

Équipe de renforcement
de la préparation à la
maladie à virus Ebola

Visite de pays au Togo

24 novembre-1 décembre 2014



**Organisation
mondiale de la Santé**

Tous droits réservés.

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

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

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

Les opinions exprimés dans ce document ne représentent pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

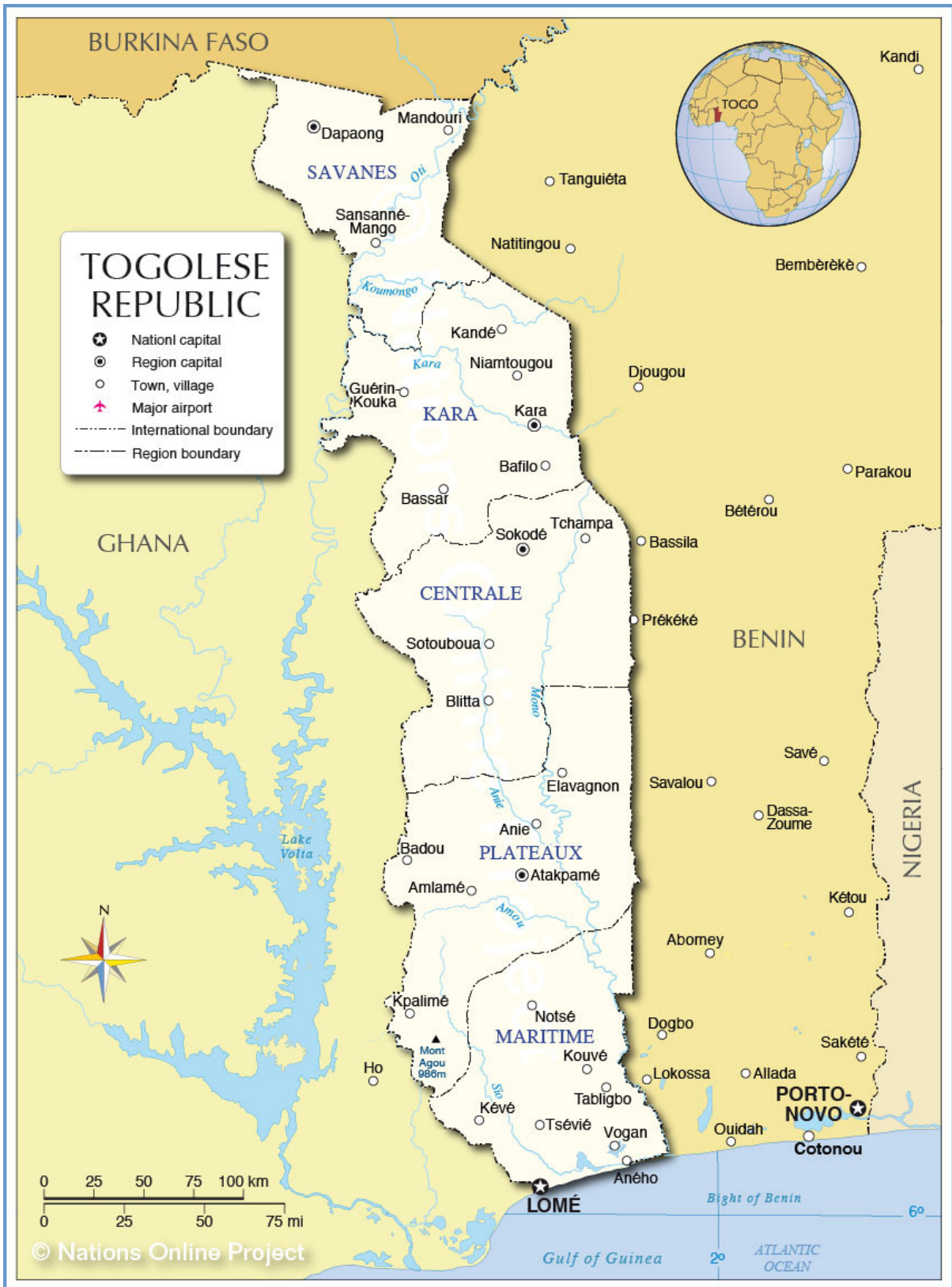


TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	5
RÉSUMÉ.....	6
EXECUTIVE SUMMARY	9
INTRODUCTION.....	12
OBJECTIFS DE LA MISSION	13
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE LA MISSION.....	14
ACTIVITÉS RÉALISÉES	15
ÉVALUATION.....	17
COMPOSANTE 1 : COORDINATION GLOBALE	17
COMPOSANTE 2 : ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE	19
COMPOSANTE 3 : SENSIBILISATION DU PUBLIC ET OBTENTION DE LA PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS... 20	
COMPOSANTE 4 : PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS	23
COMPOSANTE 5 : PRISE EN CHARGE DES CAS	24
COMPOSANTE 6 : SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	27
COMPOSANTE 7 : RECHERCHE DES CONTACTS	28
COMPOSANTE 8 : LABORATOIRES.....	30
COMPOSANTE 9 : MOYENS AUX POINTS D'ENTRÉE	32
COMPOSANTE 10 : BUDGET GLOBAL POUR LA PRÉVENTION DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA.....	33
CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES.....	35
IMMÉDIAT	37
À 30 JOURS	37
À 60 JOURS (ou 90 JOURS lorsqu'indiqué entre parenthèses)	38
ANNEXES	40

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : Arrêté portant création du Comité de gestion de la maladie à virus Ebola
- ANNEXE 2 : Affiche de sensibilisation de la population et d'information sur la ligne verte
- ANNEXE 3 : Définition de cas utilisée dans les directives nationales
- ANNEXE 4 : Algorithmes utilisés dans la surveillance
- ANNEXE 5 : Fiche proposée dans les directives nationales pour l'investigation des cas
- ANNEXE 6 : Fiche de renseignements utilisée au niveau des points d'entrée
- ANNEXE 7 : Formulaire utilisé pour le suivi des cas contacts

ANNEXE 8 : Fiche proposée dans les directives nationales pour le suivi des contacts

ANNEXE 9 : Accord de collaboration dans le cadre du réseau RESAOLAB

ANNEXE 10 : Exemple de convention RESAOLAB pour la Guinée

ANNEXE 11 : Résumé des visites de terrain du 26 novembre

ANNEXE 12 : Notes relevées lors de l'exercice de simulation sur table et de l'examen de la liste de contrôle

ANNEXE 13 : Évaluation de l'exercice de simulation et améliorations suggérées par les participants

REMERCIEMENTS

L'équipe de la mission souhaite exprimer sa reconnaissance toute particulière au Dr Lucile Marie Imboua, Représentante de l'OMS au Togo, au Dr Mamadou Drave et Komla Tamakloe et à toute l'équipe du bureau de l'OMS à Lomé pour leur soutien durant ce travail. Nos remerciements sont également adressés aux Autorités du Togo et à tous les collègues qui ont su se rendre disponibles et patients pour notre travail.

Finalement nous tenons à reconnaître le travail de nos collègues Carolyn Mokoya, Melissa Bingham, Paolo Costa, qui, depuis Genève ou ailleurs, ont assuré un appui constant au déroulement de cette mission.

RÉSUMÉ

Une mission d'appui regroupant des experts diligentés par l'OMS Genève, le Bureau régional de l'OMS, et le Ministère français des Affaires étrangères s'est rendu au Togo du 24 Novembre au 1^{er} décembre 2014 pour aider le pays dans la mise en place de son plan de prévention et de riposte à une éventuelle épidémie de maladie à virus Ebola. L'équipe d'appui a travaillé avec les acteurs du niveau national et des partenaires techniques et financiers au niveau du pays.

Cette mission a utilisé une méthodologie comprenant une revue des documents disponibles (plan de riposte national, directives des différentes cellules thématiques, documents techniques), l'organisation d'un exercice dit « de simulation » regroupant les parties concernées, l'utilisation d'une liste de contrôle consolidée et standardisée permettant d'explorer les dix composantes de la préparation et la riposte, des visites ciblées et des discussions spécifiques lorsque nécessaires. Ce rapport résume les forces et les faiblesses observées pour chacune des composantes et propose des recommandations en lien avec les stratégies préconisées par l'OMS pour prévenir et combattre la maladie à virus Ebola.

La mission recommande fortement d'opérationnaliser la structure de gouvernance spécifique pour Ebola qui est en place et qui est conforme aux recommandations de l'OMS. Le Comité de gestion, formé par voie réglementaire, a la légitimité pour mener les activités de préparation contre la maladie, et les différentes cellules thématiques ont un mandat approprié. Un comité de crise doit être mis en place au niveau du Ministère de la santé pour coordonner les interventions en cas d'épidémie.

Il convient maintenant de donner à cette structure les moyens de fonctionner, en termes de délégation d'autorité, de planification stratégique et budgétaire, de coordination avec les autres ministères et avec les partenaires techniques et financiers. La création prochaine d'une cellule de gestion et d'administration facilitera cette évolution. Il convient également de confirmer dès à présent le rôle de ce comité si des mécanismes de gestion de catastrophe (ORSEC ou plan multisectoriel Africom) devaient être activés.

Un plan national de préparation et de riposte contre la maladie à virus Ebola a été élaboré et budgétisé. Les cellules ont mis au point des directives concrètes et adaptées, et doivent maintenant prioriser les composantes du plan de riposte, organiser les activités et ajuster le budget en conséquence. De fait, le budget, jugé modeste par rapport au chantier à entreprendre, devrait être hiérarchisé par niveau d'importance dans le temps, afin de mieux faire apparaître les actions prioritaires, les ressources existantes et les opportunités en espèces ou en nature. L'opérationnalisation du plan serait alors clarifiée et plus compréhensible pour les partenaires techniques et financiers, qui doivent être associés à ce travail à travers la plateforme de concertation prévue dans l'arrêté portant création du Comité de gestion. Cette plateforme doit être redynamisée. Enfin, le plan et les activités qu'il engage doivent être vus comme une opportunité de renforcer les services de santé du Togo, et le budget doit en partie inclure des investissements structurels et fonctionnels.

De manière générale, et toujours dans l'objectif d'opérationnalisation du plan, il est recommandé de traduire les directives, bien connues des différents acteurs, en modes opératoires standardisés (MOS) donnant des instructions facilement compréhensibles, reproductibles et sécurisantes. Un programme de formations spécifiques orienté vers les différents types d'interventions et d'intervenants doit accompagner ces instructions. Le pays doit solliciter l'aide d'experts internationaux lorsque nécessaire pour ces formations. Certains besoins sont plus particulièrement mentionnés dans les lignes suivantes.

Pour aider à la mise en place des équipes d'intervention rapide, il est proposé d'établir leur mandat, de préciser leur composition et leurs moyens logistiques et de prévoir des formations complémentaires comprenant des exercices de terrain et des modules avancés en particulier sur la protection individuelle et la biosécurité.

Il convient d'élaborer le plan national de communication sur les risques de la maladie à virus Ebola et de mettre en œuvre un mécanisme de coordination de l'ensemble des activités de mobilisation sociale au niveau national. L'engagement de la communauté, des chefs de village, des autorités locales, des tradipraticiens et des acteurs de la société civile dans les activités de surveillance (détection des cas, suivi des contacts) apparaît comme un maillon faible dans les activités de préparation observées jusque-là. Les organisations de la société civile et les ONG peuvent être des partenaires de première importance pour l'implication des communautés, si toutefois leur contribution est sollicitée et bien précisée.

Il est urgent d'approfondir les formations sur l'hygiène, les précautions universelles et les spécificités de la protection vis-à-vis du virus Ebola pour le personnel soignant et les agents pouvant être en contact avec des malades. Il convient de rendre rapidement fonctionnelles les unités d'isolement envisagées dans le Plan. Le premier site d'isolement, dans l'enceinte de l'hôpital universitaire Campus, conviendrait également comme centre de traitement, d'autant qu'il a la capacité d'être agrandi. L'option d'un centre de traitement Ebola hors de la ville (à 25 km de Lomé) ne semble pas pertinente à la mission et soulève de nombreuses difficultés détaillées dans ce rapport. Le rapport énumère un certain nombre de points qui devraient être pris en compte pour la construction de tels centres, les systèmes d'approvisionnement et les règles d'usage, les besoins concernant les ambulances, le personnel, la gestion des déchets, etc. Enfin, il convient d'identifier des lieux d'inhumation pas trop éloignés des sites désignés et de continuer à préparer les équipes d'enterrement dans les districts. Les populations aux alentours doivent être sensibilisées et leur approbation obtenue pour toutes ces décisions d'implantation.

Pour renforcer la surveillance épidémiologique, les directives doivent là encore être traduites en un protocole standard touchant toutes les structures du système public, du système privé et si possible du système traditionnel. Les définitions de cas doivent être spécifiées et diffusées dans les langues locales. Le système de modification des cas suspects doit être consolidé, y compris à travers l'utilisation du numéro vert (111) sur laquelle la mission a fait quelques recommandations. Les aspects pratiques du suivi des cas contacts doivent être revus. Avec l'aide des partenaires impliqués, tels que la Croix-Rouge togolaise, les équipes de recherche des contacts doivent être formées suivant des protocoles spécifiques de l'OMS à adapter pour le pays, et dotées des ressources nécessaires.

À ce jour, le Togo ne dispose pas de capacité de diagnostic pour la maladie à virus Ebola, et envoie ses échantillons à Accra ou à l'Institut Pasteur de Lyon en France. Il convient de consolider les accords d'envois de ces échantillons et d'augmenter le nombre d'équipes capables de réaliser des prélèvements de manière sécurisée.

Les points d'entrée aérien et maritime sont bien organisés et équipés. Les points d'entrée terrestres restent très perméables. Il faut s'assurer que les quantités des équipements de protection individuelle (EPI) et des kits de prélèvements sont en nombre adéquat et que le personnel est capable de les utiliser selon les recommandations. Les lieux d'isolement transitoire au niveau des formations médicales doivent être évalués et mieux préparés. Les procédures pour les mesures sanitaires et les EPI doivent être connues et testées. Pour les

points terrestres, les postes sanitaires sont limités aux postes-frontières contrôlés, et leurs moyens sont insuffisants.

La mission considère que des appuis techniques seront indispensables pour accompagner le pays dans la mise en œuvre des actions identifiées. Beaucoup de ces actions sont à mettre en œuvre au plus vite. La mission considère que le pays est aujourd'hui vulnérable, mais qu'une amélioration significative pourrait être obtenue rapidement avec l'opérationnalisation du plan. Le bureau de l'OMS au Togo reste disponible pour aider les autorités togolaises dans la mise en œuvre du plan de riposte et dans la coordination avec les partenaires techniques et financiers.

EXECUTIVE SUMMARY

A support mission bringing together experts from WHO in Geneva, the WHO Regional Office for Africa, and the French Ministry of Foreign Affairs visited Togo from 24 November to 1 December 2014 to help the country implement its plan to prevent and respond to a possible epidemic of Ebola Virus Disease (EVD). The support team worked with national stakeholders and technical and financial partners at the country level.

The mission adopted a methodology consisting of a review of the available documentation (national response plan, instructions from various thematic units, technical literature), the organization of a simulation exercise bringing together the relevant stakeholders and technical and financial partners, the use of a standardized checklist to explore the 10 preparedness and response components, ad hoc visits, and subject-specific discussions where necessary. At the same time, at the request of the national authorities, the mission trained the recently established rapid response teams.

The mission strongly recommends that the existing Ebola-specific governance structure be made operational and brought into line with WHO recommendations. The Management Committee, which was established by regulation, has the authority to conduct preparedness activities in the area of disease control, and the various thematic units have appropriate terms of reference. An Emergency Committee should be established at the Health Ministry to coordinate interventions in the event of an epidemic.

This structure should now be given the resources to conduct operations, in terms of delegation of authority, strategic and budget planning, and coordination with other ministries and technical and financial partners. The imminent establishment of a management and administration unit will facilitate this development. Thought should also be given at the present time to the role of this Committee if disaster management mechanisms (national emergency plan or the AFRICOM multisectoral plan) need to be activated.

A national EVD preparedness and response plan has been developed and budgeted for. The units have developed specific and targeted guidelines and must now prioritize the components of the response plan, organize activities and adjust the budget in consequence. The budget is somewhat modest considering the scale of the task; it needs to be prioritized in terms of time frames so as to place more emphasis on priority actions, existing resources and opportunities in cash or in kind. The operationalization of the plan would thus be clarified and more readily comprehensible to the technical and financial partners, who need to be involved in this work through the coordination platform envisaged in the decree establishing the Management Committee. The role of this platform needs to be given new impetus. Lastly, the plan and the activities it envisages should be seen as an opportunity to strengthen the Togolese health services, and the budget should therefore make some provision for structural and functional investments.

Generally speaking, and also with the objective of operationalizing the plan, it is also recommended that the guidelines familiar to the various stakeholders should be converted into Standard Operating Procedures (SOPs) that give readily comprehensible and replicable instructions that offer a broader range of safeguards. These instructions should be accompanied by a targeted training programme geared to the various types of interventions and stakeholders. Togo should seek the assistance of international experts for this training, where necessary. Some of the needs are highlighted below.

To facilitate the establishment of rapid response teams, it is proposed to set out clearer terms of reference, define the composition of the teams and the logistical resources available to them, and make provision for

additional training including field exercises and advanced modules, for example on personal protection and biosafety.

Attention should be given to developing the national plan for communicating the risks associated with EVD and establishing a mechanism to coordinate all social mobilization activities at national level. The involvement of communities, village chiefs, local authorities, traditional healers and civil society in surveillance activities (case detection, contact tracing) is a weak point in the Ebola preparedness activities observed to date. Civil society organizations and NGOs can be vitally important partners in promoting community involvement, provided their contribution is sought and appropriately targeted.

There is an urgent need to expand training on hygiene, universally applicable precautions and specific aspects of protection against Ebola virus for health workers and persons coming into contact with patients. The isolation units provided for in the plan should be made operational with immediate effect. The first isolation site on the campus of the university hospital could also serve as a treatment centre, considering that it has the capacity to be expanded. The mission does not consider the option of siting an Ebola Treatment Centre (ETC) outside the city (25 km from Lomé) to be workable as it give rise to a number of problems, as detailed in this report. The report describes a certain number of issues that should be borne in mind at the construction stage, supply systems and standard procedures, and requirements regarding ambulances, personnel, waste management, etc. Lastly, burial sites should be identified close to the designated ETC sites and ongoing efforts should be made to prepare burial teams at district level. People living nearby should be made aware of these developments and their approval sought for all decisions regarding burial sites.

In order to strengthen epidemiological surveillance, the existing guidelines should also be converted into a standard protocol applicable to all public and private health-care facilities and, if possible, the traditional health-care system. Case definitions should be specified and disseminated in local languages. The system for reporting suspected cases should be strengthened, including through the use of the hotline number (111), regarding which the mission made a number of recommendations. Practical aspects of contact case monitoring should be reviewed. With assistance from partners, for example the Togolese Red Cross, contract tracing teams should be trained in accordance with the Ebola-specific protocols issued by WHO, suitably adapted to the national context, and provided with the necessary resources.

At the time of writing, Togo lacks EVD diagnostic capacity and sends specimens to Accra or the Pasteur Institute at Lyons in France. The agreements regarding shipment of these specimens need to be tightened up and the number of teams capable of taking specimens in a safe manner should be increased.

Air and maritime points of entry are well organized and equipped. Ground crossings are still very porous. It is important to check that stocks of personal protective equipment (PPE) and specimen-taking kits at points of entry are sufficient in number, and to ensure that staff are capable of using them in accordance with recommendations. Temporary isolation units in medical facilities need to be evaluated and better prepared. Procedures for health measures and PPE should be known and tested. At ground crossings, health posts exist only at manned checkpoints, and the resources at their disposal are clearly insufficient.

The mission believes that technical support will be essential to help Togo implement all the identified interventions. Many of these interventions will need to be implemented as rapidly as possible. The mission is of the view that Togo is currently vulnerable, but that significant improvements could be made very quickly if

the plan is operationalized. The WHO Country Office in Togo stands ready to assist the national authorities in implementing the response plan and coordinating with technical and financial partners.

INTRODUCTION

Le Togo est un vaste carrefour d'échange entre les pays de la sous-région, avec son important centre de connections aériennes, son port très actif, un trafic routier intense le long de la côte et des mouvements de personnes qui souvent partagent les mêmes références sociales et culturelles avec les autres pays. La principale compagnie aérienne nationale a interrompu ses vols avec les pays affectés, mais l'apparition de cas de maladie à virus Ebola à l'ouest du Mali puis à Bamako a très sérieusement augmenté le risque d'introduction du virus au Togo. La sécurité du Togo repose donc essentiellement sur son dispositif permettant d'assurer la détection rapide d'éventuels cas introduits et une réactivité opérationnelle pour éviter l'amplification de la maladie.

Ce dispositif repose en grande partie sur la structure et le maillage du système de santé national, à travers la contribution des acteurs du système public, privé et traditionnel. Le Togo compte cinq régions administratives (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) qui constituent des régions sanitaires, en plus de la commune de Lomé érigée en sixième région sanitaire (voir carte). Les régions sont subdivisées en districts sanitaires. Le système de santé est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est représenté par le Cabinet du Premier Ministre qui fait office de Ministre de la santé, du Secrétariat général du Ministère de la santé et des directions centrales et des institutions rattachées ; le niveau intermédiaire comprend les six Directions régionales de la Santé (DRS) ; le niveau périphérique comporte 40 districts sanitaires qui constituent l'entité opérationnelle. La répartition des services de santé repose sur le même découpage et regroupe i) trois CHU au niveau central, dont deux à Lomé et un dans la Région de Kara, ii) six CHR au niveau régional dont un dans chaque Région sanitaire, iii) 40 hôpitaux de districts publics et les unités de soins périphériques. Le secteur privé contribue également à l'offre de soins avec quelques hôpitaux confessionnels et des cliniques privées.

Il est urgent de renforcer les capacités de ce dispositif, de l'orienter vers les enjeux associés à la détection et à la riposte contre la maladie à virus Ebola, et de l'élargir à l'ensemble des partenaires techniques et financiers qui peuvent apporter leur contribution à ce défi.

En août 2014, le Directeur général de l'OMS a déclaré que la maladie à virus Ebola constitue une urgence de santé publique de portée internationale et publié un certain nombre de recommandations pour combattre l'épidémie dans les pays affectés, ainsi que pour prévenir et répondre promptement à son introduction dans les pays indemnes.

Le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international a souligné l'importance pour les États ayant des frontières terrestres avec les pays affectés :

- d'établir d'urgence un système de surveillance pour les fièvres inexpliquées ou décès dus à une maladie fébrile ; d'assurer un accès à un laboratoire de diagnostic qualifié pour maladie à virus Ebola ; de s'assurer que le personnel de santé est formé et sensibilisé dans les procédures appropriées pour prévenir et combattre l'infection ; et de mettre en place des équipes d'intervention rapide ayant la capacité d'investiguer et de prendre en charge les cas et leurs contacts.

-
- de renforcer la préparation des pays, de valider et d'évaluer leurs plans de préparation grâce à des exercices de simulation et de former le personnel.¹

En outre, le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international sur la maladie à virus Ebola a souligné « l'importance du soutien continu de l'OMS et des autres partenaires nationaux et internationaux pour permettre la mise en place efficace et le suivi de ces recommandations ».

Suite à une réunion consultative entre l'OMS, les pays à risque et les partenaires pour la préparation à la maladie à virus Ebola, tenue à Brazzaville du 8 au 10 octobre 2014, une série de mesures de base a été retenue pour aider les pays non affectés par le virus Ebola à renforcer leur état de préparation pour faire face à une épidémie potentielle.

En conséquence, l'OMS a mis en place une stratégie pour aider 15 pays jugés à haut risque d'introduction de la maladie à virus Ebola à mettre au point les capacités nécessaires de préparation et de riposte. Un élément important de cette stratégie est le déploiement d'équipes d'experts internationaux pour évaluer le niveau actuel de préparation des pays et définir des plans spécifiques de renforcement des mesures sanitaires nécessaires à la prise en charge de la maladie à virus Ebola.

Cette mission, réalisée du 24 novembre au 1^{er} décembre 2014 par des collègues du siège de l'OMS/HQ à Genève, du Bureau régional de l'Afrique, et des experts internationaux s'est attachée à revoir le schéma de préparation du Togo pour répondre à une éventuelle introduction de la maladie à virus Ebola. Le présent document synthétise les résultats et les recommandations de cette mission.

OBJECTIFS DE LA MISSION

L'objectif général de cette mission a été de s'assurer que le Togo est opérationnellement prêt à faire face à la survenue potentielle de cas de maladie à virus Ebola, qu'il est capable de détecter les tout premiers cas pouvant survenir, de les investiguer en toute sécurité et de les notifier de manière précoce, et qu'il est en mesure d'organiser une riposte efficace qui évitera une amplification de la maladie.

Pour atteindre cet objectif, la mission a revu les plans nationaux, discuté avec les parties prenantes, visité plusieurs sites clés pour la détection, la prévention et la prise en charge éventuelle des cas, dont les frontières aériennes, maritimes et terrestres, puis proposé, conformément aux recommandations de l'OMS, les mesures nécessaires pour renforcer la préparation à échéance de 30, 60 et 90 jours.

¹ <http://who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-2nd-ihr-meeting/en/>

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE LA MISSION

L'équipe d'appui était composée d'experts provenant du siège de l'OMS Genève, du Bureau de l'Afrique, de l'Office fédéral de la santé publique (Suisse), de l'Ambassade de France au Bénin, du centre médical Erasmus des Pays-Bas et de l'Institut norvégien de santé publique, Oslo. L'équipe d'appui a travaillé avec les acteurs du niveau national et des partenaires techniques et financiers au niveau du pays.

Stéphane de La Rocque (Chef de Mission)

Conseiller technique, Département Alerte et action au niveau mondial, OMS Genève

Caroline Clarinval (bioéthicienne, spécialiste en santé publique)

Office fédéral de la santé publique, Suisse

Sheick Oumar Coulibaly

Conseiller régional Laboratoires et technologies de santé, HSS, OMS/AFRO.

Lokombe Tarcisse Elongo

Conseiller régional, Développement de la santé communautaire, OMS-AFRO

Timon Marszalek (Logistique)

Conseiller, Gestion des désastres

Alain Prual (médecin spécialiste en santé publique)

Conseiller régional de coopération Santé, Ministère français des Affaires étrangères et du développement international basé à Cotonou

Dossou Vincent SODJINOU (médecin épidémiologiste)

Epidemic & alert verification officer, DPC/DSR, OMS-AFRO

Carla Van Tienen (médecin biologiste)

Centre médical Erasmus, Pays-Bas

Line Vold (vétérinaire épidémiologiste)

Directeur adjoint au Département de lutte contre les maladies infectieuses, Institut norvégien de santé publique, Oslo.

ACTIVITÉS RÉALISÉES

Le tableau ci-dessous résume les activités menées durant la mission.

(WR) : représentant de l'OMS ou son suppléant ; (WCO) : Équipe du bureau de l'OMS à Lomé ; (EM) : Équipe de la mission ; (CM) : chef de mission

Mardi 25 novembre

- Réunion avec le Représentant OMS (EM) : Présentation de l'équipe, Briefing du WR sur la mission (TDR) et projet de programme de la mission
- Séances de travail (EM) : Répartition du travail ; mise à disposition des informations disponibles par le DPC ; préparation de l'exercice de simulation
- Visites au Secrétaire général de la santé (WR, CM)
- Visite au Représentant résident de la Banque africaine de développement (WR, CM)
- Rencontre avec le Vice-Président de la cellule de gestion et Conseiller en santé du Président, le directeur de la santé au Ministère, le directeur de la cellule « prise en charge » (WR, CM)
- Briefing de sécurité (EM)

Mercredi 26 novembre

- Visite du centre d'isolement au CHU (EM, WCO)
- Visite du Centre hospitalier universitaire (CHU) (EM ; équipe 1)
- Visite de l'Hôpital de Be (EM ; équipe 1)
- Visite de l'Institut national d'Hygiène (INH) (EM ; équipe 1)
- Visite du central téléphonique de la ligne Verte (EM ; équipe 1)
- Visite du poste-frontière terrestre d'Aflao EM ; (équipe 2)
- Visite du poste sanitaire de l'aéroport de Lomé (équipe 2)
- Visite du poste sanitaire du port de Lomé (équipe 2)
- Rencontre avec l'Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique (WR, CM)

Jeudi 27 novembre

- Exercice de simulation (matin) (EM, WCO)
- Séances en groupe de travail sur la liste de contrôle (après-midi) (EM, WCO)

Vendredi 28 novembre

- Compte rendu des groupes de travail (EM, WCO)
- Travail sur le rapport (EM)

Samedi 29 novembre

- Visite du site prévu pour le centre de traitement en périphérie de Lomé (EM)
- Visite à l'Ambassadeur de l'Union européenne (CM, WR)
- Travail sur le rapport (EM)

Dimanche 30 novembre

- Discussion avec le chef de projet pour la construction du centre de traitement Ebola (EM, WCO)
- Travail sur le rapport
- Préparation des comptes rendus

Lundi 1^{er} décembre

- Compte rendu des observations et recommandations à la Primature, devant M. le Premier Ministre (EM)
- Compte rendu aux partenaires techniques et financiers réunis au bureau de l'OMS (EM)

FIN DE LA MISSION

ÉVALUATION

La méthodologie d'évaluation du niveau de préparation et de capacité de riposte comprend un examen des documents disponibles (plan de riposte national, directives des différentes cellules techniques, documents techniques), des visites de terrain, l'organisation d'un exercice dit « de simulation sur table » regroupant les parties concernées et les partenaires techniques et financiers, l'utilisation d'une liste de contrôle standardisée permettant d'explorer les dix composantes pour la préparation et la riposte, des visites de terrain ciblées, et, le cas échéant, des discussions spécifiques. Cette section résume pour chacune des dix composantes les forces et les faiblesses observées et propose des recommandations en lien avec les stratégies recommandées par l'OMS pour prévenir et combattre la maladie à virus Ebola.

COMPOSANTE 1 : COORDINATION GLOBALE

FORCES

- Une cellule de coordination et six cellules techniques ont été mises en place par arrêté n°105/2014/MS/CAB/SG du 20 août 2014. Il s'agit des cellules techniques suivantes : i) veille sanitaire ; ii) prise en charge ; iii) laboratoire ; iv) hygiène et assainissement ; v) information communication et mobilisation sociale et vi) logistique. Cette structuration de la coordination est conforme aux recommandations de l'OMS. L'arrêté prévoit une activité référente au niveau régional. Un plan national de préparation et de riposte contre la maladie à virus Ebola a été élaboré et budgétisé, à hauteur de US\$ 5 137 millions.
- Le mandat de chacune de ces cellules est décrit dans le plan national de préparation et de riposte contre la maladie à virus Ebola mis au point par le Ministère de la santé (Octobre 2014, 51 pages). Leurs compositions sont précisées par l'arrêté susmentionné. Ces cellules ont développé ou sont en train de développer des directives opérationnelles.
- Dans le cadre d'AFRICOM, un plan national de préparation et d'intervention en cas d'épidémie d'Ebola (novembre 2014, 64 pages), dit « plan multisectoriel », décrit le rôle respectif des différents ministères à mobiliser, sous l'autorité de la Primature et du Ministère de la sécurité et de la protection civile, dans la riposte nationale. Le plan reconnaît le rôle du Ministère de la santé comme organisme chef de file. Le Plan est structuré en différentes phases : préparation, alerte, intervention précoce, intervention maximale et redressement. Il est prévu pour être activé à la déclaration de la phase d'alerte.
- Si le virus devait être introduit, le plan d'Organisation des Secours (ORSEC), permettant la création d'un comité de crise regroupant les différents ministères sous la direction du Premier Ministre pourrait également être activé.
- Les interactions avec la représentation OMS sont très bonnes. L'OMS et l'UNICEF ont activement participé à l'élaboration des directives et, avec le soutien de la Banque africaine de développement, d'importantes formations ont été réalisées, d'autres sont imminentes.

FAIBLESSES

-
- Le Comité de gestion et ses cellules se réunissent régulièrement. Des comités régionaux de lutte contre les épidémies existent mais le niveau central ne dispose pas d'informations précises sur leur fonctionnement. Ces comités régionaux n'ont pas de ressources financières adéquates.
 - Les directives n'ont pas encore été envoyées à toutes les Directions régionales, aux districts sanitaires, aux diverses formations de santé et aux points névralgiques (en particulier hôpitaux de districts, points d'entrée). Ceci est d'autant plus urgent que ces directives contiennent les définitions de cas et les algorithmes de surveillance.
 - Le plan et les directives n'ont pas été communiqués aux partenaires techniques et financiers. Les partenaires manquent d'informations sur la stratégie du Ministère et ont du mal à identifier dans quelle direction leur appui pourrait être orienté. L'arrêté du 20 août 2014 crée pourtant un « Comité des partenaires » qui devrait être un espace privilégié d'interaction avec le Comité de gestion, mais il se réunit sans les représentants du Ministère de la santé. Cette adhésion insuffisante de la partie nationale pourrait être source de confusion et de frustration chez les partenaires.
 - Il n'existe pas de Centre d'opérations d'urgence ni au niveau central, ni au niveau infranational. La chaîne de commandement n'est pas claire et le système repose sur des individus, pris par ailleurs pour beaucoup par d'autres activités – et non sur des fonctions.
 - L'articulation entre les mécanismes du plan ORSEC et le plan multisectoriel n'est pas claire, ni le rôle que jouerait le Comité de gestion dans l'hypothèse d'un démarrage d'épidémie. Dans le contexte d'urgence qui prévaudrait alors, il y a un fort risque de confusion et de lignes hiérarchiques mal synchronisées.
 - L'absence d'une cellule administrative et financière au niveau du Comité de Gestion est une lacune qui poserait de graves problèmes en cas d'épidémie et qui aujourd'hui gêne la mise à disposition coordonnée des ressources nécessaires à la préparation contre la maladie à virus Ebola. Un budget de 150 000 000 de francs CFA a été alloué à cette préparation mais les modalités de gestion ne sont pas précisées ni bien connues.
 - Le budget proposé dans le plan de riposte et les moyens à mobiliser mériteraient d'être priorisés. À défaut, le budget n'est pas hiérarchisé, et difficilement utilisable par les donateurs. Ce besoin de stratégie dans la mobilisation des ressources concerne également les ressources en nature, comme les dons (celui de la Chine par exemple).
 - Les directives émises indiquent les actions à mener, mais avec quelques exceptions, leur opérationnalité devrait être plus détaillée sous forme de modes opératoires facilement compréhensibles pour tous les acteurs de terrain.
 - Les directives sont ambitieuses en termes de ressources humaines à mobiliser. Il conviendrait de s'assurer que les effectifs annoncés sont disponibles ou facilement mobilisables, sans négliger les autres priorités de santé publique.

RECOMMANDATIONS

-
- Partager le plan national de préparation et de riposte avec les partenaires (immédiat). Identifier les points focaux Ebola et leurs adjoints dans toutes les agences et organisations concernées et organiser une plateforme d'échanges réguliers avec les partenaires techniques et financiers (immédiat).
 - Dynamiser le travail des cellules techniques au niveau régional, décrites dans l'arrêté n°105/2014/MS/CAB/SG. Élaborer une feuille de route décrivant les responsabilités à chaque niveau et mettre en place les mécanismes d'interaction avec le Comité de gestion (sous 30 jours).
 - Accélérer la création de la cellule « gestion administrative et financière » prévue en complément des cellules déjà existantes (additif à l'arrêté n°105/2014/MS/CAB/SG ou autre moyen réglementaire) (sous 30 jours).
 - Demander aux cellules de prioriser les activités du plan de riposte et d'identifier les urgences financières en conséquence (sous 30 jours). Mobiliser les allocations du fond d'urgence au plus vite et en confier la responsabilité au Comité de gestion pour qu'il coordonne en connaissance et de manière transparente les attributions aux différentes cellules (sous 30 jours).
 - Prévoir un Centre d'opérations d'urgence et centraliser l'administration et les informations spécifiques au virus Ebola : identifier et mettre à disposition le personnel et l'équipement (moyens décentralisés de communication et informatique) permettant de coordonner en temps réel les opérations au niveau central en cas de flambée de maladie à virus Ebola), assurer l'appui technique, organiser les fonctions et préciser la chaîne de commandement (sous 30 jours).
 - Revoir les ressources humaines disponibles et les options de réaffectation de personnels, et proposer un plan de mobilisation en conséquence, en restant attentif au risque d'affecter d'autres domaines du secteur de la santé (sous 30 jours).
 - Traduire les directives en modes opératoires standardisés (MOS) donnant des instructions faciles à comprendre aux différents acteurs concernés (immédiat). Des formations du personnel technique sur ces MOS seront nécessaires (sous 30 jours et sous 60 jours).
 - Compléter le calendrier de formations sur les MOS pour tout le personnel technique (sous 60 jours).
 - Élaborer un organigramme fonctionnel faisant le lien et optimisant les synergies entre AFRICOM/ORSEC/Comité de Gestion (sous 30 jours). Solliciter au besoin un appui des partenaires (OMS, UE) pour identifier un expert qui réaliserait ce travail d'analyse et de synthèse (immédiat).

COMPOSANTE 2 : ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE

FORCES

- La constitution d'équipes d'investigation est prévue dans le plan national du Ministère de la santé et certaines de leurs prérogatives sont précisées dans les directives de la cellule « veille », ainsi que dans le plan multisectoriel (voir composante 1).
- Le Togo dispose des profils et des compétences requises pour constituer une équipe d'intervention rapide dont la composition devra être adaptée aux réalités du pays. Une équipe d'intervention rapide informelle est dès à présent mobilisable en grande partie au sein des services de santé de l'armée et au sein de la cellule « Prise en Charge ». Cette équipe n'a toutefois pas encore été formée spécifiquement à la gestion de la maladie à virus Ebola et n'a pas de mandat ni de procédures d'intervention.
- Les alertes précédentes ont été gérées efficacement.

FAIBLESSES

- La mise en place d'une ou plusieurs équipes d'intervention rapide pour la maladie à virus Ebola n'est pas formalisée. Aucun texte réglementaire ne décrit sa composition en termes de profil et en terme nominatif, ses attributions, son fonctionnement et ses responsabilités. À défaut, les équipes se constituent dans l'urgence avec des agents venant d'affectations variées, avec des mécanismes de mobilisation et des allocations de moyens improvisés.
- Les moyens logistiques et de fonctionnement minimaux, les mécanismes de mobilisation (système de communication rapide, solutions de rechange) et de coordination (chef d'équipe, rôles respectifs des intervenants), les informations à notifier au Comité de gestion ne sont pas clairement définis ou appliqués.
- Les équipes d'intervention rapide doivent impérativement disposer de procédures de travail rédigées et standardisées (modes opératoires standardisés (MOS)), afin d'assurer la qualité et la sécurité des activités même en période de crise.
- Les membres des équipes d'intervention d'urgence doivent être formés sur tous les aspects liés à cette activité : prise en charge des cas, prélèvement et transport sécurisés d'échantillons, mise en place de la surveillance des contacts, hygiène, approche sociale des communautés, etc. (voir les indicateurs de la liste de contrôle). À ce jour, la formation des équipes d'intervention rapide n'est pas assurée.

RECOMMANDATIONS

- Rédiger une note de service ou un autre acte réglementaire permettant la création de 3 équipes d'intervention rapide au niveau de Lomé, de Dapaong et de Kara, en précisant la composition nominale, la logistique associée et les attributions (en se référant aux propositions figurant dans la liste de contrôle OMS) (sous 30 jours).
- Élaborer, valider et vulgariser les procédures de fonctionnement de l'équipe d'intervention rapide, y compris l'utilisation des fiches d'investigation et de notification décrites dans les directives de la cellule « veille », et l'orientation des cas suspects (sous 30 jours).
- Demander à l'OMS et aux autres partenaires des experts pour appuyer la formation des équipes d'intervention rapide contre la maladie à virus Ebola et les différents aspects évoqués précédemment, notamment la biosécurité (sous 30 jours).
- Doter chaque équipe d'intervention rapide de la logistique minimale (en se référant à la liste de contrôle), y compris l'accès à des ambulances préparées de manière adéquate (sous 30 jours).
- Mener des exercices de simulation sur le terrain lorsque les équipes seront mises en place (sous 60 jours).

COMPOSANTE 3 : SENSIBILISATION DU PUBLIC ET OBTENTION DE LA PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS

FORCES

- Une cellule Information, Éducation et Communication a été créée comme un des organes du comité de gestion de la préparation et de la riposte à la maladie à virus Ebola. Son objectif et sa composition ont été définis par l'arrêté n°105/2014/MS/CAB/SG.

-
- Un plan de communication accompagne le Plan national de préparation et d'intervention en cas d'épidémie de maladie à virus Ebola. Il met l'accent sur la sensibilisation des communautés sur la reconnaissance des signes, la détection et la notification promptes des cas suspects et les moyens de prévention de la maladie.
 - Le Togo dispose de compétences sur la sensibilisation et la mobilisation des communautés. Il peut compter aussi sur la présence d'experts qui ont été déployés dans les pays affectés ainsi que sur la forte implication du Bureau UNICEF Togo.
 - Les médias (radio, télévision et presse) des cinq régions ont bénéficié d'une séance d'information en septembre 2014, qui les a sensibilisés au mode de transmission de la maladie à virus Ebola et aux mesures de prévention. En juin 2014, les compagnies de téléphonie mobile ont envoyé des messages de sensibilisation à leurs abonnés.
 - La cellule de communication a préparé des messages de sensibilisation destinés au grand public. Ces messages sont approuvés par le comité national ce qui assure une certaine homogénéité. Des messages ont été traduits dans dix langues locales.
 - Des affiches de sensibilisation sur la maladie à virus Ebola sont disponibles dans certains centres de santé, aux postes-frontières terrestres, à l'aéroport, au port et dans certains endroits publics. Le numéro de la ligne verte (111) est clairement indiqué (voir l'annexe 2).
 - Le Ministère de la santé, accompagné d'autres acteurs tels que la Croix-Rouge togolaise et l'UNICEF, ont entrepris des programmes de formation des formateurs dans les régions, visant à sensibiliser les volontaires aux modes de transmission, de prévention et de détection.

FAIBLESSES

- La stratégie de mobilisation sociale du plan de communication manque de spécificité et nécessite l'élaboration d'une méthodologie de mise en œuvre détaillée. Il n'existe aucun mécanisme de coordination associant tous les secteurs du gouvernement et les autres partenaires (notamment les organisations de la société civile, les ONG, les tradipraticiens et les communautés).
- Les activités de sensibilisation sont en cours mais devraient être intensifiées pour atteindre le grand public, les chefs de village, les religieux, les politiciens et autres acteurs communautaires. Une fois sensibilisés, les acteurs concernés et les communautés locales seront en mesure de contribuer de manière significative à contenir la propagation de la maladie à virus Ebola.
- Le plan de communication ne prévoit pas de stratégie pour les acteurs clés tels que les tradipraticiens. Il est utile de renforcer les liens entre le Ministère de la santé et les tradipraticiens afin de les associer à la lutte contre la maladie à virus Ebola.
- Le système de gestion des rumeurs manque d'opérationnalité. Il est essentiel d'assurer la gestion des rumeurs, de manière coordonnée entre les différents secteurs concernés par la mise en œuvre du plan de communication. Les rôles et responsabilités dans la gestion des rumeurs doivent être définis.

-
- La ligne verte est en place, mais les ressources humaines, matérielles, techniques et financières pour faire face à une flambée de maladie à virus Ebola sont insuffisantes. Les écoutants sont insuffisamment formés aux questions éventuelles et aux réponses types à apporter. En temps de crise, le dispositif actuel serait rapidement dépassé.
 - Le plan de communication et de sensibilisation des populations ne prévoit pas de mesures concrètes en cas d'opposition de la population à l'implantation des centres de traitement. Dans le cas plus précis du CTE de Davie (voir composante 5), l'éloignement et le caractère isolé du site choisi renforcent le sentiment du danger lié à la maladie à virus Ebola et risquent d'exacerber la réticence des populations locales.
 - Le plan de communication comprend un budget couvrant la période de juillet à décembre 2014. La sensibilisation et la mobilisation sociale appellent toutefois davantage d'efforts et une révision du budget avec des projections jusqu'à fin 2015.

RECOMMANDATIONS

- Les compétences togolaises dans le domaine de la sensibilisation et de mobilisation des communautés doivent être valorisées. Elles jouent un rôle essentiel dans la lutte contre la maladie à virus Ebola.
- La stratégie de la mobilisation sociale nécessite la définition d'une méthodologie de mise en œuvre et d'indicateurs spécifiques afin de mesurer les progrès accomplis. Les institutions internationales, les organisations non gouvernementales et les politiques doivent être associés à cette approche, car ils sont actuellement absents des débats, à l'exception de l'UNICEF très présente (sous 60 jours).
- Les tradipraticiens, les chefs des villages et les religieux constituent un groupe cible qui doit être sensibilisé à la problématique et activement associé à la lutte contre la maladie à virus Ebola. Il est utile qu'ils constituent un réseau de systèmes d'alerte et identifient rapidement les nouvelles personnes et voyageurs qui sont arrivés dans leur communauté. Les acteurs sanitaires publics et privés doivent être rapidement sensibilisés et informés. Les ressources afin de sensibiliser ces groupes cibles doivent être spécifiés et mis à disposition des formateurs (sous 30 jours).
- Les mesures d'intensification de la sensibilisation et de la mobilisation des communautés nécessitent la définition d'indicateurs de suivi spécifiques. Ceux-ci permettront le suivi de la mise en œuvre des mesures définies (sous 60 jours).
- La gestion des rumeurs dans les médias doit être organisée (sous 30 jours). La cellule devrait organiser des points de presse réguliers avec un porte-parole formé et seul habilité à informer sur la situation régionale, sur le niveau de préparation et les actions menées, afin de réduire l'impact des rumeurs (30 jours). Un bulletin hebdomadaire pourrait être publié.

COMPOSANTE 4 : PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

FORCES

- Il existe une cellule hygiène-assainissement, créée comme organe du Comité de Gestion de la préparation et de la riposte à la maladie à virus Ebola. Son objectif et sa composition ont été définis par l'arrêté n°105/2014/MS/CAB/SG.
- Cette cellule s'est réunie à de nombreuses reprises pour la planification de la réponse au niveau des hôpitaux et pour les enterrements.
- Des posters d'information et de sensibilisation sur la maladie à virus Ebola sont largement diffusés dans les formations sanitaires et lieux publics.
- L'ensemble du personnel de santé, médecins, infirmier(e)s, agents techniques d'hygiène ont été formés à la prise en charge des patients, grâce au programme de formation évoqué dans la composante 1. De nouvelles formations des agents techniques d'hygiène commenceront la première semaine de décembre 2014, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS.
- Les kits d'aspersion pour la désinfection sont disponibles dans le centre d'isolement du CHU Campus. Dans ce centre, les déchets sont gérés convenablement même si l'incinérateur devrait être aux normes.
- Cinq tentes médicales ont été commandées pour des centres d'isolement dans le pays.

FAIBLESSES

- La formation sur la prise en charge de la maladie à virus Ebola commence à dater (juillet 2014), il n'y a pas eu de remise à niveau ni de mise en pratique depuis.
- Les MOS permettant de préciser et de standardiser la prise en charge des cas suspects et des cas confirmés n'ont pas été élaborés.
- La motivation des personnels devrait être nourrie par la mise en place d'incitations financières et la garantie d'assurance pour les personnels de santé et leur famille.
- Tous les hôpitaux régionaux et les centres de santé n'ont pas encore été passés en revue et équipés par l'équipe d'hygiène et de protection de base. Les hôpitaux régionaux n'ont a priori pas identifié de salles d'isolement.
- Un nombre très insuffisant de points de lavage des mains a été relevé lors des visites au centre d'isolement du CHU Campus. Du savon est disponible en plus de la solution de chlore mais les solutions de chlore semblent très peu concentrées. Les stocks d'équipement ne semblent pas suffisants mais leur qualité et quantité n'ont pu être vérifiées.
- Bien qu'il ait une très grosse activité (48 000 consultations en 2013), le centre de santé visité par l'équipe ne dispose pas de thermo-flash, ni de salles d'isolement et aucune procédure n'a été mise en place pour l'isolement d'un cas suspect. Le port des gants et l'hygiène des mains laissent à désirer. Le centre ne disposait pas de combinaisons de protection. En dehors des horaires de travail

normaux, aucun personnel n'est formé à la désinfection et ce personnel n'a pas accès au matériel d'aspersion.

RECOMMANDATIONS

- Recenser, assurer ou renouveler la formation des techniciens d'hygiène et assainissement aux activités de prévention et de lutte contre la maladie à virus Ebola (immédiat).
- Adapter les MOS de l'OMS pour l'hygiène des mains, le port des combinaisons de protection, la préparation des désinfectants, la gestion des déchets puis les diffuser aux formations sanitaires (sous 30 jours).
- Former le personnel de santé aux activités de prévention et de lutte dans les hôpitaux régionaux (sous 60 jours).
- Élaborer et produire les maquettes des affiches (comment porter/enlever les combinaisons ; préparation des solutions de désinfection ; processus pour l'enterrement sécurisé) en s'inspirant du matériel de l'OMS, et diffuser les affiches à tous les niveaux (sous 90 jours).
- Établir la liste minimum des matériels et consommables pour chaque unité de santé publique, district et centre d'isolement (immédiat) et approvisionner en matériels et consommables au niveau des régions, districts et unités de santé publique. Le cas échéant, un système de stock mutualisé pourra être imaginé pour éviter la dissémination de tout le matériel spécifique (Équipement de protection individuelle par exemple) (sous 30 jours).
- Identifier les salles d'isolement au niveau de chaque hôpital dans les districts (sous 30 jours) et les postes de santé.
- Faire un exercice de simulation de la prise en charge d'un cas suspect et de l'admission au CHU ainsi que d'un décès (de la désinfection du corps dans le centre de traitement à l'enterrement) avec l'ensemble des parties prenantes (sous 60 jours).

COMPOSANTE 5 : PRISE EN CHARGE DES CAS

FORCES

- Trois sites ont été identifiés dans le pays pour abriter des centres d'isolement. La planification d'un premier centre de traitement Ebola (CTE) est en cours ; le responsable de la construction qui s'inspire des modèles MSF trouvés en ligne est très conscient des exigences techniques et fonctionnelles de ces centres.
- Une unité d'isolement pouvant accueillir 4 à 8 lits sera opérationnelle dans peu de temps dans l'enceinte du CHU. Elle sera utilisée dans un premier temps comme centre de traitement si nécessaire, et elle est réaménagée à cet effet. La structure répond à quelques détails près aux exigences techniques.
- L'acquisition et le stockage du matériel essentiel a commencé (équipement de protection individuelle, pulvérisateurs, désinfectants, triple emballage et autres).

-
- Une ambulance réservée aux activités liées au virus Ebola est basée à l'unité d'isolement du CHU Campus. Quelques aménagements sont nécessaires mais les principales exigences pour le transport de cas suspects sont respectées.

FAIBLESSES

- Le site prévu pour le centre de traitement Ebola (CTE) se trouve à Davié, à près de 25 kilomètres de Lomé (voir le chapitre 3 sur la sensibilisation et la participation) ; le temps de voyage entre le CHU et le site prévu pour le CTE est à environ une heure avec une circulation fluide ; les environs ne sont pas aménagés (absence d'entreprises, magasins, restaurants etc.) pour la vie quotidienne du personnel, les familles et des courses d'urgence. Une liaison routière entre l'axe principal et l'entrée du site (1 km) nécessitant des travaux qui sont estimés à US\$ 70 000 le site est loin d'être fonctionnel, aucune construction n'est commencée et il ne semble pas adapté aux exigences d'efficacité et de rapidité d'action.
- Les circuits au niveau de l'unité d'isolement du CHU ne sont pas clairs. L'utilisation prévue pour les salles n'est pas encore fixée (exemples : les toilettes du personnel se trouvent dans le même bâtiment que les patients ; trop de portes dans les bâtiments à ouvrir/toucher, salles d'habillage/déshabillage à préciser, pas de communication entre les salles d'isolement et les latrines et douches, disposition inadaptée des lits). La zone prévue pour les déchets est séparée par des fils barbelés (l'équipement de protection individuelle risque de se déchirer). L'incinérateur ne convient pas pour les déchets d'une unité d'isolement ou d'un centre de traitement (quantité et taille des déchets). Les modalités pour assurer les visites des accompagnants/famille dans les lieux d'isolement doivent être définies.
- Les équipes chargées des patients ne sont pas identifiées et doivent être mises en place selon les recommandations de l'OMS (infirmiers, médecins, experts en soutien psychosocial, hygiénistes, gardiens, chauffeurs, magasiniers et autres ; voir les indicateurs de la liste de contrôle).
- Le mandat du personnel n'est pas défini dans les profils de poste ; les besoins en personnel et en formation ne sont pas suffisamment précisés et le personnel (y compris le personnel d'accueil) n'est pas formé aux spécificités de la prise en charge des cas Ebola.
- Les MOS pour les tâches à mener au niveau des CTE, aux lieux d'isolement et pour les inhumations ne sont pas complets. Les définitions de cas et les algorithmes décrits dans les directives ne sont pas suffisamment connus.
- Une seule ambulance équipée pour la lutte contre la maladie ne suffit pas pour l'ensemble du pays ; quelques aménagements complémentaires doivent être réalisés : séparation entre chauffeur et patient ; aménagement intérieur et désinfection facile, matériel essentiel à compléter. Par ailleurs, le véhicule convient pour des routes goudronnées, mais l'accès aux routes plus rudimentaires sera difficile, voire impossible.
- Les équipes d'inhumation ne sont pas encore identifiées, ni formées (approche des familles, manipulation des corps, protection individuelle contre l'infection) ou équipées ; un système de transport des corps contaminés fait défaut (disponibilité et emplacement des véhicules et équipes spécialisées).

-
- Les magasins contenant le matériel destiné à la lutte contre la maladie sont dispersés dans plusieurs bâtiments à Lomé et gérés par des structures différentes ; la gestion des stocks n'est pas suffisamment organisée (pas de définition et de codage des produits, pas d'inventaire centralisé, pas de liste de stock standard) et il n'est pas clair que tout le matériel nécessaire soit en stock ou disponible à court terme.
 - Les modalités pour faciliter l'importation de matériel en urgence ne sont pas encore définies.
 - Il existe une grande quantité de kits de protection individuelle (EPI) de types variés dans le pays (15 000 pièces fournies grâce à un don de la Chine, une livraison de l'OMS modèle kit « grippe aviaire » d'avril 2014, une livraison d'une entreprise française). La définition et le contenu d'un kit EPI est ambiguë, car il s'agit de différents composants (tailles différentes, types de protection variable entre EPI « léger » ou « complet », présence de composants à usage unique ou réutilisables, etc.), avec le risque d'avoir des « kits » incomplets, des dysfonctionnements du matériel inadapté à la protection contre le virus Ebola. Une vue d'ensemble des types, des qualités et des quantités fait défaut.

RECOMMANDATIONS

- Construire un centre de traitement Ebola aux normes internationales (OMS/MSF ; comme discuté lors de la réunion avec l'ingénieur responsable de la construction). L'élargissement de l'unité d'isolement du CHU Campus semble une option valable (voir les faiblesses liées au site de Davié) ; équiper au plus vite cette unité du CHU Campus avec le matériel nécessaire pour son fonctionnement comme centre de traitement (immédiat). Identifier une organisation ou un consultant expérimenté dans la gestion d'un CTE pour accompagner la planification et la construction.
- Formaliser le réseau national de centres de traitement et d'unités d'isolement dans le pays en clarifiant leur rôle respectif et les échanges entre eux. Prioriser la mise en œuvre :
 - 1) rendre fonctionnelle l'unité d'isolement au CHU (finaliser les travaux en cours au niveau des latrines et des douches, aménager des communications directes entre les salles d'hospitalisation et les latrines/douches) pour un fonctionnement comme centre de traitement, en attendant une structure plus pérenne. Renforcer le centre par des tentes pour améliorer la conformité aux normes (immédiat) ;
 - 2) construire un centre de traitement sur le même site (30 jours) ;
 - 3) rendre fonctionnelles les 5 unités d'isolement dans le pays et établir un système d'acheminement (ambulances) (30 jours),
 - 4) évaluer le besoin d'établir des centres de traitement supplémentaires dans le pays (30 jours).
- Identifier de façon formelle et nominative les agents devant travailler dans chaque centre, les former et équiper le personnel des centres d'isolement du CHU Campus (immédiat) et des autres centres (30 jours). Mettre en place des mesures incitatives et des assurances pour le personnel travaillant avec des patients infectés par le virus Ebola (60 jours).
- Élaborer, valider et vulgariser les directives et procédures de fonctionnement des centres d'isolement et des centres de traitement (circuit, différentes zones, etc.) (30 jours).

-
- Formaliser et renforcer les procédures de gestion des déchets au CHU (immédiat) et dans les centres d'isolement ou de traitement à venir (30 jours).
 - Identifier et clarifier les responsabilités logistiques (gestion de voitures et transports, approvisionnement, construction etc.) et adapter le plan d'action de la cellule logistique (30 jours).
 - Mettre en place un système d'approvisionnement, de transport et de stockage du matériel Ebola : inventaire et magasin centralisé, définition et codage des produits standards, véhicules pour le transport de biens et du personnel, lieux de stockage d'urgence dans le pays, identification et révision des qualités et quantités des produits (sous 30 jours).
 - Formaliser les autorisations spéciales d'importation pour certains produits d'urgence (immédiat).
 - Augmenter le nombre d'ambulances disponibles et les adapter à la maladie à virus Ebola (au moins une par région ; véhicules tout terrain) (sous 60 jours). Améliorer l'ambulance de Lomé : fermer la division entre patient et chauffeur, limiter les ameublements dans le compartiment du patient pour faciliter la décontamination) (immédiat). Former et équiper le personnel des ambulances aux spécificités de la prise en charge de cas (sous 30 jours).
 - Organiser, former et équiper les équipes d'inhumation (sous 30 jours). Identifier, préparer et formaliser les lieux d'inhumation avec l'accord des communautés locales (sous 30 jours).

COMPOSANTE 6 : SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

À l'instar des autres pays de la Région africaine, le Togo a un système de surveillance épidémiologique répondant aux orientations de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). Il s'agit d'un sous-système du Système national d'information sanitaire applicable aux maladies potentiellement épidémiques. Certaines spécificités de la surveillance du virus Ebola doivent être toutefois prises en compte dans un programme élargi et vertical de collecte des données, qui proviennent parfois d'acteurs moins habituels.

FORCES

- Existence préalable d'une cellule de surveillance épidémiologique au sein du Ministère de la santé.
- Fonctionnement acceptable de la SIMR dans le cadre de la surveillance des maladies potentiellement épidémiques.
- Existence de directives pour la surveillance épidémiologique, comprennent les définitions de cas, les algorithmes associés, les procédures de notification et quelques outils.
- Dispositif de communication (téléphone, télécopie, internet) préexistant et fonctionnel entre les bureaux des districts et des régions et avec le niveau central.
- Formation de tous les points focaux (districts sanitaires, Régions sanitaires et niveau central) à la surveillance de la maladie à virus Ebola.
- Existence de la ligne verte (voir composante 3) pour la notification au niveau communautaire, régional et national. Le numéro vert (le 111) est visible dans les établissements sanitaires visités. Les appels téléphoniques sont suivis activement.

FAIBLESSES

- La ligne verte n'est pas fonctionnelle 24 h/24 (voir composante 3 pour plus de détails).
- Le personnel de la cellule de veille n'a pas reçu de formation spécifique à la surveillance de la maladie à virus Ebola et explique les orientations de la SIMR. La chaîne d'information entre les différentes structures de santé et avec le niveau central ne semble pas suffisamment structurée. Le personnel de la cellule de veille est connu, mais il n'existe pas de dispositif de remplacement en cas d'absence de l'un des membres. Les procédures de notification ne sont pas claires et restent mal connues.
- Les définitions de cas (annexe 3), les directives sur la surveillance du virus Ebola et les formulaires d'investigation mis au point par la cellule de veille n'ont été diffusés qu'aux établissements sanitaires du secteur public et privés confessionnels. Ils sont mal connus. Les définitions de cas ou les algorithmes ne sont pas affichés dans les formations sanitaires visitées. Ces définitions doivent être révisées et intégrer les notions de contact avec les cas probables ou confirmés.
- Les ONG locales, les chefs religieux ainsi que d'autres acteurs clés ne sont pas systématiquement associés à la surveillance communautaire des cas. La surveillance épidémiologique à base communautaire (agents de santé communautaire, volontaires de la Croix-Rouge) est insuffisante, bien qu'apparemment effective dans un certain nombre de districts sanitaires.

RECOMMANDATIONS

- Renforcer l'opérationnalité de la cellule de veille (augmentation des effectifs, formation spécifique, mesures incitatives, tour de garde et procédures de contact notamment). Former tout le personnel de santé à la détection, à la notification et à la prise en charge en fonction d'un mandat adapté à la catégorie du personnel (30 jours).
- Standardiser les protocoles de notification dans toutes les structures de santé ; établir un protocole des étapes de notification des cas, et le diffuser à tous les centres de santé (30 jours).
- Mettre en place des mécanismes de collaboration avec le secteur privé pour permettre la formation du personnel médical et la participation des établissements sanitaires du secteur privé à but lucratif dans la surveillance épidémiologique (30 jours).
- Renforcer la surveillance épidémiologique à base communautaire dans tous les districts sanitaires en veillant à l'identification des agents de santé communautaires/volontaires (30 jours).
- En collaboration avec la Commission « communication et éducation des populations », assurer une large diffusion de la définition de cas destinée aux communautés en ciblant les canaux d'information appropriés (dignitaires religieux, organisations de la société civile, etc.). Évaluer le besoin de mettre au point une définition de cas simplifiée dans les langues locales (30 jours). Organiser un atelier sur la définition communautaire de cas et la conduite à tenir devant un cas suspect (60 jours).

COMPOSANTE 7 : RECHERCHE DES CONTACTS

La sous-région de l'Afrique de l'Ouest n'a jamais été confrontée à une épidémie de maladie à virus Ebola. Même dans celles ayant déjà connu une ou plusieurs épidémies, la notion de « suivi des contacts » n'est pas

intégrée au système de surveillance épidémiologique habituel et reste difficile à cerner. Le Togo a pu organiser une formation initiale sur la maladie à virus Ebola (épidémiologie, modes de transmission, de prévention, prise en charge, ...) mais il faudrait mettre particulièrement l'accent sur le suivi des contacts, qui est une des spécificités et un des éléments les plus importants de la surveillance de la maladie.

FORCES

- Existence de points focaux au niveau des 40 districts sanitaires, 6 régions sanitaires et d'un noyau au niveau national.
- Les directives nationales fournissent les formulaires pour le suivi des contacts.
- Le suivi des contacts pourrait se réaliser en partenariat avec la Croix-Rouge qui dispose d'un réseau de volontaires.

FAIBLESSES

- Les points focaux ne sont pas formés spécifiquement au suivi des contacts. L'activité de recherche des contacts est considérée comme une prérogative du personnel de santé, alors qu'elle doit être transférée à des relais de volontaires dans les communautés, voire à la Croix-Rouge togolaise qui bénéficie d'un réseau de 67 000 volontaires.
- Lors des alertes passées, les contacts des cas suspects n'ont pas été suivis.
- La formation du personnel en recherche et suivi des contacts reste limitée et n'est pas étendue à l'ensemble du territoire ; les définitions de cas contacts (voir annexe 3) ne sont pas connues.
- Il n'y a pas de protocoles ni de MOS rédigés pour la recherche et le suivi des contacts.
- Les besoins matériels de base nécessaires pour la recherche et le suivi des contacts ne sont pas identifiés. Selon le système mis en place et les acteurs impliqués, il conviendra de préciser ces besoins (pour les déplacements, les communications, les relevés de température etc.).

RECOMMANDATIONS

- Identifier et former des équipes pour la recherche des contacts en collaboration avec la Croix -Rouge togolaise dans chacune des régions du pays (sous 30 jours).
- Former (théoriquement et par simulation) au moins 2 personnes (y compris le point focal) au niveau de chaque district sanitaire, 1 au niveau régional et 3 au niveau national sur le suivi des cas contacts (sous 30 jours). Mettre en place un système de formation en cascade au niveau des districts sanitaires (les cibles étant les infirmiers des centres de santé, les agents de santé communautaires et les volontaires) (sous 30 jours).
- Mettre au point et diffuser des protocoles simples et très clairs pour le suivi des contacts par les volontaires, intégrant les fiches de suivi établies par la cellule « veille » (annexes 7 et 8) et les définitions de cas (annexe 3). Évaluer la nécessité de traduire ces protocoles dans les langues locales (sous 30 jours).

-
- Identifier les besoins en matériel de base pour la recherche et le suivi des contacts (équipements/thermomètres à infrarouge, outils de collecte des données, téléphones) et apporter les ajustements nécessaires le cas échéant (sous 30 jours).

COMPOSANTE 8 : LABORATOIRES

Le laboratoire de l'Institut national d'hygiène (INH) est le laboratoire de référence national chargé de la gestion des prélèvements et du diagnostic. C'est un institut du Ministère de la santé dont la mission en matière de diagnostic est de confirmer les maladies sous surveillance, notamment les épidémies, dont la maladie à virus Ebola. L'INH est également le laboratoire de référence du réseau national de laboratoires. Il est situé dans la capitale, comporte cinq laboratoires de diagnostic dont deux chargés de la surveillance des maladies et un laboratoire de biologie moléculaire.

L'INH est représenté dans trois des six cellules techniques du Comité de gestion de la maladie à virus Ebola, les cellules laboratoire, veille et logistique. Au sein de la cellule laboratoire, les missions attribuées à l'INH sont les suivantes : i) rédiger les procédures de prélèvement, de traitement, de réalisation de tests d'urgence et de conservation des échantillons de sang, d'urine et des écouvillons nasopharyngés ; ii) former les infirmiers et techniciens de laboratoire aux mesures d'hygiène, à la réalisation des prélèvements et au conditionnement des échantillons ; iii) déterminer les groupes sanguins, faire un bilan biochimique, hématologique et d'hémostase chez les cas suspects ; iv) conditionner les échantillons dans des triples emballages pour les convoier vers le(s) laboratoire(s) de référence de l'OMS et pour une conservation *in situ* ; et v) éliminer en toute sécurité les déchets produits.

Le système de laboratoires dans le cadre de la préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola comporte en plus du laboratoire de référence de l'INH, les laboratoires des six régions du pays et deux laboratoires de district (Anèho et Kpalimé). Des kits de prélèvement ont été disposés dans les laboratoires régionaux. La composition de ces kits n'a pas été précisée.

Trois laboratoires de référence internationaux et centres collaborateurs de l'OMS pour le diagnostic de la maladie à virus Ebola ont été identifiés : i) le laboratoire de l'Institut Pasteur de Lyon (France) avec lequel des accords et un partenariat ancien existent à travers le réseau RESAOLAB ; ii) le laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar avec lequel des accords existent, mais vers lequel le transport des échantillons pose des problèmes ; iii) le laboratoire de l'Institut de Noguchi (Ghana) pour lequel les accords doivent encore être formalisés et des questions de communication réglées. Le partenariat avec le réseau RESAOLAB permet de soutenir les coûts et le système d'expédition des échantillons vers le laboratoire de Lyon. Une société de transit de Bolloré Logistique (Bioport) se charge du transit des échantillons. Les résultats des tests sont transmis à l'INH par courriel.

Vingt techniciens de laboratoire sur les 60 prévus ont déjà été formés en deux jours sur les procédures de prélèvement, de conservation, et d'envoi des échantillons vers les centres de référence et sur la biosécurité et la biosûreté au laboratoire. Par ailleurs, quatre techniciens ont été formés et sont certifiés OMS-IATA (validité en cours) à l'expédition des substances infectieuses.

FORCES

-
- Le système national de laboratoires est organisé pour les activités liées à la maladie à virus Ebola, avec un laboratoire national de référence (l'INH) et des laboratoires régionaux et de district.
 - Des directives claires ont été rédigées, décrivant l'organisation du système de laboratoires et les procédures à suivre pour le prélèvement, la préparation, le conditionnement et l'envoi sécurisé des échantillons.
 - Des collaborations avec des laboratoires de référence internationaux permettent d'assurer un diagnostic biologique. Ces collaborations ont été efficacement mobilisées lors de récentes alertes.
 - Un système de transport et d'expédition des prélèvements existe, avec des accords établis avec un transitaire, et des agents du laboratoire de référence sont certifiés pour les envois internationaux d'échantillons biologiques de catégorie A.
 - Il existe assez de personnel technique de laboratoire qualifié pour les tâches demandées dans le cadre de la préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola.

FAIBLESSES

- Dans le Plan national, les rôles respectifs de l'INH (laboratoire de référence) et du laboratoire du CHU Campus, également cité, sont un peu confus.
- À ce jour, aucune capacité diagnostique, même sérologique, n'existe dans le pays. Le délai d'obtention d'un résultat depuis Lyon varie de 48 heures à quelques jours et dépend de la disponibilité de vols commerciaux.
- Dans le « Guide de laboratoire de la surveillance de la maladie à virus Ebola » (directives de la cellule laboratoire), certaines activités ne sont pas conformes aux recommandations de l'OMS ou aux normes internationales de biosécurité et sont jugées trop dangereuses pour être réalisées. Il s'agit principalement de :
 - la réalisation de « tests d'urgence » (groupage sanguin, hémostase, biochimie) prévus pour être effectués dans des conditions de laboratoire à niveau de sécurité ordinaire et par conséquent non adaptés à des prélèvements susceptibles de contenir le virus Ebola ;
 - pour la conservation des échantillons de sang, et d'urine et des écouvillons nasopharyngés, il faudrait respecter des normes strictes de biosécurité et de confinement pour ne pas risquer une contamination ultérieure ;
 - les prélèvements communément conseillés sont essentiellement ceux de sang veineux et des écouvillons buccaux ou nasopharyngés. Pour des raisons de sécurité, les autres types de prélèvements (urines, tissus, selles, etc.) ne devraient pas être pratiqués systématiquement mais au cas par cas et justifiés par des arguments suffisants ;
 - le système de conditionnement et de transport des échantillons (à l'intérieur du pays) dans des sachets en plastique avec fermeture éclair et glacière comme alternative au manque de boîtes à triple emballage n'est pas assez sécurisé ; le triple emballage est impératif.
- Le laboratoire de référence ne dispose pas d'équipements de protection individuelle, de triples emballages en quantité suffisante, d'incinérateur moderne et sécurisé, de moyens de transport propres

pour réaliser les activités prévues dans le plan, ni de poste informatisé de gestion des données de laboratoire pour la maladie à virus Ebola.

- Le laboratoire de référence dispose en quantité insuffisante de désinfectants et de consommables pour le prélèvement (gants, kits de prélèvement, poubelles pour objets coupants et tranchants).

RECOMMANDATIONS

- clarifier les rôles des laboratoires de l'INH et du CHU Campus dans le plan national de préparation et d'intervention en cas d'épidémie d'Ebola (immédiat) ;
- réviser le « Guide de laboratoire de la surveillance de la maladie à virus Ebola » pour l'adapter aux normes internationales de biosécurité (voir la liste des points évoqués dans la section « faiblesses » (immédiat) ;
- former au plus tôt et de la façon la plus complète (après révision du guide et en ajoutant des séances pratiques) le reste du personnel de laboratoire (sous 30 jours) ;
- reproduire les MOS sous forme de posters, en quantité suffisante, tout en améliorant le contenu, dans la perspective de les diffuser largement dans tous les laboratoires (sous 60 jours) ;
- doter le laboratoire de référence en quantité suffisante d'équipements de protection individuelle, de triples emballages P620 (UN2814), de désinfectants et de consommables complémentaires pour les prélèvements (sous 30 jours) ;
- équiper le laboratoire national de référence d'un incinérateur (l'incinérateur actuel devrait être modernisé) et de moyens propres de transport (sous 90 jours) ;
- mettre en place un service de gestion des données de laboratoire pour la maladie à virus Ebola en lui affectant un personnel formé et équipé (sous 30 jours) ;
- s'assurer de la pérennité des conventions avec les laboratoires de référence internationaux en cas de multiplication des échantillons à tester (sous 30 jours). Rencontrer les transporteurs potentiels et consolider les dispositions d'envoi des échantillons provenant de cas suspects (sous 30 jours) ;
- évaluer le besoin de renouveler la certification du personnel déjà formé et augmenter le nombre de personnes certifiées pour les envois internationaux d'échantillons biologiques de catégorie A (sous 90 jours).

COMPOSANTE 9 : MOYENS AUX POINTS D'ENTRÉE

FORCES

- Au port, à l'aéroport et aux principaux poste-frontières terrestres (Hilacondji, Aflao), un système de dépistage est assuré avec une prise de température par thermomètre flash et le remplissage systématique d'une fiche d'information. Un scanner est en cours d'installation à l'aéroport.
- À l'aéroport, les distributeurs de solutions hydro-alcooliques pour friction des mains sont en place. Au port et aux postes-frontières terrestres, des dispositifs de lavage des mains avec des solutions chlorées sont également en place.

-
- Les activités sont bien organisées, avec aux différents points d'entrée un circuit opérationnel bien défini. À l'aéroport, une structure isolée est identifiée pour servir de centre de transit ou d'isolement et elle dispose de l'équipement nécessaire. Au port, la structure est en cours de réaménagement. Aux postes-frontières terrestres en revanche, de tels locaux n'existent pas.
 - Des équipements de protection individuelle et autres matériel de prévention des infections sont disponibles, cependant parfois pour des usages différents (matériel conforme pour H1N1).
 - L'Institut national d'hygiène a affecté des agents qualifiés au niveau des différents points d'entrée.
 - L'aéroport dispose d'une ambulance fonctionnelle ; les autres points d'entrée ont la possibilité d'appeler le Comité de gestion pour demander le transport des malades.

FAIBLESSES

- Il n'y a pas de structures d'isolement aux postes-frontières terrestres. Au port, le site d'isolement est prévu mais le bâtiment à réaménager est en début de chantier.
- Des fiches d'informations sanitaires sont demandées aux passagers à l'aéroport et au poste-frontière d'Aflao, mais cette activité n'est pas menée en permanence et les fiches ne sont ni saisies ni traitées ; la circulation de riverains est laissée sans contrôle.
- Il n'y a aucune surveillance des départs.

RECOMMANDATIONS

- Doter l'équipe de l'aéroport d'un ordinateur pour la saisie des informations sur les passagers à l'entrée (sous 30 jours) et évaluer la possibilité pour le personnel d'assurer ce travail.
- Mettre en place une tente au poste-frontière d'Aflao pour servir de site d'isolement ou de transit de cas suspects (sous 30 jours).
- Accélérer la préparation des lieux d'isolement au niveau des points d'entrée de grande importance dans le pays ; finaliser dans un bref délai la construction du site d'isolement du port (sous 30 jours).
- Établir la liste minimum des matériels et consommables pour les postes-frontières (équipement de protection individuelle, gants, matériels de prévention de l'infection, carburant) et les approvisionner régulièrement. Prévoir des mesures incitatives pour le personnel (30 jours).
- Se préparer à la mise en place d'un mécanisme de dépistage de sortie dans l'éventualité où des cas seraient confirmés dans le pays (60 jours).

COMPOSANTE 10 : BUDGET GLOBAL POUR LA PRÉVENTION DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA

FORCES

- Un budget détaillé est associé au plan de riposte. Ce budget est construit selon les besoins des différentes cellules : laboratoire (15 % du budget), assainissement (23 %), prise en charge (23 %), veille (21 %), communication (7 %), logistique (7 %) et coordination (4 %) ; il est également proposé sous forme de lignes budgétaires thématiques.

-
- Dans le plan national de préparation et de riposte (octobre 2014, page 18), le tableau des lignes budgétaires indique également les besoins et les disponibilités. Ce tableau indique que seulement 2,12 % des besoins sont couverts.
 - Les partenaires techniques et financiers sont prêts à appuyer la préparation du pays à la riposte contre la maladie à virus Ebola. Toutefois, n'ayant pas vu le budget associé au plan d'action, ils n'ont apporté jusqu'ici qu'une contribution ponctuelle et sur des lignes qu'ils ont pressenties importantes (formation, équipement de protection ...).
 - le pays peut compter sur le bureau de l'OMS pour appuyer les efforts de plaidoyer et de mobilisation des donateurs.

FAIBLESSES

- Le budget est trop détaillé et se noie dans les détails. Il s'agit essentiellement d'un budget de fonctionnement, qui met l'accent sur les consommables ou les véhicules et très peu sur les ressources humaines, les contrats à réaliser, les expertises, etc. Il fait mal ressortir les ressources existantes, en particulier humaines ou logistiques (véhicules par exemple).
- La présentation du budget est linéaire. Une présentation par priorité et par actions, en lien avec les têtes de chapitres des directives de chaque cellule, permettrait de mieux cerner l'opérationnalité des lignes demandées, d'identifier les contributions possibles des différents partenaires thématiques, en espèces ou en nature, de réajuster les montants et de créer de nouvelles lignes aujourd'hui absentes pour des activités du plan.

RECOMMANDATIONS

- Retravailler le budget, limiter les détails, et le présenter par actions telles que définies dans les directives des cellules. Y faire apparaître les actions prioritaires (maintenant, dans 30 jours, dans 60 jours) en cohérence avec la feuille de route de la mise en œuvre du plan (voir composante 1). (Sous 30 jours)
- Vérifier la disponibilité de liquidités nationales et l'attribution des décaissements déjà réalisés (immédiat)
- Juger de l'impact de dons réalisés en bilatéral sur les lignes budgétaires existantes et réorganiser en conséquence les demandes (30 jours).
- Certaines lignes budgétaires devraient être révisées. Par exemple pour les activités de laboratoire, bon nombre de réactifs et consommables ne sont pas nécessaires si l'on envisage que des prélèvements et des conditionnements (immédiat)
- Partager le plan (immédiat) et le budget (sous 30 jours) avec les partenaires techniques et financiers. Discuter le budget avec les partenaires techniques et financiers dans les réunions de la plateforme de concertation (voir composante 1). Ces discussions faciliteront son adoption par des partenaires et permettront d'identifier des contributions en espèces ou en nature. Certaines fonctions prises en charge par des partenaires pourraient permettre d'alléger le budget.

CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

La mission d'appui à la préparation à l'épidémie à virus Ebola n'a eu que quelques jours pour réaliser son examen, mais elle a le sentiment d'avoir en fin de séjour une image assez claire des forces et des faiblesses du plan et du dispositif mis en place. Ce résultat a été possible grâce à un soutien sans faille du Ministère de la santé et de la représentation de l'OMS au Togo.

Les quelques visites de terrain couplées à l'exercice de simulation et l'atelier d'examen de la liste consolidée ont permis de faire ressortir les principales forces et faiblesses et d'émettre des recommandations au Ministère de la santé et à l'OMS. L'organisation très rapide de la mission et sa courte durée n'ont pas permis de se rendre en région ni de réaliser un exercice de simulation sur le terrain. Un certain nombre de points mériteraient d'être confirmés (postes-frontières terrestres, postes de soins dans les districts) par des investigations plus poussées.

Ce rapport résume les forces et les faiblesses observées pour chacune des composantes étudiées et propose des recommandations en lien avec les stratégies préconisées par l'OMS pour prévenir et combattre la maladie à virus Ebola. Les principales recommandations ont été synthétisées ci-après et ont été présentées au Premier Ministre le 1^{er} décembre 2014 à 10 heures 30 à la Primature. Un autre compte rendu a été présenté le même jour aux partenaires techniques et financiers réunis au bureau de l'OMS à Lomé. Le représentant de l'OMS au Togo reste disponible pour apporter son appui à ces discussions et à la mise en œuvre du plan national de préparation et de riposte.

La mission recommande fortement d'opérationnaliser la structure de gouvernance spécifique pour la maladie à virus Ebola qui est en place et qui est conforme aux recommandations de l'OMS. Il convient de donner au Comité de gestion les moyens de fonctionner, par une délégation d'autorité, par une planification stratégique et budgétaire et par la coordination avec les autres Ministères et avec les partenaires techniques et financiers. La création prochaine d'une cellule de gestion et d'administration facilitera cette évolution. Il convient également de confirmer le rôle du Comité dans des mécanismes ORSEC ou dans le plan multisectoriel Africom.

Les cellules ont élaboré des directives concrètes et adaptées, et doivent maintenant prioriser les composantes du plan de riposte, organiser les activités et ajuster le budget en conséquence. Ce budget devrait être hiérarchisé et mieux faire apparaître les actions prioritaires et la complémentarité avec les ressources existantes. Ceci faciliterait l'adhésion des partenaires techniques et financiers, associés à travers une plateforme de concertation redynamisée. Le plan et les activités qu'il engage doivent être vus comme une opportunité de renforcement des services de santé du Togo.

Il est recommandé de traduire les directives en modes opératoires standardisés faciles à comprendre. Un programme de formation spécifique doit accompagner ces instructions. Un mandat peut aider à la mise en place des équipes d'intervention rapide, qui doit être doté des ressources humaines et matérielles adéquates. La collaboration de la communauté, des tradipraticiens et des acteurs de la société civile aux activités de surveillance et au suivi des contacts doit être activement recherché.

Il est important d'approfondir très rapidement les formations à l'hygiène, aux précautions universelles et aux spécificités de la protection contre le virus Ebola à donner au personnel soignant et aux agents susceptibles d'avoir des contacts avec les malades. Les unités d'isolement et de traitement envisagées dans le plan doivent être rendues fonctionnelles au plus vite. Enfin, il convient d'identifier des lieux d'inhumation et de préparer les

équipes d'enterrement.

Pour renforcer la surveillance épidémiologique, les directives doivent être traduites en protocoles standards. Les définitions de cas doivent être largement diffusées. Le système de notification des cas suspects doit être consolidé. Les aspects pratiques du suivi des cas contacts doivent être revus. Il est important de conforter les accords d'acheminement des échantillons vers les centres de diagnostic internationaux et d'augmenter le nombre des équipes capables de réaliser des prélèvements de manière sécurisée.

Les points d'entrée aérien et maritime sont bien organisés et équipés. Les points d'entrée terrestres restent très perméables. Il faut veiller à ce que le matériel soit suffisant et à ce que les procédures sanitaires et la bonne utilisation des équipements de protection individuelle soient connues.

Des résumés des recommandations, rassemblés par échéance proposées (actions à mener le plus vite possible, sous 30 jours, sous 60 jours et plus) sont repris dans le tableau ci-dessous. Pour plus de précisions, il convient de se reporter aux analyses par composante.

IMMÉDIAT

1. COORDINATION GLOBALE	<ul style="list-style-type: none"> - Partager le plan national de préparation et de riposte avec les partenaires - Identifier les points focaux Ebola et organiser une plateforme d'échanges réguliers avec les partenaires techniques et financiers. - Traduire les directives en modes opératoires standardisés (MOS) - Solliciter un appui des partenaires pour identifier un expert en appui à la mise en œuvre du plan
4. PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Former les techniciens d'hygiène et assainissement pour prévenir et combattre la maladie à virus Ebola - Lister le matériel et consommables minimums pour chaque unité
5. PRISE EN CHARGE DES CAS	<ul style="list-style-type: none"> - Équiper au plus vite cette unité du CHU Campus avec le matériel nécessaire pour son fonctionnement comme centre de traitement - Identifier formellement les agents devant travailler dans chaque centre, les former et équiper le personnel - Formaliser les autorisations spéciales d'importation pour certains produits d'urgence - Améliorer l'ambulance de Lomé - Formaliser les procédures de gestion des déchets au CHU Campus
8. LABORATOIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les rôles des laboratoires de l'INH et du CHU Campus - Réviser le Guide de laboratoire
10 : BUDGET GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la disponibilité de liquidités nationales et l'attribution des décaissements déjà réalisés (immédiat) - Revoir certaines lignes budgétaires - Partager le plan

À 30 JOURS

1. COORDINATION GLOBALE	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer une feuille de route pour chacune des cellules ; prioriser les actions et les besoins financiers en conséquence - Créer la cellule 'gestion administrative et financière' - Organiser un Centre d'opérations d'urgence - Élaborer un plan de gestion des ressources humaines - Décrire l'organigramme fonctionnel entre AFRICOM/ORSEC/Comité de Gestion
2. ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE	<ul style="list-style-type: none"> - Créer trois équipes d'intervention rapides (EIR) au niveau de Lomé, de Dapaong et de Kara - Élaborer les procédures de fonctionnement de l'EIR - Former les EIR, en particulier sur la biosécurité, et les équiper
3. SENSIBILISATION DU PUBLIC ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et former les groupes cibles (tradipraticiens, chefs de villages, dignitaires religieux) - Mettre en place un système de gestion des rumeurs
4. PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter les MOS de l'OMS pour l'hygiène des mains, le port de combinaisons de protection, la préparation des désinfectants, la gestion des déchets et les diffuser - Approvisionner en matériels et consommables les régions, districts et unités de santé publique. Mettre en place un

	<ul style="list-style-type: none"> - système de gestion des stocks - Identifier les salles d'isolement au niveau de chaque hôpital dans les districts et les postes de santé
5. PRISE EN CHARGE DES CAS	<ul style="list-style-type: none"> - Construire un centre de traitement sur le site du CHU Campus - Rendre fonctionnelles les 5 unités d'isolement dans le pays et établir un système de référence (ambulances) - Élaborer et vulgariser les directives et procédures de fonctionnement des centres d'isolement et des centres de traitement - Formaliser les procédures de gestion des déchets dans les centres d'isolement ou de traitement à venir - Clarifier les responsabilités logistiques - Mettre en place le système d'approvisionnement, de transport et de stockage du matériel Ebola - Former et équiper le personnel des ambulances aux spécificités de la prise en charge des cas de la maladie - Organiser les équipes d'inhumation et identifier les lieux d'inhumation
6. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Standardiser les protocoles de notification dans toutes les structures de santé - Renforcer les mécanismes de collaboration avec le secteur privé - Identifier des agents de santé communautaires/volontaires et les insérer dans le dispositif de surveillance - Mettre en place des mécanismes de collaboration avec le secteur privé - Assurer une large diffusion de la définition de cas dans des versions destinées aux communautés
7. RECHERCHE DES CONTACTS	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et former des équipes pour la recherche des contacts - Mettre en place un système de formation en cascade au niveau des districts sanitaires pour le suivi des contacts - Développer et diffuser des protocoles simples et très clairs pour le suivi des contacts
8. LABORATOIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Doter le laboratoire de référence d'équipements de protection individuelle, de triples emballages, de désinfectants, et de consommables - Mettre en place un service de gestion des données sur la maladie à virus Ebola - Vérifier les conventions avec les laboratoires de référence - Consolider avec les transporteurs les dispositions d'envoi des échantillons
9. MOYENS AUX POINTS D'ENTRÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Doter l'équipe de l'aéroport d'un ordinateur pour la saisie des informations sur les passagers à l'entrée - Accélérer la préparation des lieux d'isolement au niveau de points d'entrée de grande importance dans le pays - Établir la liste minimum des matériels et consommables pour les postes-frontières - Prévoir des mesures incitatives pour le personnel
10. BUDGET GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Retravailler le budget, par actions et par priorités - Partager le plan et le budget avec les partenaires


À 60 JOURS (ou 90 JOURS lorsqu'indiqué entre parenthèses)

1. COORDINATION GLOBALE	<ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel technique aux MOS dérivés des directives des cellules
2. ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE	<ul style="list-style-type: none"> - Mener des exercices de simulation sur le terrain pour les EIR
3. SENSIBILISATION DU PUBLIC ET PARTICIPATION	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer la méthode de mise en œuvre de la mobilisation sociale avec les organisations gouvernementales et ONG expérimentées dans cette activité

COMMUNAUTAIRE	- Définir les indicateurs de suivi de la sensibilisation et de la mobilisation des communautés
4. PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS	- Former le personnel de santé à la prévention et la lutte contre la maladie à virus Ebola dans les hôpitaux régionaux
5. PRISE EN CHARGE DES CAS	- Faire des exercices de simulation avec l'ensemble des parties prenantes : 1) prise en charge d'un cas suspect au CHU ; 2) décès - Augmenter le nombre d'ambulances disponibles et les adapter à la maladie à virus Ebola (au moins une par région ; véhicules tout-terrain) (sous 90 jours).
6. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	- Organiser un atelier sur la définition communautaire de cas et la conduite à tenir devant un cas suspect
8. LABORATOIRES	- Reproduire les modes opératoires standardisés sous forme de posters - Équiper le laboratoire national de référence d'un incinérateur (l'incinérateur actuel devrait être modernisé) et de moyens propres de transport (sous 90 jours). - Évaluer le besoin de renouveler la certification du personnel déjà formé et augmenter le nombre de personnes certifiées pour les envois internationaux d'échantillons biologiques de catégorie A (sous 90 jours).
9. MOYENS AUX POINTS D'ENTRÉE	- Préparer la mise en place d'un mécanisme de dépistage de sortie, dans l'éventualité où des cas seraient confirmés dans le pays

ANNEXES

ANNEXE 1 : Arrêté portant création du Comité de gestion de la maladie à virus Ebola

<p>MINISTERE DE LA SANTE </p> <p>-----</p> <p>CABIINET</p> <p>-----</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>-----</p>	<p>REPUBLIQUE TOGOLAISE</p> <p>Travail-Liberté-Patrie</p> <p>-----</p>
<p>ARRETE N° <u>105</u> /2014/MS/CAB/SG</p>	
<p>Portant création du comité de gestion de la maladie à virus Ebola</p>	
<p>LE MINISTRE DE LA SANTE,</p>	
<p>Vu la loi N° 2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé de la République togolaise ;</p> <p>Vu le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels ;</p> <p>Vu le décret n°2012-004/PR du 29 février 2012 relatif aux attributions des ministres d'Etat et ministres ;</p> <p>Vu le décret n°2013-058/PR du 6 septembre 2013 portant nomination du Premier ministre ;</p> <p>Vu le décret n° 2013-060/PR du 17 septembre 2013 portant composition du Gouvernement, ensemble les textes qui l'ont modifié ;</p> <p>Vu l'arrêté n°021/2013/CAB/SG du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère de la santé ;</p> <p>Vu les nécessités de services,</p>	
<p>ARRETE :</p>	
<p>Article 1^{er} : Il est créé au ministère de la santé, un comité de gestion dans le cadre de la prévention et de la riposte à la maladie à virus Ebola.</p>	
<p>Article 2 : Le comité de gestion est constitué des organes ci après :</p>	
<ul style="list-style-type: none">✓ une cellule de coordination✓ des cellules techniques qui sont :<ul style="list-style-type: none">- Cellule Information, Education et Communication- Cellule hygiène et assainissement- Cellule de prise en charge- Cellule laboratoire- Cellule logistique- Cellule de veille	

- ✓ Des centres d'isolement et de prise en charge des cellules techniques régionales
- ✓ Un comité de partenaires ;
- ✓ Un Fonds spécial.

Article 3 : Le comité de gestion de la maladie à virus Ebola a pour mission de renforcer les capacités nationales pour la prévention et le contrôle de la maladie à virus Ebola au Togo.

Spécifiquement le comité a pour objectifs de renforcer :

1. La coordination des interventions de lutte contre l'épidémie de Maladie à virus Ebola à tous les niveaux ;
2. La surveillance active et l'alerte précoce pour faire face à une épidémie de la maladie à virus Ebola dans le cadre de la SIMR et du RSI 2005;
3. L'information au public et la mobilisation sociale ;
4. Les capacités de prise en charge médicale des cas suspects de la maladie à virus Ebola et psychosociale des survivants et des familles des victimes;
5. Les capacités de diagnostics au laboratoire ;
6. Les mesures d'hygiène et d'assainissement pour la prévention des contaminations au niveau des structures sanitaires et dans la communauté.

Article 4 : La cellule de coordination

Elle est composée des personnes désignées ex qualité suivantes :

- Ministre de la Santé, Président,
- Pr NAPO-KOURA Gado Agarassi, secrétaire général du ministère de la santé,
- 1^{er} Vice-Président,
- Pr SONGNE Badjona, directeur central du service de santé des forces armées, 2^{ème} Vice-Président,
- Directeur de Cabinet du Premier Ministre,
- Pr PRINCE-DAVID Mireille, médecin biologiste,
- Dr NASSOURY Danladi Ibrahim, chef de division de l'épidémiologie
- Un (01) Représentant de l'OMS
- Un (01) Représentant de l'UNICEF
- Un (01) Représentant du ministère de l'économie et des finances
- Les présidents de chaque cellule technique
- Dr SADZO-HETSU Komi, conseiller technique du ministre de la santé
- Dr TCHAMDJA Potougnima, conseiller technique du ministre de la santé

Article 5 : La cellule Information Education et Communication(IEC).

Elle est composée comme suit :

- M. BANASSIM Kalédjora, conseiller en communication au ministère de la santé, Président
- M. KOFFI-KUMA Edem, chef service national d'information, éducation et communication (SNIEC),
- M. LAWSON BODY Dosseh, communicateur au SNIEC

- Mme TENA Kanma Nanah, point focal communication à la division de l'épidémiologie
- M. KOUWONOU Raymond, chargé de communication à l'UNICEF
- M. HOTOWOSSI Komivi, chargé de communication à l'OMS
- Mme ESSOH Akuvi Virginie, communicatrice à la Croix Rouge Togolaise
- Un (01) Représentant du ministère des postes et de l'économie numérique
- Un (01) Représentant du ministère de la communication.

Article 6 : La cellule Hygiène et Assainissement est composée des personnes ci-après:

- M. SANI Amidou, chef division Hygiène et Assainissement, Président
- KANOU Yamdi, assistant au CHU Campus
- M TAMAKLOE Mawuvi Gerson, chargé de l'hygiène et assainissement à l'OMS
- Un (01) Représentant du ministère de l'équipement rural
- Un(01) Représentant du ministère de l'environnement et des ressources forestières
- Un (01) Représentant du ministère de l'agriculture de l'élevage et de la pêche
- Deux (02) Assistants d'hygiène des services de santé des armées.

Article 7 : La cellule de prise en charge

Elle est composée de :

- Dr PATASSI Akouda, médecin spécialiste des maladies infectieuses au CHU S-O, Président
- Dr IHOU Wateba Majesté, médecin spécialiste des maladies infectieuses au CHU S-O
- Dr TCHANGAI Simfeitchou, médecin urgentiste au CHU S-O
- Dr YABCOUBOU Abdel Raouf, médecin au service de médecine interne au CHU Campus
- Dr EKOUE Komlan, médecin urgentiste au CHU S-O
- M. TSATSU Komivi Ametesse, infirmier d'Etat au service des maladies infectieuses au CHU S-O
- M. ADIAKPOR Atsu, IDE au service des maladies infectieuses au CHU S-O
- M. KAWEKA Kokou Simkala, IDE de médecine interne au CHU Campus
- Un (01) Représentant du ministère de l'action sociale de la promotion de la femme et de l'alphabétisation
- M. N'KADJAOU Bellaka Malonga, IDE de médecine interne au CHU Campus.

Article 8 : La Cellule laboratoire est composée de :

- Pr DAGNRA Anoumou, médecin biologiste au CHU S-O, Président
- Dr DORKENOO Ameyo, chef division des laboratoires du ministère de la santé
- Dr BADZIKLOU Kossi, directeur adjoint de l'institut national d'hygiène
- Dr SADJI Adao Yao, médecin microbiologiste, chef laboratoire à l'INH
- Dr HALATOKO Wemboo Afiawa, médecin biologiste, chef laboratoire à l'INH
- Dr DOSSIM Sika, biologiste au CHU Campus
- M. MAMAN Issaka, ingénieur biologiste à l'INH

- M. AMAVI Tété Tékli, TSL au CHU Campus
- M. HOUNOGBE A. Sogbéli, ingénieur des travaux d'analyses biologiques au CHU Campus.

Article 9 : La Cellule logistique est composée de :

- Médecin Colonel KARKA Kourahom, représentant des services de santé des armées et sapeurs pompiers, président
- Dr AGBETIAFA Komlan, médecin au service de médecine Interne au CHU Campus
- M. GOTTOH Komi, gestionnaire des services de santé au secrétariat général
- M. BASSIMBOKOA Komla, logisticien à la division de l'épidémiologie
- M. AKOLY Koffi, ingénieur épidémiologiste à l'INH
- M. KOKBA Adjah Komla, ingénieur des travaux biologiques à l'INH
- Un (01) Représentant du ministère des travaux publics et transports
- Un (01) Représentant du ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et des collectivités locales
- Un (01) Représentant du ministère de la sécurité et de la protection civile
- M. ADJIVON Mawulolo, Croix Rouge Togolaise.

La cellule
Article 10 : Le Comité de veille est composée de :

- Dr DOGBE Koku Sika, directeur général de la santé, président
- Pr VOVOR Ahoéfa, conseiller technique à la croix rouge togolaise
- Dr TAMEKLOE Tsidi Agbéko, chargé de la surveillance épidémiologique
- Dr KERE Abiba épouse BANLA, directrice de l'institut national d'hygiène
- Dr TCHANGAI Tchatcha, responsable du centre de santé de l'Aéroport
- Un (01) Représentant de l'ordre national des médecins du Togo
- Un (01) Représentant de l'association des médecins privés du Togo
- Dr BASSABI Kpanté, responsable du service de santé de l'ANAC
- le directeur du CHU S-O
- le directeur du CHU Campus
- Dr AGBEKU Jérôme, responsable prévention et contrôle des maladies à l'OMS
- Médecin Lieutenant Colonel AFATSAO Komivi, représentant des services de santé des armées
- Mme ADANLETE Akuélé, épouse LAWSON, directrice du service médico-social du Port.

Article 11 : Les cellules techniques sont représentées au niveau de chaque région sanitaire par :

- le directeur régional de la santé
- le point focal régional surveillance épidémiologique
- le logisticien régional
- le chef service régional IEC
- le chef service hygiène et assainissement
- le chef service laboratoire du CHR et du CHU Kara pour la région de la Kara

- le médecin-chef de médecine des CHRs et du CHU Kara
- le médecin-chef de pédiatrie des CHRs et du CHU Kara.

Article 12 : Il est créé dans chaque centre hospitalier régional un centre d'isolement et de prise en charge d'éventuel cas de maladie à virus Ebola.

Le centre d'isolement du CHU Campus est le site de référence national.

Article 13 : Le comité des partenaires regroupe :

- OMS, chef de file
- UNICEF
- COAS
- UNFPA
- Croix Rouge Togolaise
- Plan Togo
- AFD
- Togo Télécom
- Togo Cellulaire
- Moov.
- ANAC,
- Port Autonome de Lomé
- TVT
- EDITOGO
- SALT

Article 14 : Chaque cellule élabore son plan de lutte qui sera intégré dans le plan global de gestion de l'épidémie.

Article 15 : Les différentes cellules peuvent s'adjoindre d'autres compétences en cas de besoin.

Article 16 : Pour la gestion, la prévention et la riposte à la maladie à virus Ebola, un fonds spécial est créé.

Ce fonds spécial est alimenté par une dotation spéciale de l'Etat et des partenaires.

Article 17 : Le Secrétaire général du ministère est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la République togolaise.

Lomé, le 20 AOÛT 2014

Le Ministre de la santé

SIGNE

Kwesi Séléagodji AHOOMEY-ZUNU

AMPLIATIONS

PR.....	01
PM.....	01
TOUS MINISTERES.....	25
DRS.....	06
CHU.....	03
CHR.....	06
SSA.....	01
PARTENAIRES.....	18
INTERESSES.....	78

Pour ampliation
Le Secrétaire Général



[Handwritten signature]

Professeur NAPO-KOURA Gado Aagarassi

Logo of the United Nations (Organisation des Nations Unies) | Logo of the Republic of the Ivory Coast (REPUBLIQUE CÔTE D'IVOIRE) | Logo of GPTF

LES SIGNES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

The infographic features a central illustration of a man in a blue shirt holding a mobile phone with '111' on the screen. A speech bubble above him says 'Allo 111!' and a thought bubble shows a building labeled 'CENTRE DE SANTE'. Red arrows point from six surrounding circular illustrations towards this central figure. Each illustration depicts a specific symptom: a person shivering with a fever, a person holding their back in pain, a person slumped over with fatigue, a person with blood in their stool, a person vomiting, and a person with a bloody nose.

Fièvre brusque

Douleurs articulaires et musculaires

Fatigue intense

Diarrhée avec ou sans traces de sang

Vomissement avec ou sans traces de sang

Saignements

Allo 111!

CENTRE DE SANTE

En présence de ces signes, appeler gratuitement le **111** ou contacter le centre de santé le plus proche

COMMENT EVITER LA MALADIE A VIRUS EBOLA ?

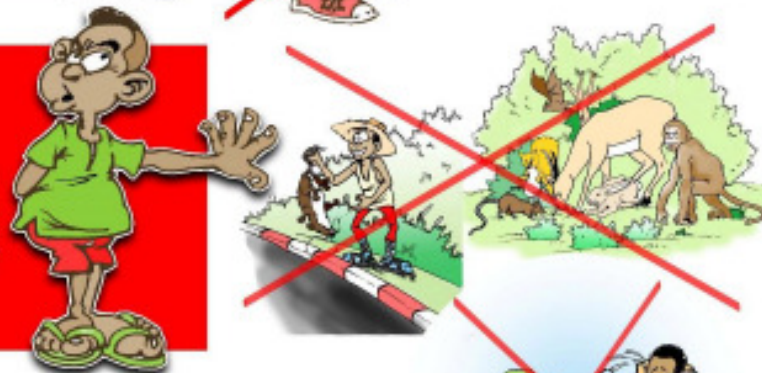
Lavons-nous
les mains plusieurs fois par jour
avec de l'eau et du savon



Evitons
tout contact avec
toutes personnes
présentant les signes
de la maladie à virus
Ebola et leurs affaires



Evitons
de toucher les
animaux sauvages
vivants ou morts et
de consommer leur
viande



Evitons de toucher le corps des personnes
mortes d'Ebola ou de causes inconnues



Pour toute autre information, appeler gratuitement le numéro **111**

ANNEXE 3 : Définition de cas utilisée dans les directives nationales

Source : Directives de la lutte contre la maladie à virus Ebola au Togo. (cellule de veille), octobre 2014. 44 pages.

2.1.1. Définition d'un cas de Maladie à virus Ebola

Cas suspect (ou clinique):

Toute personne malade ou décédée qui a ou a eu de la fièvre associée à au moins trois des signes suivants :

- diarrhée avec ou sans sang
- vomissement avec ou sans sang (hématémèse)
- douleur à la gorge
- Fatigues intenses
- saignements des gencives
- épistaxis (saignements du nez)
- conjonctives injectées
- pétéchies / purpura (des taches rouges sur le corps)
- selles sanglantes, ou mélaena (selles liquides noires)
- autres signes hémorragiques

N.B. Le sang n'est présent que dans moins de la moitié des cas

Cas probable : (avec ou sans saignements)

Toute personne vivante ou décédée qui a été en contact avec un cas clinique de maladie à virus et qui présente ou a présenté une fièvre aiguë, avec ou sans saignements

OU

Toute mort inexpliquée. La distinction entre cas suspect et cas probable n'a en pratique qu'une importance relative pour le contrôle des flambées.

Contact : Définition courante des sujets-contacts d'un cas de malade à virus d'Ebola

Sujet-contact d'un cas de malade à virus d'Ebola :

Toute personne ayant été en contact avec un cas de malade à virus Ebola dans les 21 jours précédant le début des symptômes (du cas contact) selon au moins une des modalités suivantes :

- a dormi dans le même foyer que le cas malade
- a eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie
- a eu un contact physique direct avec le cas (décédé) pendant les funérailles
- a eu un contact direct avec le sang ou les fluides corporels du cas pendant sa maladie
- a eu un contact direct avec les vêtements ou le linge du patient
- a été allaité au sein par un cas

Sujet-contact d'un animal mort ou malade :

Toute personne ayant été en contact avec un animal mort ou malade dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes selon au moins une des modalités suivantes :

- a eu un contact physique direct avec l'animal
- a eu un contact direct avec le sang ou les fluides corporels de l'animal
- a dépecé l'animal
- a mangé de la viande de brousse crue

Sujet-contact d'un laboratoire :

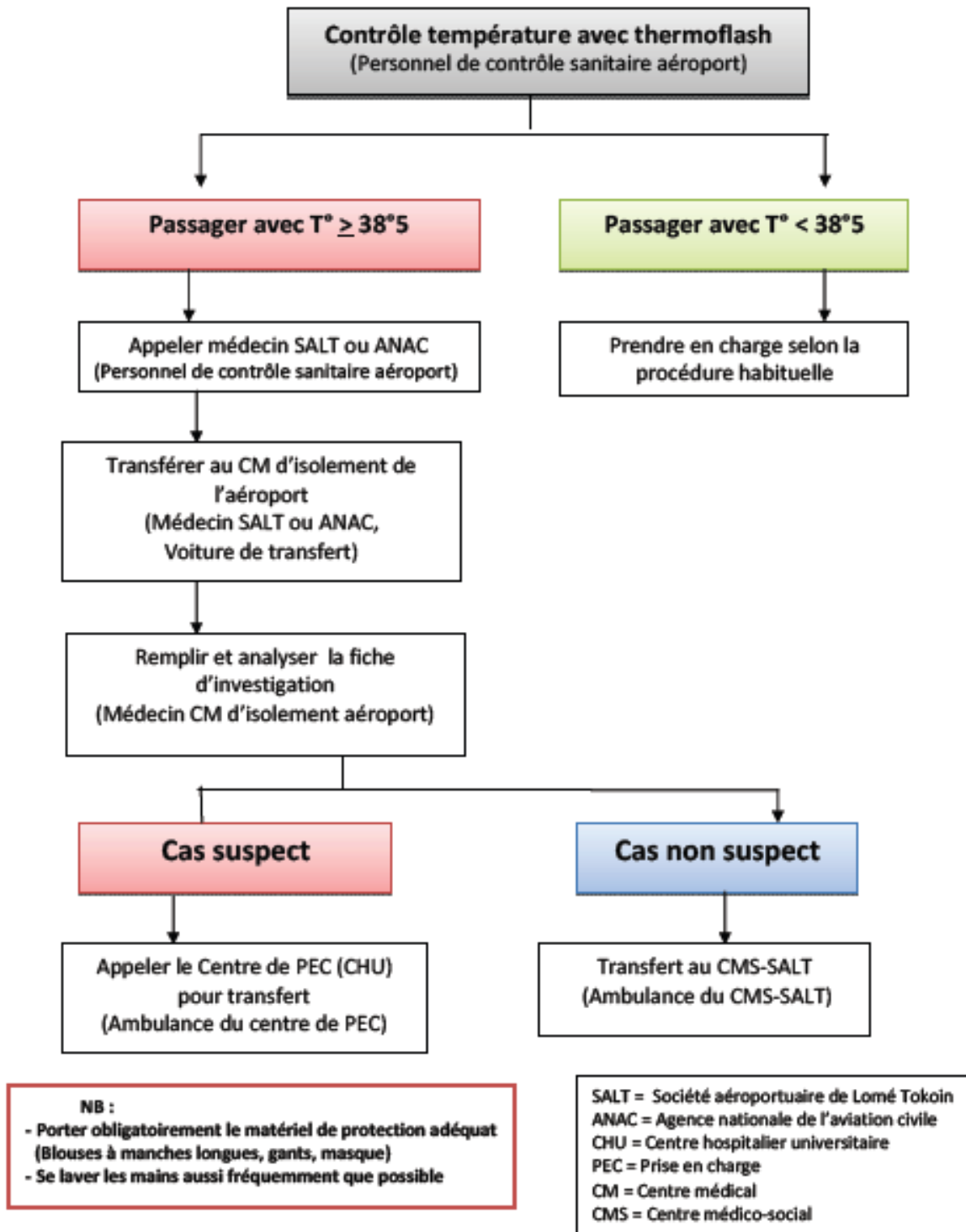
Toute personne ayant travaillé dans un laboratoire dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes selon au moins une des modalités suivantes :

- a eu un contact direct avec des prélèvements de patients suspects d'Ebola ou de Marburg
- a eu un contact direct avec des prélèvements d'animaux suspects d'Ebola

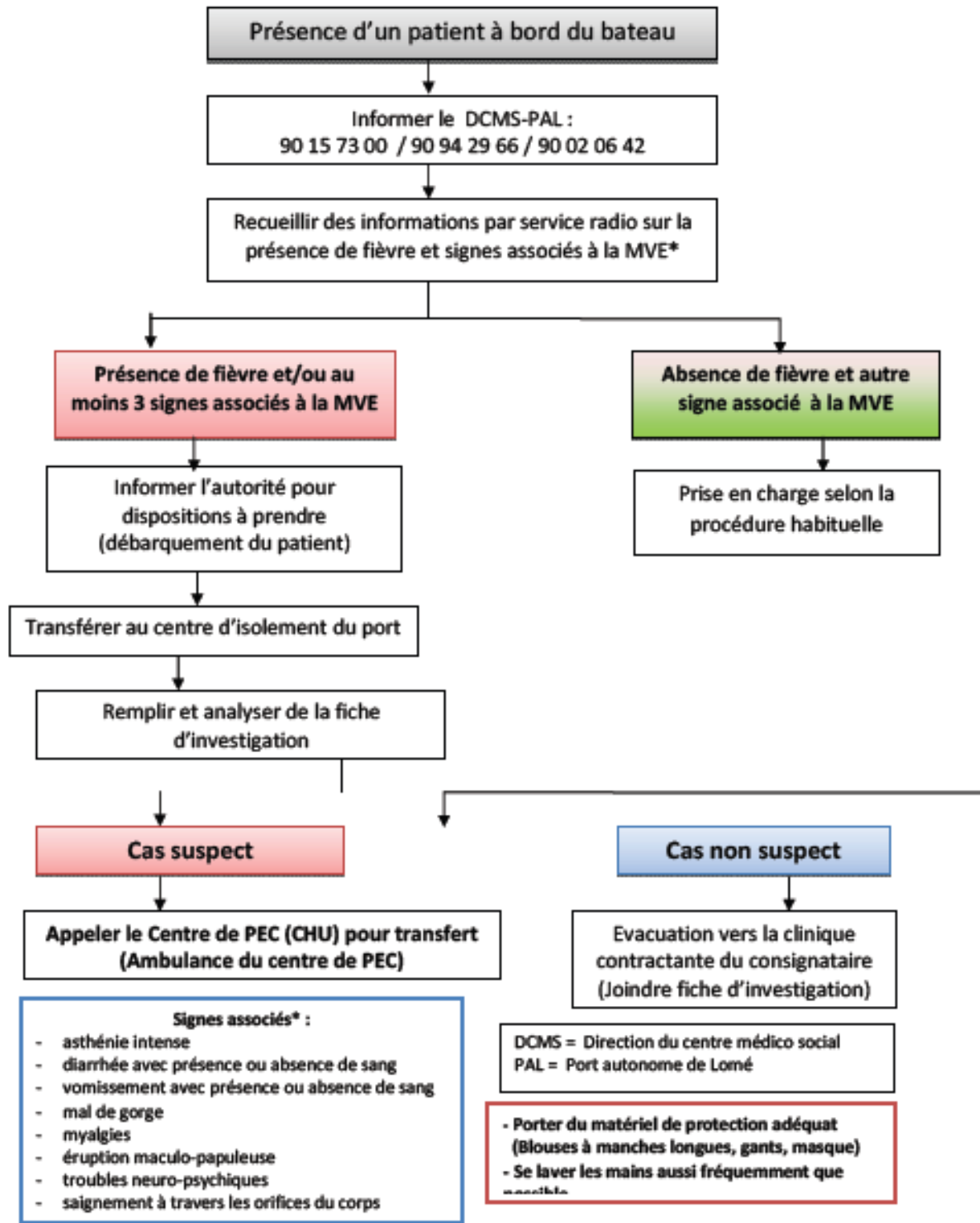
ANNEXE 4 : Algorithmes utilisés dans la surveillance

Source : Directives de la lutte contre la maladie à virus Ebola au Togo. (cellule de veille), octobre 2014. 44 pages.

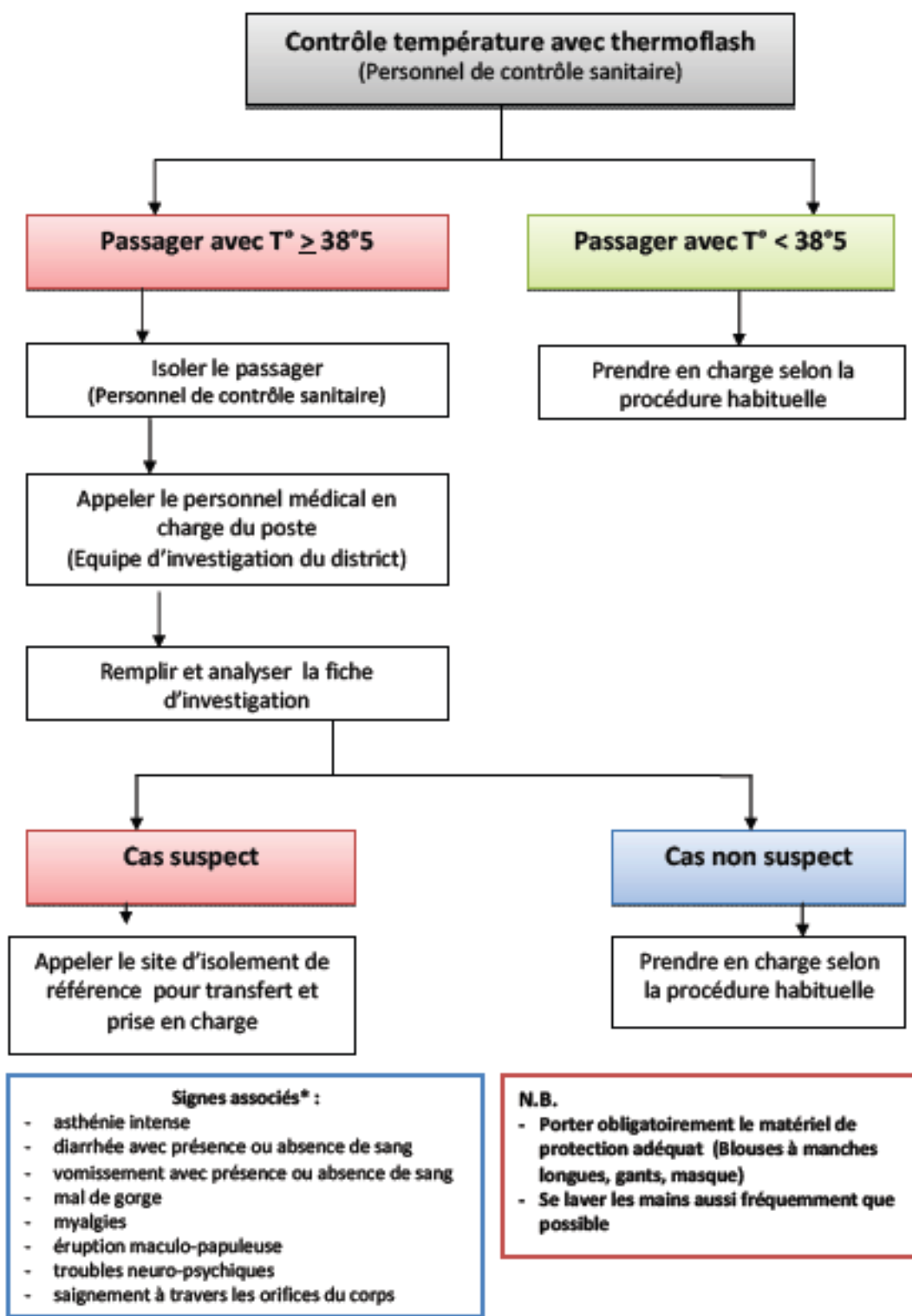
Algorithme de surveillance de la maladie à virus Ebola à l'aéroport de Lomé



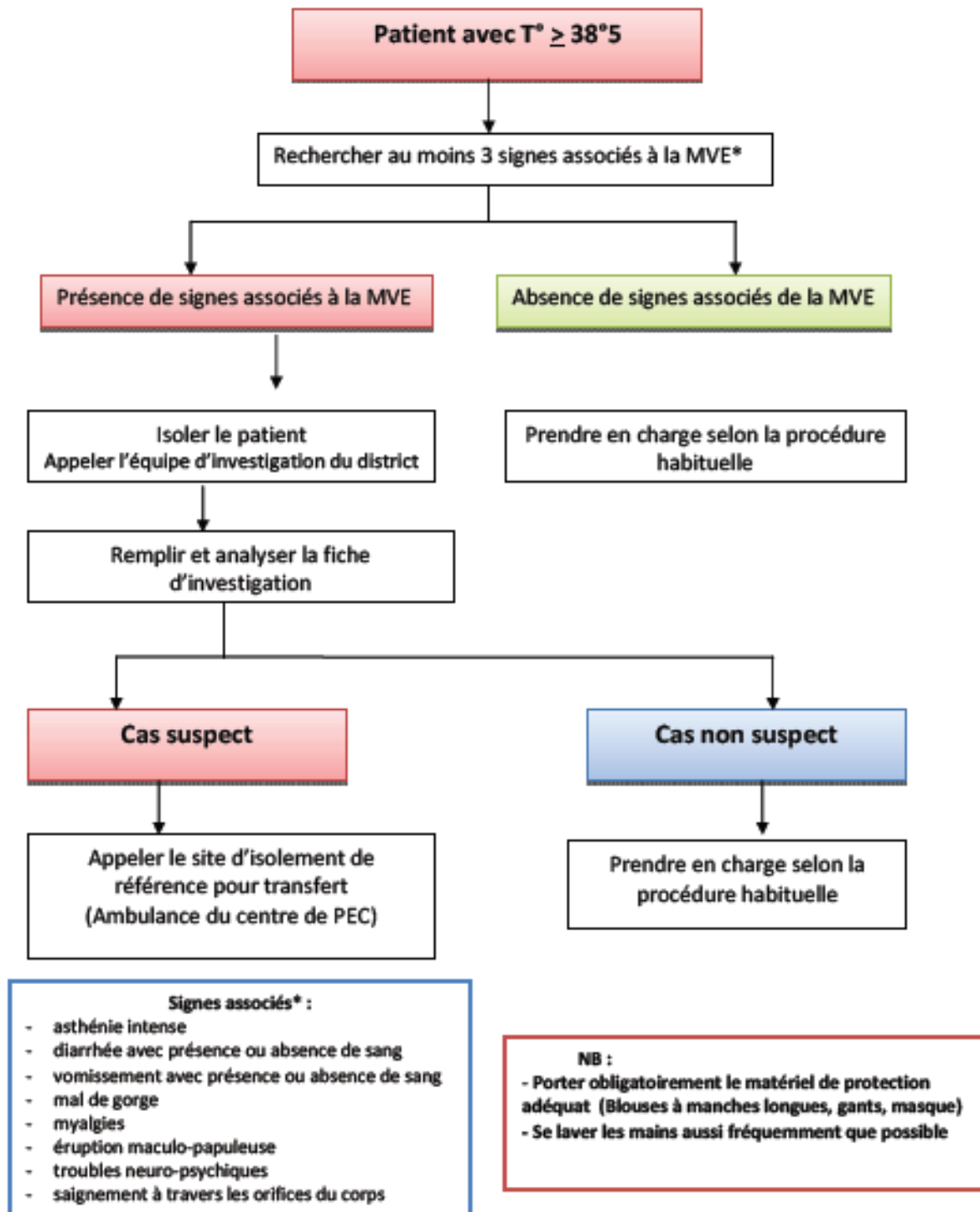
Algorithme de surveillance de la maladie à virus Ebola au Port Autonome



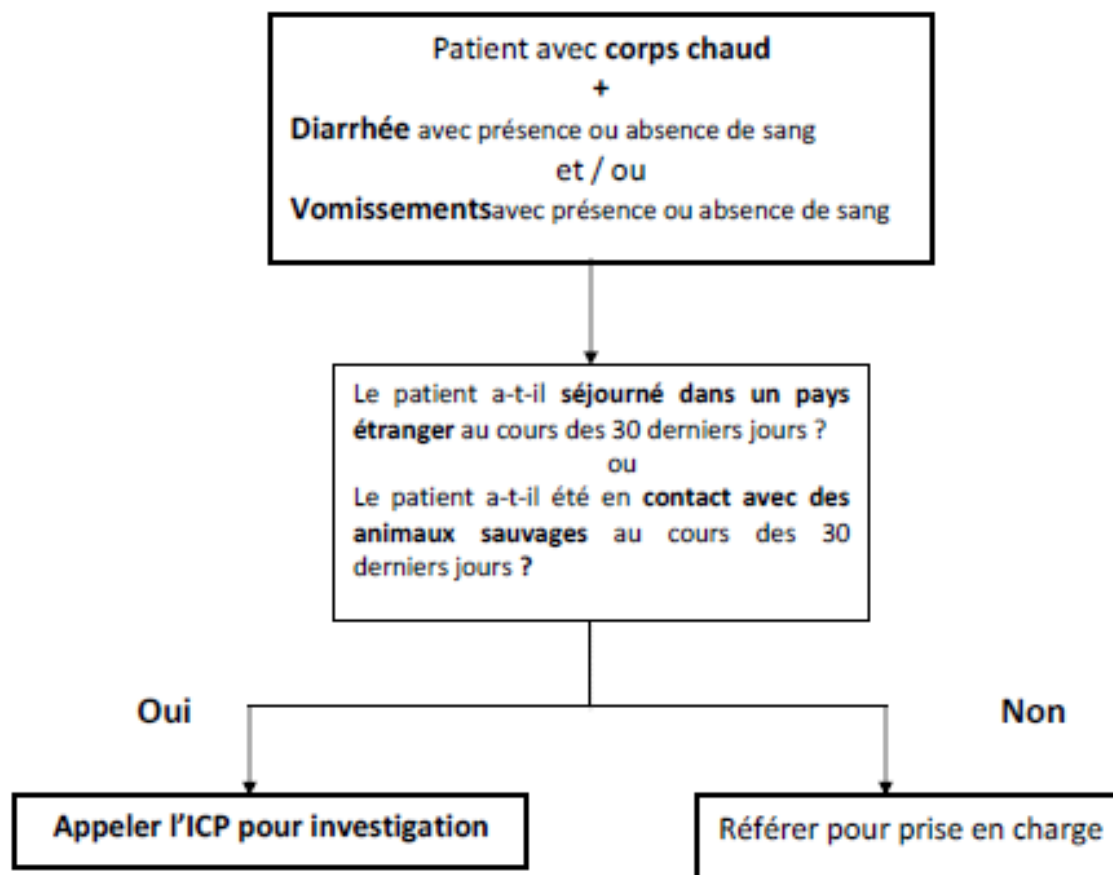
Algorithme de surveillance de la Maladie Virus Ebola aux frontières terrestres



Algorithme de surveillance de la maladie à virus Ebola dans les formations sanitaires publiques / privées



Algorithme de surveillance de la maladie à virus Ebola
Au niveau communautaire



NB :

- Porter obligatoirement le matériel de protection adéquat (Blouses à manches longues, gants, masque)
- Se laver les mains aussi fréquemment que possible

Signes associés à la MVE :

- fièvre d'apparition brutale
- asthénie intense
- diarrhée avec présence ou absence de sang
- vomissement avec présence ou absence de sang
- mal de gorge
- douleurs musculaires
- éruption maculo-papuleuse
- troubles neuro-psychiques
- saignement à travers les orifices du corps

ANNEXE 5 : Fiche proposée dans les directives nationales pour l'investigation des cas

MINISTRE DE LA SANTE REPUBLIQUE TOGOLAISE
 Travail-Liberté-Paix
SECRETARIAT GENERAL

Comité national de lutte contre la Maladie à virus Ebola

Fiche d'investigation de cas suspect de maladie à virus d'Ebola

Numéro d'identification du cas: Pays _____ Région _____ District _____ Année _____ numéro _____ Date _____

1- Date de détection du cas _____ / _____ / _____

2- Cas notifié (préciser le lieu) : Aéroport, Port, Frontière terrestre, Centre de santé/Hôpital _____, Autre : _____

3- Fiche remplie par (nom et prénom) _____

4- Information transmise par (nom et prénom) _____

5- Lien de parenté avec le patient _____

Identité du cas

6- Nom _____ Prénoms _____

7- Fils/fille de (nom père/mère) _____

8- Date de naissance _____ / _____ / _____ Âge (ans) _____ Sexe : M F

9- Pays de Résidence habituelle _____

10- Village/Quartier de résidence _____ district _____

11- Nationalité : _____

12- Pays de provenance: _____ Ville (City) _____ Contact _____

Séjour au Togo

13- Domicile : Quartier _____ N° de Rue _____ Téléphone _____

14- Hôtel _____ ; Téléphone _____

15- Durée du séjour : Résident, Transit : De _____ a _____

Profession du Cas

16- Profession du cas (cocher la case qui convient)

Planteur Ménagère Chasseur/Marchand de viande de brousse

Personnel de santé, Élève/Étudiant Autre (à préciser) _____

Statut du cas

17- État du cas à la détection Vivant Décédé

- Si décédé, date du décès _____ / _____ / _____

18- Lieu du décès: _____

Communauté, nom du village/quartier _____ District _____

Hôpital, nom et service _____ District _____

Histoire de la maladie

19- Date de début des symptômes _____ / _____ / _____

20- Est-ce que le cas s'est déplacé pendant la maladie : Oui Non

- Si oui, remplir les itinéraires :

Pays _____ District _____ Ville _____ Hôpital _____

Pays _____ District _____ Ville _____ Hôpital _____

Pays _____ District _____ Ville _____ Hôpital _____

Clinique

21- Le cas a-t-il eu de la fièvre ? Oui Non

- Si oui, Quel est le chiffre _____ °C, date de début de la fièvre: _____ / _____ / _____

22- Est-ce que le cas présente ou a présenté un des symptômes suivants:

- céphalées Oui Non
- diarrhée Oui Non
- coliques abdominales Oui Non
- vomissements Oui Non

- Si oui, expliquer de quel type de traitement il s'agit : _____

30 - Le cas a-t-il assisté à des funérailles au cours des 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non

31 - Le cas a-t-il été en contact avec un animal sauvage au cours des 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non

- Si oui, Type d'animal _____ Localisation _____ Date ____/____/____

32 - Le cas s'est-il rendu dans une grotte habitée par des chauves-souris au cours des 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non

33 - Au cours des 21 jours précédents votre départ, avez-vous manipulé ou consommé de la viande d'animaux sauvages (vivant ou mort)? Oui Non

- si oui, lequel _____

34 - Le cas a-t-il voyagé au cours des 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP ; Si oui, préciser les lieux et dates :

Pays _____ Ville _____ De _____ A _____

Pays _____ Ville _____ De _____ A _____

Pays _____ Ville _____ De _____ A _____

35 - Classification finale du cas (cocher la case qui convient)

Suspect Probable Non cas

- fatigue intense Oui Non
- anorexie Oui Non
- douleurs musculaires Oui Non
- difficulté à avaler Oui Non
- difficulté à respirer Oui Non
- toux intense Oui Non
- éruptions cutanées Oui Non
- saignement aux points d'injection Oui Non
- saignement des genives (gingivorragie) Oui Non
- saignement des yeux (injection conjonctivale) Oui Non
- selles noires ou avec du sang (méléna) Oui Non
- sang dans les vomissures (hématémèse) Oui Non
- saignement du nez (épistaxis) Oui Non
- saignement vaginal autre que les règles Oui Non

Risques d'exposition :

23- Au cours des 21 jours précédents, le cas a-t-il été en contact avec un cas suspect ou un cas confirmé avant le début des symptômes? Oui Non NSP

- Si oui, préciser : Nom et Prénoms du cas _____ Pays _____

24- Au moment du contact, le cas était vivant ou décédé, date ____/____/____

25- Date du dernier contact avec le cas confirmé ou cas suspect ____/____/____

26- Au cours des 21 jours précédents, le cas a-t-il été hospitalisé ou a-t-il rendu visite à un proche hospitalisé avant le début des symptômes? Oui Non

- Si oui, où _____ Entre (dates) ____/____/____ - ____/____/____

27 - Le cas a-t-il rendu visite/consulté un guérisseur / tradipraticien au cours des 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non


- Si oui, Nom du guérisseur _____ Village _____ District _____

28 - Quand et où la visite a-t-elle eu lieu? Lieu _____ Date : ____/____/____

29 - Le cas a-t-il reçu un traitement traditionnel? Oui Non

ANNEXE 6 : Fiche de renseignements utilisée au niveau des points d'entrée

Source : Directives de la lutte contre la maladie à virus Ebola au Togo. (cellule de veille), octobre 2014. 44 pages.

MINISTRE DE LA SANTE		REPUBLIQUE TOGOLAISE Travail -Liberté - Patrie
Fiche de notification aux points d'entrée (Aéroport, port, terrestres)		
Point d'entrée (Entry Point) : _____, Date (Date) _____		
1-N° de Vol (Fly)/ _____ N° de Siège (Seat) _____,		
2- Température du passager ? _____ °c		
Identification du passager (Passenger Identification):		
3-Nom (Name) _____ Prénoms (Surname) _____		
4-Age (Age) _____, Sexe (Gender) _____, Profession _____		
5-CNI/ ID/ Passeport/ N° _____, Pays (country) _____		
Contact au Togo :		
6-Domicile : Quartier _____ N° de Rue _____ Téléphone _____		
7-Hôtel _____ ; Téléphone _____		
8-Email _____		
Recherche des principaux signes à l'entrée au Togo :		
7- Au cours des 21 jours précédents votre départ, avez-vous souffert ou souffrez vous actuellement des symptômes/signes suivants : Oui (Yes) <input type="checkbox"/> Non (No) <input type="checkbox"/> , si oui lesquels		
o Fièvre (Fever) :	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Fatigue (Fatigue) :	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Vomissement (Vomiting):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Vomissement avec du sang (Vomiting with blood):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Diarrhée (Diarrhoea) :	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Diarrhée avec du sang (Diarrhoea with blood):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Saignement nasal (Bleeding from nose):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Saignement de la peau (Bleeding from skin):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Douleurs musculaires/articulaire (Joints/Muscles pain):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
o Saignement dans la bouche (Bleeding from mouth):	oui (Yes) <input type="checkbox"/>	non (No) <input type="checkbox"/>
8- Date du début des Symptômes/signes (Date of onset) _____		

ANNEXE 7 : Formulaire utilisé pour le suivi des cas contacts

Source ; Directives de la lutte contre la maladie à virus Ebola au Togo. (cellule de veille), octobre 2014. 44 pages.

Equipe : Date de la première observation : Durée du suivi :
 (Le suivi doit durer au minimum 21 jours après la date de dépistage d'un cas)

I. IDENTIFICATION

Nom du cas Classification (entourer une mention) :
 Clinique Probable

Nom du chef de famille
 Adresse Zone
 Quartier
 Nombre de personnes dans le foyer

II. PERSONNES VIVANT DANS LE FOYER ET ETAT CLINIQUE

Personne	1	2	3	4	5	6	7
Nom							
Prénom							
Lien de parenté							
Sexe							
Age							
Dernier contact							
Type de contact :							
soins							
enterrement							
physique							
présence							
Symptômes							
forte fièvre							
nausées / vomissements							
céphalées							

perte d'appétit									
diarrhée									
fatigue									
intense									
douleurs abdominales									
douleurs générales									
déglutition difficile									
respiration difficile									
Hoquets									
Gingivite									
conjonctives injectées									
petéchie / purpura									
Mélaena									
vomissements de sang									
saignements de nez									
Autres									

III. OBSERVATIONS / COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 9 : Accord de collaboration dans le cadre du réseau RESAOLAB

MINISTRE DE LA SANTE *W*

CABINET

SECRETARIAT GENERAL *W*

DIRECTION DES PHARMACIES, LABORATOIRES
ET EQUIPEMENTS TECHNIQUES

DIVISION DES LABORATOIRES *W*

N° 1367 /2014/MS/CAB/SG/DPLET/DL

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie

31 AOU 2014

Le Ministre de la Santé

A

**Monsieur le Coordonnateur central du
Projet RESAOLAB**

Lyon - France

Objet : Accord de collaboration avec le CNR de l'Institut
Pasteur de Lyon pour le diagnostic biologique des cas suspects
d'Ebola à travers le projet RESAOLAB

Monsieur le Coordonnateur Central,

C'est avec satisfaction que nous avons reçu votre demande de collaboration entre le Centre National de Référence des Fièvres Hémorragiques Virales et les sept pays de la sous-région dont le Togo, à travers le projet RESAOLAB pour une gestion efficace et coordonnée de la confirmation biologique des cas suspects d'Ebola.

Nous voudrions tout d'abord vous remercier de l'intérêt que vous portez à notre système de santé et plus spécifiquement au secteur de la biologie médicale surtout en ces périodes où les pays de la sous-région sont menacés par ce virus.

Votre proposition de collaboration à laquelle j'adhère totalement vient une fois encore démontrer votre volonté de nous accompagner dans la quête des soins de qualité à nos populations.

C'est pour cette raison que je donne un avis favorable pour cette collaboration et vous prie d'interagir avec la cellule nationale de crise mise en place à cet effet pour une optimisation de cette collaboration.

Veillez agréer, **Monsieur le Coordonnateur Central**, l'assurance de ma considération distinguée.



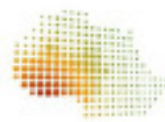
Kwesi Séleagodji AHOOMEY-ZUNU

B.P. 386 Lomé-Togo

[Tél. 22 21 38 01 / 22 22 42 61]

[Fax : 22 22 20 73]

**ANNE
XE XX :**



resaolab

Appui de RESAOLAB à la lutte contre l'épidémie d'Ebola

Fondation Mérieux
Juillet 2014

Contenu

A propos de RESAOLAB	2
A propos de la Fondation Mérieux	2
RESAOLAB en Guinée	3
EBOLA en Guinée	3
Appui en réponse à la crise sanitaire Ebola en Guinée	4
Appui à plus long terme en Afrique de l'Ouest	4

RESAOLAB est mis en œuvre par la Fondation Mérieux grâce au soutien de l'Agence Française de Développement, la Banque Islamique de Développement, la Coopération Internationale Monégasque, la Fondation Stavros Niarchos et la Fondation Mérieux. L'OMS, l'OOAS et l'UEMOA participent à ce programme.



A propos de RESAOLAB

RESAOLAB : Réseau de l'Afrique de l'Ouest des Laboratoires est un réseau inter-pays qui a été initié par la Fondation Mérieux en 2009 en collaboration avec les ministres de la santé du Burkina Faso, du Mali et du Sénégal. Quatre nouveaux pays ont rejoint le réseau en 2013 : le Bénin, la Guinée Conakry, le Niger et le Togo. Le programme est mis en œuvre grâce au soutien de l'Agence Française de Développement, la Banque Islamique de Développement, la Coopération Internationale Monégasque, la Fondation Mérieux et la Fondation Stavros Niarchos. L'OMS, l'OOAS et l'UEMOA accompagnent également cette initiative.

RESAOLAB est le premier programme régional qui apporte une réponse à cette problématique de santé publique. Conçu avec les acteurs de santé ouest africains il prend en compte l'ensemble des facteurs qui affectent la gouvernance et la performance des laboratoires. Les objectifs spécifiques sont liés aux 6 éléments du système de santé tels que définis par l'OMS et le Fonds mondial, et adaptés au laboratoire :

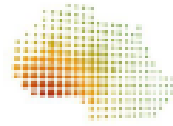
1. Améliorer les services de laboratoire
2. Développer, former et motiver les ressources humaines
3. Mettre en place un système de gestion des informations dans les laboratoires
4. Améliorer l'accès à des outils permettant d'effectuer des diagnostics de qualité
5. Augmenter le financement des systèmes de laboratoire
6. Renforcer les directives et la gouvernance des laboratoires

A propos de la Fondation Mérieux

Créée en 1967, la Fondation Mérieux est une fondation familiale indépendante, reconnue d'utilité publique. Sa mission est de contribuer à la santé mondiale par le renforcement des capacités locales des pays en développement pour réduire l'impact des maladies infectieuses sur les populations vulnérables.

Son action s'articule autour de trois objectifs :

1. **Renforcer les capacités de recherche** localement par des programmes collaboratifs sur des pathologies spécifiques des pays défavorisés, en formant les chercheurs et en développant des outils de diagnostic pour une meilleure identification des maladies infectieuses.
2. **Accroître l'accès des personnes vulnérables au diagnostic** par le renforcement des capacités de biologie clinique dans les centres régionaux de santé publique.
3. **Favoriser les échanges et le partage des connaissances** entre les acteurs de la santé pour contribuer à la diffusion et au développement des savoirs et des projets innovants.



resaolab

RESAOLAB en Guinée

Les activités décrites pour RESAOLAB sont adaptées aux réalités et aux besoins de la République de Guinée, dont :

- Pour l'amélioration des prestations de laboratoire : la mise en place d'un plan national d'Assurance qualité, de supervisions des laboratoires et d'une Evaluation externe de la Qualité (EEQ) ;
- Pour la formation initiale : octroi de 2 bourses pour un DES de biologie clinique, Réhabilitation de salles de TP à l'école de techniciens de Kindia, des bourses de formation (Master) pour 5 techniciens supérieurs ;
- Pour la formation continue : formation à l'aide de 10 modules pour l'ensemble des techniciens soit au centre national (Construction d'un bâtiment à l'IPPS de Conakry), soit au centre de formation régional de Kindia ;
- Pour l'appui à la surveillance épidémiologique : Mise en place dans les laboratoires régionaux d'un Système Informatisé de Gestion (SIGL).

EBOLA en Guinée

Selon les chiffres de l'Organisation mondiale de la Santé, en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, un total de 544 cas de fièvre Ebola a été détecté, dont 467 décès.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tire la sonnette d'alarme. Ce mardi, elle a annoncé avoir recensé 759 cas de contamination par le virus Ebola en Afrique de l'ouest. Ainsi, le nombre de décès causés par l'épidémie de fièvre Ebola en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone était de 467 lundi.

Le précédent bilan de l'OMS du 24 juin faisait état de 599 cas dont 338 décès. Ce qui dénote d'une hausse de la pandémie, poussant l'OMS à publier, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, en mars 2014, les statistiques détaillées différenciant les cas confirmés, suspects et probables dans les trois pays affectés.

La Fondation Mérieux, grâce au projet RESAOLAB est en permanence informée de l'évolution de la crise. Le Président national du comité de crise sanitaire de Guinée, le Dr Aboubacar Sidiki DIAKITE est également le Président du Comité National de RESAOLAB en Guinée. Celui-ci, lors de la dernière réunion internationale RESAOLAB à Bamako a pu, devant les directeurs nationaux des laboratoires des 7 pays du réseau nous a fait part des problèmes ressentis depuis le début de l'épidémie, dont :

- un long temps d'attente pour identifier le virus Ebola, temps propice à la propagation du virus
- une information trop tardive pour mettre en place des mesures préventives et des mesures de protection pour le personnel de santé, qui a été de fait lourdement touché par le virus
- un système de santé déficient et un manque d'organisation au niveau de la communication
- un système de réseau des laboratoires non encore fonctionnel (sans réel direction des laboratoires) et un laboratoire de référence déficient



resaolab

Suite à cette présentation, un certain nombre de propositions ont été émises pour un appui à la surveillance épidémiologique en Afrique de l'Ouest (cf. dernier paragraphe)

Appui en réponse à la crise sanitaire Ebola en Guinée

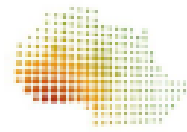
- I. Mise en place au sein de RESAOLAB d'un système pour la détection de pathogènes non identifiables et potentiellement dangereux
 - Afin de limiter le temps de détection des pathogènes, la Fondation Mérieux procédera avec le soutien de BIOPORT à la mise en place de boîtes à prélèvement sécurisées (3 ou 4) disponibles dans chaque direction des laboratoires du Ministère de la santé des 7 pays RESAOLAB (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Niger, Mali, Sénégal et Togo). Une possibilité d'extension à d'autres pays proches comme la Côte d'Ivoire ou la Guinée Bissau est envisagée.
 - Les Directions des Laboratoires (DL) informera l'ensemble des laboratoires du pays et le service de surveillance épidémiologique et enverra un logigramme à chaque laboratoire.
 - En cas de suspicion de fièvre hémorragique non identifiée, le laboratoire prendra contact avec la DL qui l'informera du mode prélèvement et de l'envoi sécurisé du ou des échantillons. Ceux-ci, grâce à un système d'envoi prépayé, expédieront au Laboratoire P4/Jean Mérieux à Lyon les échantillons par le biais de la boîte à prélèvement sécurisée.
 - Le laboratoire P4 rendra les résultats dans un délai de 24 h, résultats accompagnés d'une fiche décrivant le mode de contagion, le mode de prévention et de traitement, la protection du personnel des laboratoires et du personnel de santé, etc.)
 - Des formations in situ seront possibles
- II. Possibilité de mise à disposition de personnel de laboratoire

Appui à moyen terme en Afrique de l'Ouest (possibilité de financements)

Prérequis

- ➔ Identification des référents (Ministères de la santé, Ministère de l'Intérieur, Direction des laboratoires, laboratoires de référence, etc.).
- ➔ Identification des laboratoires impliqués : laboratoires nationaux de référence des fièvres hémorragiques et arboviroses, laboratoires des hôpitaux régionaux

- I. Renforcement des laboratoires de références
 - a. Cartographie des laboratoires de référence d'Afrique de l'Ouest
 - b. Formation et mise en place des procédures et protocoles
 - c. Audit fonctionnel et biosécurité
 - d. Réhabilitation des locaux et fourniture d'équipements
- II. Renforcement de RESAOLAB pour la détection de pathogènes non identifiables et potentiellement dangereux.



resaolab

- a. Cartographie des laboratoires impliqués
- b. Mise en place de procédures dans les laboratoires régionaux
- c. Formation des Techniciens de Laboratoires et biologistes par la mise en place de modules au niveau des centres de formation RESAOLAB (biosécurité) :
 - I. Formation sur les fièvres hémorragiques
 - II. Gestion logistique d'échantillons
 - III. Manipulation d'échantillons – techniques spécifiques
 - IV. Destruction ou conservation d'échantillons
 - v. Prévention du personnel de laboratoire
- d. Mise en place d'un algorithme de diagnostic biologique de fièvre hémorragique et des moyens de détection des différentes Fièvres hémorragiques (virales et bactériennes)
- e. Collecte, expédition et transmission au P4
- f. Mise en place de la réponse technique / technologique adapté

Appui à plus long terme en Afrique de l'Ouest

Projection au niveau du foyer épidémique d'un laboratoire mobile RESAOLAB opérationnel en lien avec l'Institut Pasteur et l'INSERM (financements européens)

ANNEXE 11 : Résumé des visites de terrain du 26 novembre

Équipe 1 : Visites des frontières

1 – Visite à l'aéroport International Gnassingbé Eyadema

L'équipe a visité l'Aéroport international de Lomé et a rencontré le médecin-chef de l'agence nationale d'aviation civile, le médecin-chef de l'aéroport, le médecin vétérinaire de l'aéroport, le médecin du service médical de l'aéroport et l'équipe des agents d'hygiène chargés du dépistage.

Les acteurs rencontrés ont présenté les dispositifs en place ainsi que les difficultés rencontrées. L'aéroport est un hub international qui reçoit environ 1 000 passagers entrant par jour et 1 500 en transit.

2 – Visite du port autonome de Lomé

L'équipe a visité le port autonome de Lomé et rencontré la directrice du centre médico-social, le médecin du port, les agents chargés du dépistage et le commandant du port. Lors de la visite du port ils ont présenté la procédure de triage, de dépistage et d'isolement. Le port reçoit 15 marins par jour.

3 – Visite du poste-frontière terrestre d'Aflao

L'équipe a visité le poste-frontière terrestre d'Aflao et a rencontré l'infirmière responsable du bureau santé de la frontière et le volontaire chargé de la prise de température et de la désinfection des arrivants.

Équipe 2 : Visite des centres d'isolement et du laboratoire de référence

1 – Visite du centre d'isolement, Campus du Centre hospitalier universitaire (CHU Campus), Lomé

Tous les membres de l'équipe ont visité le centre d'isolement en cours de préparation dans l'enceinte du CHU Campus. Il se compose de deux bâtiments d'isolement avec deux lits (capacité totale de 4 à 8 lits) ; le centre n'était pas encore fonctionnel au moment de la visite, et des aménagements sont en cours avec l'appui de l'UNICEF.

2 – Visite du Centre hospitalier universitaire (CHU) Campus, Lomé

L'équipe a visité le Centre hospitalier universitaire Campus, le plus grand hôpital de Lomé où travaillent 600 agents. L'équipe a notamment visité la réception et les laboratoires.

3 – Visite de l'Hôpital de Be, District 3, Lomé

L'équipe a visité l'hôpital périphérique de Be, d'une capacité de 45 lits. La fréquentation est d'environ 1 000 patients par semaine et 60 000 tests de laboratoire sont réalisés chaque année. L'équipe a été accueillie par le directeur de l'hôpital, le directeur des ressources humaines et un gestionnaire financier.

4 – Visite de l'Institut national d'hygiène (INH), Lomé

L'INH est le laboratoire national de référence pour les maladies potentiellement épidémiques. 97 employés y travaillent, dans 5 laboratoires y compris un laboratoire de biologie moléculaire, et collabore avec de nombreux partenaires internationaux (y compris RESAOLAB).

5 – Visite du central de la ligne verte, Lomé

L'équipe a visité l'Institut d'épidémiologie qui héberge le central téléphonique de la ligne verte desservi par une douzaine de personnes. La ligne ouverte en mai et disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 depuis septembre.

ANNEXE 12 : Notes relevées lors de l'exercice de simulation sur table et de l'examen de la liste de contrôle

Exercice de simulation sur table mené le matin du 27 novembre 2014; Facilitateurs : C. Clarinval et V. Sodjinou

Analyse de la liste de contrôle réalisée l'après-midi du 27 novembre ;

Compte rendu des groupes de travail (28 novembre après-midi)

Les notes ci-dessous correspondent aux différentes questions abordées lors de l'exercice de simulation sur table, sur la base d'un scénario décrivant l'introduction du virus par un poste-frontière terrestre, puis son amplification et le début d'une épidémie. Suite à cet exercice, des groupes de travail se sont réunis selon la structure par cellules comme défini dans le plan national de préparation et de riposte et ont approfondi les points jugés fragiles, en utilisant la liste de contrôle proposée par l'OMS.

Pour les différentes questions abordées, les rapporteurs ont indiqué la composante de la liste à laquelle le thème discuté se rapportait.

L'existence de la ligne verte est-elle connue ? (composante 6 : surveillance épidémiologique)

➤ Forces

- Numéro diffusé par spots à la radio et à la télévision
- Les appels proviennent de tous les districts ce qui sous-entend une bonne couverture (30 000 appels en octobre)
- Desservi 24h/24 en théorie
- Données statistiques recueillies
- Les écoutants ont été formés à toutes les composantes de la maladie

➤ Faiblesses :

- Pas d'incitation financière perçue
- Pas de liste de questions types à poser
- Pas de réponses standards disponibles concernant les « questions fréquemment posées »
- En pratique, la ligne ne fonctionne pas la nuit et pas en permanence le jour
- Locaux inconfortables
- Manque d'organisation et carences au niveau du central d'appel : chaque écoutant qui a 3 téléphones mobiles est totalement débordé
- Profil des écoutants mal défini
- Le français est la langue utilisée alors que beaucoup de Togolais ne parlent pas français surtout en milieu rural
- En réalité, il existe deux lignes vertes car la ligne Espoir Vie Togo pour le VIH reçoit de nombreux appels au sujet du virus Ebola. Pas de coordination entre les deux.
- Procédure insuffisamment connue : la ligne verte devrait appeler l'EIR

1. Prise en charge (composante 5a : Centre de traitement Ebola + composante 2 : EIR + composante 4 : prévention et lutte contre les infections)

➤ Forces :

- Des algorithmes existent pour les différentes structures et points d'entrée.

- Les membres de l'EIR sont connus de la cellule « veille » : Chef hygiène-assainissement ; Chef cellule laboratoire ; Chef cellule veille et son adjoint
- Une EIR est censée se rendre sur place si elle est alertée par la ligne verte ou une formation sanitaire
- Une EIR militaire itinérante a été constituée et organisée
- Formation de formateurs pour les personnels de santé des hôpitaux sur les mesures de prévention et lutte concernant les infections
- Salles d'observation dans toutes les formations sanitaires. Elles pourraient être utilisées pour l'isolement.
- Les fiches de notification spécifiques Ebola existent. SIMR hebdomadaire. En présence d'un cas suspect, le responsable appelle par téléphone le personnel au niveau central
- Point focal SIMR au niveau de chaque district. Il envoie l'information au niveau DRS

➤ Faiblesses :

- Aucune référence aux définitions de cas.
- Algorithmes (définition de cas) pas connus dans les formations sanitaires
- Pas de formation de l'ensemble des personnels potentiellement en contact (par exemple le personnel de l'accueil).
- Mesures de protection élémentaires pas mise en place dans formations sanitaires publiques
- Pas de couverture sociale/assurance du personnel de santé. Ce volet est actuellement en discussion au niveau du Comité de gestion.
- Pas de texte réglementaire créant l'EIR (mandat, responsabilités, moyens d'action, affectations)
- EIR pas encore structurée. En cas d'absence du personnel de l'EIR, on ne sait pas à qui s'adresser
- Pas de modes opératoires standardisés pour l'EIR
- Pas d'EIR au niveau régional
- Pas de véhicule réservé à l'EIR et véhicule existant pas disponible ni équipé
- Centres d'isolement non identifiés dans les FS
- La notion d' « isolement » n'est pas claire
- Équipements disponibles dans les formations mais trop dispersés et donc en quantité insuffisante dans chacune (stock régional nécessaire ?)
- Équipement de protection individuelle disponible, mais il s'agit de matériel conçu pour la protection contre le virus H1N1
- Circuit de notification des cas non systématisé

2. Recherche des contacts (composante 7)

➤ Forces :

- Formulaire de suivi des contacts existent au niveau central
- Équipes de district formées
- Volontaires de la Croix-Rouge formés

➤ Faiblesses :

- Rôle des agents de santé communautaires (ASC) mal défini
- ASC non formés
- Prise en charge psychologique et actions de communication pour les accompagnants du malade à renforcer

- Couverture du territoire pas confirmée
- Pas de mécanismes ni de procédure claire de suivi des contacts autour des cas suspects.
- Définition de cas des contacts insuffisamment diffusée
- Communication avec les contacts et les communautés à élaborer.
- Fiches des contacts non distribuées
- Pas de recensement des volontaires

Sensibilisation du public et participation communautaire (composante 3)

➤ Forces :

- Mécanisme en place concernant le contrôle et la validation de l'information
- Communication vers le grand public en place avec des émissions de radio et télévision
- Formation dispensée aux médias qui savent où obtenir les informations
- Certains agents communautaires et volontaires Croix-Rouge ont été informés et formés

➤ Faiblesses :

- Pas de prise en charge psychologique des patients/cas suspects/familles pas prise en compte
- Pas de mesures face au risque de stigmatisation
- Pas de gestion des rumeurs opérationnelle
- Mécanisme d'identification des voyageurs au niveau de la communauté insuffisant

3. Laboratoire (composante 8)

L'INH est le laboratoire de référence nationale et les six laboratoires régionaux plus deux laboratoires de district (Anèho et Kpalimé) sont les laboratoires périphériques du système. Des arrangements plus ou moins formels existent avec trois laboratoires centres collaborateurs de l'OMS. Il s'agit des laboratoires de l'Institut Pasteur de Lyon (France), du Centre Noguchi (Ghana) et de l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). De même des dispositions sont en place pour l'acheminement des prélèvements aux centres collaborateurs de l'OMS avec une compagnie de transit (Bioport opération) en relation avec l'accord de collaboration entre le Ministère de la santé et le réseau RESAOLAB de même qu'avec la compagnie Air France ; un « Guide de laboratoire de la surveillance de la maladie à virus Ebola » qui a été élaboré décrit l'organisation et les activités liées au diagnostic avec les procédures à appliquer. Il comporte toutefois des points qui sont en contradiction avec les recommandations faites par l'OMS.

➤ Forces :

- La cellule « laboratoire » existe et les directives sont bien connues
- L'INH est le laboratoire de référence
- Le prélèvement est effectué sur place par un technicien du district, formé au prélèvement et à la préparation en emballage triple, qui amène lui-même l'échantillon sur place à l'INH.

➤ Faiblesses :

- Un tiers des structures ont un technicien formé à ce stade (vingt techniciens de laboratoire ont été formés sur une soixantaine prévue)
- Compétences du laboratoire INH concernant la manipulation des échantillons
- Protocoles de prélèvement à revoir. Certains sont dangereux et non indispensables.
- Il manque des boîtes à emballage triple et des équipements de protection individuelle (EPI), et les consommables et désinfectants sont en quantité insuffisante ;

Inhumation sans risque (composante 5b prise en charge)

➤ Forces :

- Une cellule hygiène-assainissement existe
- Expérience précédente des équipes mobilisées pour d'autres crises (choléra)
- Lieux potentiels identifiés pour les enterrements sécurisés
- Équipement de protection et désinfection, sacs funéraires disponibles

➤ Faiblesses :

- Pas de véhicule adapté
- Formation pas encore faite dans les districts, mais imminente
- Les lieux identifiés pour les enterrements sécurisés ne sont pas encore utilisés.

4. Coordination globale

➤ Forces :

- Arrêté du 20 août 2014 précisant les attributions et le fonctionnement du comité de gestion dans le cadre de la prévention et de la riposte à la maladie à virus Ebola présidé par Ministre de la santé.
- Comité national multisectoriel avec : 1 cellule de coordination (avec UNICEF et OMS) et 6 cellules techniques : « veille sanitaire », « prise en charge », « hygiène et assainissement », « laboratoire », « IEC », « logistique ».
- Mandat pour chaque cellule
- Création en cours d'une « unité » chargée des affaires administratives et financières.
- Budget de 150 000 000 CFCA alloué au comité
- Un comité des partenaires est créé par l'arrêté. Chef de file : OMS.
- Existence du plan ORSEC
- USAFRICOM : plan élaboré

➤ Faiblesses :

- Centre d'opérations d'urgence en cours de finalisation sur papier (mandat)
- Comité national opérationnel mais les six comités régionaux ne se réunissent pas ou ne font pas de rapport. Pas de décision au niveau régional, uniquement au niveau national.
- Les affaires administratives et financières ne sont pas en place ; l'hébergement et les mécanismes de mobilisation des ressources financières ne sont pas connus

- Pas de plateforme de discussion avec les partenaires techniques et financiers
 - Nécessité de mobiliser plus de moyens financiers
 - Nécessité de disposer d'une feuille de route claire avec une description détaillée de toutes les étapes
 - Pas d'identification formelle d'un lieu devant servir de Centre d'opérations d'urgence
- Points relatifs aux améliorations à apporter :
- Révision et mise à jour de l'arrêté pour introduire des fonctions (budget, gestion)
 - Relance des comités régionaux avec mise à jour des règles d'appartenance
 - Renforcement du leadership du Ministère de la santé dans la coordination des partenaires
 - Élaboration d'un organigramme fonctionnel faisant le lien entre USAFRICOM/ORSEC/Plan national Ebola
 - Création d'une cellule de crise/Centre d'opérations d'urgence = poste de commandement: EIR ? Un seul commandement (chef et adjoint) et une équipe de garde qui tourne avec un numéro unique

ANNEXE 13 : Évaluation de l'exercice de simulation et améliorations suggérées par les participants

Un exercice de simulation de table a été réalisé le 27 novembre 2014 au Togo dans le cadre de la mission internationale de soutien à la préparation à la riposte Ebola dans les pays non affectés. L'exercice avait pour objectifs :

- De partager l'information sur les mesures de préparation et de riposte au virus Ebola
- D'identifier les domaines d'interdépendance entre les acteurs de santé et avec les autres secteurs
- D'identifier les lignes de responsabilités
- De revoir les processus de gestion des opérations
- De confirmer les dispositions relatives à la notification, à la coordination et aux communications internes
- De confirmer les besoins logistiques⁽¹⁾ dont les équipements de protection individuelle
- D'examiner la prise en charge des cas et des contacts
- D'examiner les dispositions relatives au prélèvement et au laboratoire
- D'examiner les dispositions aux points d'entrée
- De passer en revue les communications publiques (communauté et médias)

MÉTHODE

L'exercice consistait en 15 diapositives de mise en situation et de questions sur la base d'un scénario se déroulant sur 6 semaines, de l'introduction d'un cas de maladie à virus Ebola à une épidémie à l'échelle nationale. Ce scénario était divisé en 3 phases :

- 1- **Détection, prise en charge des cas, notification et recherche des contacts**
- 2- **Confirmation des cas et diffusion de l'information**
- 3- **Épidémie à l'échelle nationale**

Les instructions sur l'exercice de simulation ont été remises aux participants en début de session ainsi qu'un programme et un formulaire d'évaluation.

Les invitations avaient été acheminées par courriel aux membres du Comité de gestion dans le cadre de la prévention et de la riposte à la maladie à virus Ebola : cellule de coordination, cellule information, éducation et communication, cellule hygiène et assainissement, cellule prise en charge, cellule laboratoire, cellule logistique, et cellule veille.

Les participants étaient regroupés en 4 catégories :

- les acteurs/joueurs : les participants du pays et partenaires techniques et financiers responsables de la riposte. Ces derniers devaient se regrouper selon les cellules et discuter entre eux
- les facilitateurs : Caroline Clarnival et Dossou Vincent Sodjinou
- les rapporteurs : Les autres membres de l'équipe de mission
- les observateurs : les autres personnes/participants

Au total, 55 personnes ont participé à l'exercice de simulation. Le présent rapport présente les résultats de l'évaluation. Un autre rapport présente le compte rendu des discussions de l'exercice de simulation.

RÉSULTATS

Au total 18 participants ont complété le formulaire d'évaluation. Aucune information n'a été fournie sur la catégorie de participants ou l'organisation d'appartenance.

Le tableau 1 présente les résultats aux questions d'appréciation sur l'achèvement des objectifs attendus, sur la qualité des discussions et l'utilité des leçons qu'on a pu tirer de l'exercice. Globalement, les participants étaient en accord ou fortement en accord avec les affirmations concernant la réalisation des objectifs de l'exercice de simulation et la qualité des discussions et des leçons tirées de l'exercice.

Contenu	Fortement d'accord % (n)	D'accord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement désaccord % (n)
1. La discussion a atteint le but établi.	33 % (6)	67 % (12)	-	-

2. Les scénarios et les questions ont donné lieu à de bonnes discussions.	50 % (9)	50 % (9)	-	-
3. Le travail a permis de soulever d'importantes questions et de tirer des leçons utiles.	72 % (13)	28 % (5)	-	-

Le tableau 2 présente un sommaire des commentaires généraux mentionnés par 17 participants sur les forces et les points à améliorer pour le pays, selon les composantes de la liste consolidée de l'OMS. Quelques commentaires n'ont pu être retenus en raison d'un problème d'écriture ou de compréhension.

Composantes	Forces/Points à améliorer	/17
Coordination	FORCES	
	• Existence d'une structure de coordination fonctionnelle	10
	• Tenue régulière des réunions du comité et des cellules	2
	• Existence d'un plan de riposte, de directives, d'un MOS	6
	• La collaboration entre le comité de gestion et les partenaires	1
	• Engagement du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et de tous les acteurs, et multisectorialité	4
	• Les procédures sont en cours d'élaboration	2
	• La formation de nombreux acteurs	2
	• Disponibilité du personnel pour agir	1
	POINTS À AMÉLIORER	
	• Manque une réelle coordination	1
	• Nécessité de créer des structures décentralisées afin de décentraliser la lutte	1
	• Clarification des rôles et des responsabilités des acteurs (mandat clair et nomination par décret)	1
	• Mieux organiser la riposte	5
• La coordination des interventions n'est pas bien abordée	1	
• Création d'un cadre de suivi des recommandations et nécessité d'un engagement des autorités	1	
• Organiser la mobilisation de ressources	2	
• Nécessité de modes opératoires détaillés pour tous les acteurs et interventions	1	
• Ne pas continuellement dire la même chose sans agir	2	
Équipe d'intervention rapide	FORCES	
	• Projet de création d'une EIR	

	POINTS À AMÉLIORER	
	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer la composition et le rôle de l'équipe d'intervention rapide, et la mettre en place 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des équipes d'investigation par région et préfecture 	4
Communication et mobilisation communautaire	FORCES	
	<ul style="list-style-type: none"> Existence de la ligne verte 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de communication 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation, messages de prévention auprès de la population, communication de proximité 	3
	POINTS À AMÉLIORER	
	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un plan de communication qui prend en compte la situation épidémique Prise en compte des aspects psychosociaux des cas de maladie à virus Ebola Diffusion d'outils de communication (2), d'une communication harmonisée (1), de messages clairs et uniques (1) Coordination de la communication Prise en compte des tradipraticiens 	
Prévention et contrôle des infections	FORCES	
	<ul style="list-style-type: none"> PPE a été réceptionné 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Identification de 322 unités d'isolement de base dans les centres de santé 	
	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation et information des personnels de santé 	2
	POINTS À AMÉLIORER	
	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation (1), Renforcement (1), motivation (), formations (1), de tous les agents de santé du pays 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de l'équipements/Matériel, notamment l'EPI dans les centres de santé 	1
Prise en charge des cas – CTE	FORCES	
	Aucun commentaire	
	POINTS À AMÉLIORER	

	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système pour le support psychologique pour les familles touchées par l'Ebola, et pour les cas d'Ebola et pour les agents de santé • Formation des personnels de santé • Coordination et organisation de la prise en charge des cas • Mettre en place l'isolement des cas suspects en périphérie • Quels prélèvements faire sur une dépouille mortelle ? • Nécessité de véhicules pour mener les activités 	5 1 1
Prise en charge des cas – Inhumations	Aucun commentaire	
Surveillance épidémiologique	FORCES	
	Existence d'une cellule pour la surveillance	1
	Existence d'une ligne verte	1
	POINTS À AMÉLIORER	
	Rendre la ligne verte plus accessible et former son personnel adéquatement	2
Recherche de contacts	FORCES	
	Aucun commentaire	-
	POINTS À AMÉLIORER	
	• Amélioration de la prise en charge/suivi des contacts	1
Laboratoires	FORCES	-
	• Procédures de laboratoire	
	POINTS À AMÉLIORER	
	Renforcer l'INH pour donner la possibilité de faire l'analyse de la maladie à virus Ebola au Togo	1
Points d'entrée	FORCES	-
	Aucun commentaire	
	POINTS À AMÉLIORER	
	Mesures urgentes à prendre aux frontières	1
Budget	FORCES	
	Aucun commentaire	
	POINTS À AMÉLIORER	
	• Disponibilité des fonds nécessaires/allocation budgétaire et son utilisation	5
	• Motivation pour les agents concernés, y compris assurances	4
• Rendre disponible un fonds d'urgence	1	

Autres thèmes	• Manque de procédures (en général)	3
	• Renforcement des capacités, mobilisation, engagement des différents acteurs	1
	• Renforcement de la logistique, acquisition des ressources pour avoir tout l'équipement nécessaire	2
	• Organisation souhaitable d'une autre mission pour déterminer si les recommandations ont été appliquées	2
	• Réaliser un test pratique de terrain pour tester l'ensemble du circuit	1
	• Les actions sont trop concentrées sur Lomé	1
	• Écouter et mieux prendre en considération les avis des personnels de terrain	2
	• Formation de base et continue de tous les acteurs	