement, circuits, médicaments de réponse épidémique, prix, ...). Quand une épidémie est prévisible (période connue), commande groupée inter-pays afin de faire chuter les prix, avec entente sur les produits et les fournisseurs. L'UMOA creuse actuellement cette solution au niveau ouest-africain mais les premiers résultats concrets sont fort mitigés
- (ii) base de données commune sous-régionale régulièrement actualisée. Un site web où toutes les données recueillies seraient disponibles serait très intéressant. On pourrait notamment partager les informations sur l'état des stocks (pour éviter de passer de la sécurité à la pénurie)
- (iii) une coordination entre l'OOAS, l'UMOA, l'OMS (il semblerait que l'UMOA ou la CDAO ait récemment fait une étude sur le même thème de la surveillance au niveau sous-régional ?)
- (iv) chaque année, organiser des rencontres transfrontalières, sous-régionales. Selon un intervenant, une réunion OMS/UNICEF annuelle avec des représentants de chaque pays pour discuter de la répartition des moyens, des modalités et principes de mise en œuvre. Pour un autre intervenant, 3 à 4 réunions avec DPS des pays contigus, sans formalisme protocolaire, pendant une journée ; au niveau opérationnel, des réunions annuelles avec Ghana, Burkina, Togo, Bénin suffisent. Pour les directeurs centraux, une réunion annuelle avec plusieurs pays de la sous-région.
- (v) des fonds souples et des stocks régionaux
- (vi) créer une « assurance santé régionale » avec des fonds communs financés par un prélèvement à toutes les frontières UMOA. Ceci irait directement sur un compte « vaccins, médicaments et matériels UMOA » et ceci pour toute l'Afrique occidentale. Ceci permettrait l'achat d'un stock sous-régional et l'envoi rapide et gratuit aux pays en cas d'urgence. Ceci permettrait d'éviter le plaidoyer, les réunions du CCIA, etc...
- (vii) Il faudrait une solidarité sous-régionale : exclure les projets sociaux des embargos financiers et appuyer les pays en difficulté. Les bureaux sous-régionaux OMS et UNICEF pourraient avoir un plan d'action annuel en faveur des pays les plus défavorisés, ainsi qu'un fonds de réserve pour répondre aux événements exceptionnels.

b) Institutions sous-régionales proposées

- (i) un centre régional possible serait celui de l'OCP (centre pluri-pathologique OMS, centre de surveillance intégrée et pôle d'excellence (laboratoire de référence). Il faudrait une institution disposant de logistique, située dans un « hub » aérien, disposant de moyens de communication (existants à l'OCP). Egalement proposés, en matière de laboratoire de référence : CHU Abidjan, Ghana Institute ou Institut Pasteur Dakar
- (ii) pour les bases de données, AFRISTAT (Observatoire Economique et Statistique d'Afrique subsaharienne), inter-Etat/UE/France, basé à Bamako (Mali). Proposition également de renforcement de l'OMS par les partenaires ; dans le même ordre d'idée, appui pour surveillance du bureau sous-régional OMS
- (iii) problèmes de ressources humaines et financières à l'OOAS. Pour un autre intervenant, « se cherchent » dans le domaine sanitaire, même si un volet existe sur ce thème. Pour un autre, scepticisme vis à vis d'un organisme inter-étatique, surtout dans cette période de crises économiques des Etats...
- (iv) En matière de formations :
 - Santé Publique 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 d'une année OMS à Lomé (8.000 USD/an)
- (v) pour l'approvisionnement sous-régional, PNA du Burkina

AU TOTAL :

A noter que nombre de proposition sur les prestations attendues reprennent les lignes directrices ayant émané de la rencontre des ministres de la santé des pays d'Afrique de l'Ouest, de l'Algérie et du Tchad tenue avec l'appui de l'OMS à Ouagadougou en octobre 1996, et du protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans ces pays signé à cette occasion.

Sont souhaitées la coordination et la réponse sous-régionale en matière de :

1. Approvisionnement/distribution/régulation en vaccins, matériels, médicaments, notamment en contexte de crise épidémique. Un stock de sécurité sous-régional serait constitué, abrité par une structure bénéficiant de procédures souples facilitant une réponse rapide. Une Centrale d'Achat performante, appartenant au réseau des Centrales d'Achat existant (auquel appartient la CAMEG) -qui serait ainsi renforcé- pourrait assurer cette prestation. La PNA du Burkina Faso a été proposée.

Des commandes groupées régionales, actuellement à l'étude par l'UMOA, pourraient être également facilitées par un tel montage.

2. Un financement solidaire, alimenté par une taxation lors des passages aux frontières (sur le modèle du financement de l'UMOA) a été proposé.

3. Coordination de la surveillance épidémiologique au niveau régional et gestion d'expertises techniques à la demande des pays. Les équipes sous-régionales OMS sont plutôt évoquées pour remplir ce rôle, qui devraient être renforcées quantitativement. La fluidité entre « blocs » différents devrait être assurée (Tchad, par exemple, appartenant au « bloc » Afrique Centrale)

4. Laboratoire de référence sous-régional, assurant le contrôle externe de qualité. Le laboratoire de référence 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 ont été cités dans les propositions

5. Centre régional de maintenance. Aucune structure n'a été désignée

Ces différentes structures d'appui sous-régional devraient naturellement travailler en parfaite synergie.

Enfin, le financement de rencontres trans-frontalières a été fréquemment recommandé. Plus que des réunions formelles multi-étatiques (qui pourraient se réunir annuellement ou de manière biennale), des rencontres régulières de proximité entre responsables et techniciens de districts contigus a été sollicitée.

L'UMOA et la CDEAO/OOAS ont également été, à degré moindre, évoquées. Toutefois, l'OOAS est jugée, à ce jour, comme cherchant encore sa place dans le paysage sous-régional, et pâtit probablement des échecs antérieurs d'organisations inter-étatiques financées de manière erratique par les Etats (OCCGE par exemple).

5 STADE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE SURVEILLANCE INTEGREE

Le Togo est actuellement au stade 0 en matière de stratégie de surveillance intégrée, pour les raisons décrites ante. 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.

Par contre, revue du PEV (2001), plan stratégique 2002-2005 et plan d'action 2003 du PEV ont été réalisés.

6. EXPERIENCES VECUES

Epidémie de méningite en 1997 dans la région des Savanes, choléra dans la région des Savanes en 2000, épidémies de choléra dans la région Centrale en 2000 et 2001.

Acquis

- Intéressantes initiatives de partenariat, échanges, synchronisation de la réponse entre districts voisins de part et d'autre de la frontière (Ghana, Burkina, Bénin) en prévention des crises et lors de la survenue de ces dernières.
- Comités multisectoriels de riposte (au niveau central, régional, préfectoral) et personnels faisant preuve d'une bonne réactivité quand ils disposent des moyens nécessaires
- Des formations croisées entre programmes au sein des ASC et de la population ont été engagées. Il faut profiter des moyens d'un programme pour aborder d'autres thèmes
- De manière plus détaillée :
 - - En 1998, pour l'épidémie de choléra dans les Savanes, échanges avec le Burkina Faso et le Ghana avec une réunion tripartite à Ouagadougou

- En 2000, (choléra), collaboration plus renforcée. Par exemple dans le district de Tone (Savanes), échantillon transfrontaliers entre infirmiers, qui référaient ensuite à leurs Directions Régionales respectives. D'où plan d'action conjoint, réunions transfrontalières, comités locaux. Ceci avait été facilité par l'OMS, financé par l'OMS et les COGES
- Surveillance et réponse bien structurée dans la région Centrale. Les situations de crise ont été bien gérées. Ceci est dû à l'implication personnelle du préfet et du bon fonctionnement du Comité de suivi élargi ; les imams eux aussi se sont associés et ont introduit des prêches adaptés à la mosquée (ceci pour les épidémies 2001 et 2002 de choléra). Le comité se réunit en pré-crise (méningite attendue) et pendant les crises.
Il existe des consignes écrites pour les comités de crise ; des ajouts ont été effectués pour les spécificités de la Région Centrale. Toutes ces directives avaient été formalisées par écrit et étaient basées chez le DRS.

Difficultés

- Retards de déclaration (3 semaines) : en 1997 (méningite, Savanes) ; en 2001 (cas hospitalier, choléra, Centrale).
- Insuffisante capacité (en temps, en matériel, en compétences) de l'analyse pour une prise rapide de décision au niveau local (district/région)
- Problème de déplacements des personnels de part et d'autre des frontières pour informations informelles. Il serait préférable de formaliser ces échanges
- Grande insuffisance des stocks de sécurité en vaccins, médicaments, consommables ; raisons essentiellement financières. Etat et bailleurs plus investis dans la résolution d'une crise que dans la préparation/prévention de cette dernière.
- Faible efficacité de la prise en charge des cas ; directives insuffisamment utilisées ; insuffisante qualification du personnel, méritant formation/recyclage/supervision.
- Insuffisante mobilisation sociale ; raisons financières et structurelles (SNIEC et ses antennes régionales sans politique stratégique nationale, sous-financés ; cercle vicieux SNIEC/cellules IEC dans chaque programme à rompre)
- Dans la région centrale, pbs lors de gestion de crise liée à l'absence de directives du niveau central quant à la gestion des ressources (vaccins) dans le temps. Circuits de financement et modalités de sécurisation d'une partie des fonds pour préparer la prochaine crise non spécifiés. De plus, les vaccins et seringues auto-bloquants (maintenant gratuits) étaient payants à cette époque et certains en ont fait commerce, faisant tout payer (et élargissant du coup les personnes autour du cas prioritaires...). Il faut donc assurer la gratuité totale de la vaccination et faire des campagnes d'information auprès du public pour éviter ces dérives
- L'Etat a refusé de remettre l'alimentation en eau en pleine épidémie de choléra en 2001 dans la Région Centrale car les sommes dues de l'utilisation des bornes-fontaines avait été détournées par un responsable local...

7 CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

Au total, cet inventaire révèle :

- (i) des contraintes fortes de ressources humaines, matérielles, financières
- (ii) aggravées par des insuffisances de coordination et de répartition des tâches, notamment en matière d'information sanitaire
- (iii) une dépendance forte, tant en termes d'investissement que de fonctionnement, aux partenaires extérieurs, le budget étatique étant singulièrement faible en matière de surveillance et de contrôle des épidémies. Ceci est une simple traduction de la faiblesse du financement étatique de la santé au Togo

En matière d'appui sous-régional, d'intéressantes propositions ont été faites par les intervenants rencontrés. Mais la plupart d'entre eux soulignent la nécessité préalable d'un engagement de l'Etat.