



République du Sénégal
Ministère de la Santé et de l'Action sociale

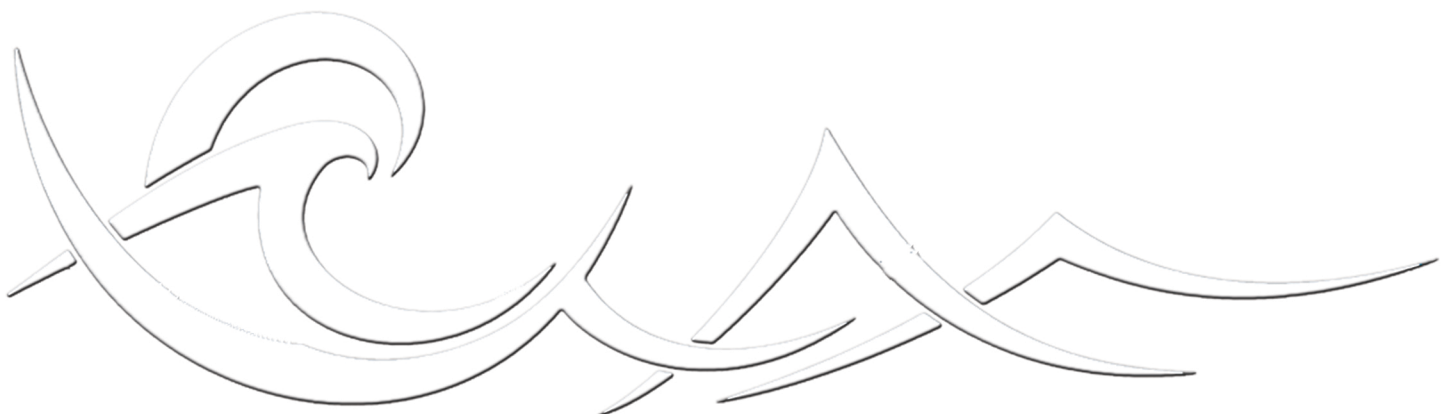


Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire



PLAN STRATEGIQUE

2016 - 2018





Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
| Plan stratégique 2016 – 2018

■ TABLE DES MATIERES ■

Table des matières	2
Préface de Madame le Ministre de la Santé et de l'Action sociale	5
Remerciements et introduction du Coordonnateur du COUS	7
Résumé du plan stratégique	14
Sigles et abréviations	15
Table des illustrations	18
I. La gestion maîtrisée des crises sanitaires est devenue une priorité pour tous les pays	20
La maîtrise des crises sanitaires constitue un enjeu stratégique majeur	21
Les risques que font peser les situations d'urgence sanitaire sur la santé humaine n'ont jamais été aussi élevés	21
Les crises provoquées par des épidémies requièrent la coopération de nombreux spécialistes nationaux et internationaux	22
La gestion des risques sanitaires, notamment au travers de la préparation des actions de riposte, est essentielle à la réduction de leur impact	24
Le Sénégal fait face à des vulnérabilités sanitaires importantes	25
Un système de santé présentant des lacunes importantes	25
Des carences dans les infrastructures du cadre de vie	26
Des disparités importantes dans l'accès aux soins de santé	27
Une proximité des hommes et des animaux insuffisamment encadrée	27
Des risques sociétaux non négligeables	28
Un environnement difficile affecté par le changement climatique en cours	28
Le COUS a identifié des risques prioritaires pour lesquels il est nécessaire de renforcer le système de gestion des urgences sanitaires sénégalais	29
La cartographie des risques sanitaires repose sur un processus continu	29
L'évaluation des risques sanitaires fait aujourd'hui apparaître douze priorités	29
Le COUS est appelé à définir et mettre en œuvre une approche unifiée et efficace de la gestion des crises sanitaires	32
La crise Ebola a constitué un déclencheur du renforcement du système de gestion des urgences sanitaires sénégalais	25
Les accords sanitaires internationaux définissent un cadre de référence clair pour la gestion des urgences sanitaires	33
Le système de gestion des risques sanitaires actuel voit intervenir un grand nombre d'acteurs	34
L'évaluation du système de gestion des risques sanitaires actuel fait apparaître des carences importantes	36
La réussite du COUS repose sur la maîtrise d'enjeux spécifiques	38
II. Plan stratégique et opérationnel 2016-2018	40
Positionnement stratégique du COUS	41
Vision du COUS à l'horizon 2018	41
Le COUS doit répondre à six missions principales	41
III. Objectifs stratégiques sur la période 2016-2018	43
Objectif stratégique 1 : Mettre en place un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires au Sénégal	45
Objectif stratégique 2 : Préparer les modalités opérationnelles de riposte aux crises sanitaires	49
Objectif stratégique 3 : Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires	55
Objectif stratégique 4 : Coordonner le déploiement des ressources humaines, techniques et financières nécessaires en cas de crise	62
Objectif stratégique 5 : Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS	63
IV. Plan de mise en œuvre de la stratégie	68
Organisation et ressources actuelles du COUS	69
La réussite de la mise en œuvre de la stratégie repose sur six valeurs fortes	71
Le COUS s'appliquera une culture de redevabilité pour inciter à l'atteinte de résultats	72
Un dispositif de suivi-évaluation maîtrisé et optimisé	73
Un planning de mise en œuvre sur trois années et un budget conséquent mais équilibré	75
Executive summary of COUS strategic plan	76



Annexes	83
Approche déployée pour définir le plan stratégique du COUS	84
Budget du COUS pour la période 2016-2018 (1/5)	89
Cartographie des Procédures Opérationnelles Normalisées destinées à la lutte contre la MVE	94
Critères d'évaluation des caractéristiques des risques sanitaires	95
Priorisation participative des risques sanitaires	96
Exemples de compétences à mobiliser lors de crises sanitaires	97
Évaluation des capacités sanitaires de gestion des crises	98
Indicateurs de performance	106



■ PREFACE DE MADAME LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE ■



La création du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) répond à la nécessité de mettre la préparation au cœur de notre stratégie dans la gestion des urgences sanitaires. L'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en Afrique de l'Ouest ayant fini de démontrer la faiblesse de nos systèmes de santé face à des événements sanitaires de grande ampleur, nous avons décidé de renforcer la prévention, la détection et la coordination des activités de riposte face à toute urgence ou catastrophe sanitaire. Nous entendons ainsi mieux maîtriser les risques et l'impact des événements susceptibles d'effets délétères sur la santé humaine. L'improvisation n'a pas sa place devant l'urgence.

Il est heureux de noter aujourd'hui les nombreuses initiatives pour renforcer ou mettre en place des structures de coordination des urgences au niveau continental et sous régional. Lesancements du CDC Afrique de l'Union Africaine et du Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé méritent d'être soulignés.

Le Sénégal s'inscrit dans cet effort collectif et panafricain.

Le COUS doit assurer la coordination des activités de détection et riposte, au travers d'un leadership affirmé et d'une vision partagée de l'ensemble des opérations. Leur mise en œuvre se fera dans un cadre concerté et multisectoriel.

J'insisterai en particulier sur les quatre principes qui ont guidé l'élaboration de ce premier plan stratégique triennal du COUS :

- la coopération et le partenariat : le COUS s'inscrit dans une démarche de complémentarité et de renforcement de l'ensemble du système de gestion des risques sanitaires sénégalais. Une culture de collaboration et de partage doit se développer, essentielle pour faire face aux risques sanitaires de notre époque. Le COUS définira et coordonnera les mécanismes de préparation et de riposte de l'ensemble des acteurs. Il permettra de retirer les enseignements issus des actions de préparation et de riposte et veillera, en partenariat avec les structures et organisations sœurs à améliorer l'efficacité du système;
- le développement des capacités : le COUS identifiera les besoins en renforcement des compétences et des infrastructures de l'ensemble du système de gestion des urgences sanitaires ;
- l'intégration du COUS dans les efforts internationaux, notamment au regard des obligations du RSI, du partenariat GHSA et des initiatives régionales et continentales. Il s'agira de partager les enseignements et bonnes pratiques de la communauté des urgences sanitaires et de renforcer l'ensemble du système international ;
- la construction agile, autonome et visionnaire d'une organisation, innovante, ayant accès à de nouvelles ressources, informée des résultats les plus récents de la recherche et disposant de techniques et technologies adaptées. Ainsi, le COUS saura être au service de l'ensemble du système sanitaire sénégalais. J'attache du prix à la mise en œuvre de ce plan stratégique et souhaite qu'il bénéficie du soutien et de l'adhésion de tous les acteurs du système de santé ainsi que de l'ensemble de nos partenaires.

Pr Awa Marie Coll Seck
Ministre de la Santé et de l'Action sociale

■ REMERCIEMENTS ET INTRODUCTION DU COORDONNATEUR DU COUS ■



Depuis la mise en place du COUS, nous nous sommes évertués à poser les jalons de son intégration parfaite dans le système de santé selon les orientations de Mme le Ministre de la Santé et de l'Action sociale.

L'élaboration de ce plan stratégique est en droite ligne de cela. Nous avons souhaité impliquer les acteurs du Ministère de la Santé, des autres Ministères, ainsi que les Partenaires et Organisations évoluant dans notre pays.

L'approche **«One Health»** a été notre fil conducteur.

Les orientations stratégiques retenues sont le fruit de la réflexion des équipes du COUS, nourries des bonnes pratiques observées dans d'autres pays ainsi que des recommandations et de l'accompagnement technique des instances internationales et des experts du CDC et de l'OMS. Elles résultent enfin des réflexions, lors d'un atelier participatif, d'experts d'institutions clés et des autres ministères, tous acteurs de la gestion des urgences au Sénégal.

Sa rédaction répond à un triple objectif :

- définir une vision permettant de guider les efforts des équipes COUS ;
- définir des objectifs stratégiques clairs, déclinés en chantiers et activités, en ayant soin d'identifier les facteurs clés de succès ;
- faciliter les échanges avec les partenaires.

La mise en œuvre de ce plan stratégique s'appuiera sur une équipe du COUS, professionnelle et soudée, avec le soutien de l'ensemble de nos partenaires.

Nous tenons à remercier l'ensemble des experts des Ministères et des Organisations, qui ont eu à collaborer dans la rédaction de ce plan stratégique.

Mention spéciale à toute l'équipe de Dalberg pour la structuration, la rédaction du présent document et l'animation des ateliers participatifs.

Dr Abdoulaye Bousso
Coordonnateur du COUS



■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

La maîtrise des risques sanitaires constitue un enjeu stratégique majeur, qu'ils soient de nature biologique, technologique, environnementale ou sociétale. Au cours des dernières années, des flambées épidémiques importantes ont conduit à une prise de conscience internationale de la nécessité de renforcer les systèmes nationaux et internationaux de gestion des risques sanitaires. La crise Ebola débutée fin 2013 a constitué un moment décisif. Le bilan de la crise Ebola en Afrique de l'Ouest est en effet particulièrement lourd : l'Organisation Mondiale de la Santé a comptabilisé 28 000 cas et plus de 11 300 décès entre décembre 2013 et janvier 2016, soit près de sept fois plus de décès en 25 mois que depuis l'apparition de la maladie en 1976. Selon la Banque Mondiale, les pertes estimées en termes de produit intérieur brut de l'épidémie d'Ebola s'élèvent à 2,2 milliards de dollars pour les trois pays touchés¹. Du fait de cette ampleur sans précédent, les gouvernements, les institutions internationales et les grandes fondations ont décidé de réviser leurs approches afin de promouvoir la collaboration internationale et la mise en place d'institutions spécialisées organisées selon le modèle de gestion des incidents. Au-delà des risques épidémiques, de nombreux événements sont susceptibles d'avoir un impact sanitaire important et requièrent la coordination poussée d'acteurs complémentaires. Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) et d'autres Ministères, des partenaires techniques, le secteur privé et la population jouent tous un rôle dans le système de gestion des risques sanitaires. Si cette coordination est complexe, elle constitue un levier primordial de la réduction de l'impact des crises. C'est à ce titre que Mme le Ministre de la Santé et de l'Action sociale, le Pr Awa Marie Coll Seck, a décidé de la création du Centre Opérationnel d'Urgences Sanitaires du Sénégal (COUS). Le COUS constitue une institution permanente, responsable de la coordination, de la détection précoce et du pilotage de la réponse aux crises sanitaires. Le COUS vise à accroître la rapidité de gestion des crises au travers de circuits de décision courts et de procédures de gestion définies préalablement. Cette décision est de haute portée stratégique. Elle définit tout d'abord un nouveau paradigme : se préparer afin de ne plus improviser devant l'urgence. Elle s'inscrit dans les recommandations des institutions internationales et repose sur l'efficacité d'un modèle opérationnel mis en place dans un nombre croissant de pays. Le plan stratégique du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire du Sénégal 2016-2018 s'inscrit dans la vision des autorités politiques, et en premier lieu dans le deuxième pilier du Plan Sénégal Émergent, visant à renforcer le capital humain, la protection sociale et le développement durable. Les crises sanitaires étant susceptibles d'ébranler les efforts du Sénégal vers l'émergence, leur maîtrise est de la toute première importance. Ce plan stratégique est par ailleurs aligné au Plan National de Développement Sanitaire et contribue à fournir un cadre précis d'action dans son rôle de renforcement du système de gestion des urgences et catastrophes sanitaires d'ampleur nationale.

Six missions principales guident l'action du COUS :

- 1. Assurer une veille permanente** des événements susceptibles de conduire à des crises sanitaires d'ampleur nationale, quelle que soit leur origine ;
- 2. Mener les investigations nécessaires** lorsqu'un événement susceptible de mener à une crise sanitaire est identifié ;
- 3. Préparer les modalités opérationnelles de riposte²** par l'établissement de procédures opérationnelles normalisées pour chacun des risques prioritaires ;

¹La Banque mondiale. 2014. Croissance du PIB (% annuel). <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

²Voir la cartographie des PON établies par le COUS dans le cadre de la crise Ebola en annexe.

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

- 4. Contribuer aux efforts de coopération internationale** permettant l'amélioration des mécanismes de suivi et de riposte aux Urgences Sanitaires de Portée Internationale (USPI) ;
- 5. Coordonner les activités de riposte** conformément aux PON établies pour les risques prioritaires et aux principes de riposte pour les risques secondaires ;
- 6. Fournir les informations d'intérêt en temps réel** au Ministre de la Santé et de l'Action sociale, ainsi qu'aux institutions partenaires du dispositif.

Pour y réaliser ses missions, le COUS s'est doté d'une vision s'exprimant ainsi :

"Être reconnue, à l'horizon 2018, comme l'institution leader dans la préparation collective et la coordination des opérations liées aux risques et urgences sanitaires au Sénégal".

Pour y arriver, cette vision a été déclinée en cinq objectifs stratégiques et 19 chantiers majeurs. Ces chantiers font chacun l'objet d'interventions ou d'actions précises, 65 au total.

■ Objectif stratégique I ■

Mettre en place d'un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires

Une coopération et collaboration efficaces entre institutions spécialisées conditionnent la prévention et la riposte aux crises sanitaires. Trois chantiers ont été identifiés pour y arriver.

1. Le COUS contribuera à renforcer le dispositif national de gestion des crises sanitaires. Le COUS contribuera dans ce cadre au volet opérationnel du comité One Health aux côtés des représentants des Ministères de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Environnement. Également, il définira les modalités de collaboration avec chacune des parties prenantes de la gestion des risques sanitaires amenée à contribuer à la rédaction des PON. Enfin, il contribuera à la mise en place d'un cadre de coordination interministériel, le Comité de Gestion Interministériel des Crises, pour la gestion des crises d'ampleur nationale et impliquera les autorités de chaque région afin de disposer d'informations précoces sur les risques potentiels.

2. Le COUS contribuera aux initiatives internationales et régionales de gestion des crises sanitaires. Il participera à la mise en place des instances africaines de gestion de crise telle que le CDC Africain en cours d'installation à Addis Abeba. Il travaillera à nouer des partenariats avec les meilleurs réseaux d'experts tels que le Comité Régional de Gestion des Épidémies, le Réseau des systèmes nationaux d'épidémio-surveillance, le réseau des laboratoires ouest-africains pour les animaux et les hommes. Enfin, il apportera l'expertise sénégalaise dans la création d'un réseau intégré de COU au niveau international dans le cadre des groupes de travail mis en place par l'OMS.

3. L'information, l'éducation et la communication sur les risques sanitaires représente la meilleure façon de préparer les populations aux risques. La gestion des crises suppose une communication structurée capitalisant les enseignements issus des crises sanitaires au Sénégal, en Afrique et dans le monde. Elle implique aussi un degré élevé de maîtrise des mécanismes de communications institutionnelle et grand public. Au plan institutionnel, le COUS définira des modalités de communication en dehors et pendant une crise avec sa tutelle, le MSAS.

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

Il publiera trimestriellement « la Lettre du COUS » pour inculquer une culture de vigilance et de préparation aux urgences sanitaires impliquant les administrations sœurs, les partenaires et acteurs de la santé dans la rédaction d'articles. Au plan de la communication avec le grand public, le COUS, se joindra aux activités de la DP et de la DLM visant à renforcer les actions de sensibilisation, d'éducation et d'autonomisation du grand public. Les activités du COUS pourront inclure des entretiens radiophoniques, télévisuels et des campagnes d'affichages.

■ Objectif stratégique II ■

Préparer les modalités opérationnelles de riposte aux crises sanitaires

Le cœur de métier du COUS consiste à assurer le plus haut niveau de préparation du système de gestion des urgences sanitaires. Il s'agira d'identifier les menaces susceptibles d'affecter la santé ou la vie humaine, de définir les modalités de riposte afin de réduire leurs effets sur les hommes et l'économie, d'assurer l'évaluation régulière des mécanismes mis en place afin de les parfaire et de procéder régulièrement à des exercices de simulation. Quatre chantiers seront mis en œuvre pour y arriver.

4. La cartographie des risques sanitaires au Sénégal permettra d'identifier et de caractériser l'ensemble des risques sanitaires. Ce plan stratégique a permis de dresser une première liste de 11 risques sanitaires majeurs basés sur leur probabilité de survenance et leur impact médical d'une part, et sur la complexité de la riposte d'autre part. Cette première priorisation n'exclut pas les actions de veille sur d'autres risques potentiels, veille qui doit alimenter une mise à jour régulière et factuelle des risques à suivre. Pour cela, le COUS investira également dans un logiciel de cartographie des risques permettant des analyses de données massives, diverses et de façon centralisée.

5. L'évaluation des capacités disponibles et l'élaboration de plan de mise à niveau ou d'extension seront capitales pour fournir une réponse précise aux risques. Faire face aux risques sanitaires exige de disposer en permanence d'une connaissance des infrastructures et de la logistique disponibles, des personnels de santé, des stocks de produits médicaux et consommables positionnés dans les districts sanitaires, etc. La disponibilité d'un système d'information sanitaire permettant de maintenir en permanence une cartographie des ressources à jour sera importante afin de garantir une riposte efficace. Les outils modernes de gestion des risques sanitaires exigent l'accès à des informations distantes et localisées géographiquement à divers points du pays. La disponibilité en temps réel de l'information suppose une liaison au Système d'Information Sanitaire national. Celui-ci devra être adapté afin de remonter les informations idoines vers le COUS, qui saura, à travers l'acquisition également d'un progiciel de cartographie des ressources, représenter visuellement les disponibilités. Cet exercice régulier permettra au COUS d'effectuer des recommandations sur les évolutions nécessaires pour le renforcement du dispositif d'urgences sanitaires.

6. La préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires au Sénégal sera clé pour coordonner les acteurs impliqués dans la gestion des crises. L'initiative prioritaire du moment est de rédiger et valider les Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) pour tous les risques sanitaires majeurs. Elles seront mises à jour régulièrement sur la base de modalités claires par l'intégration de nouvelles PON ou des enseignements issus de crises ou flambées épidémiques ayant eu lieu au Sénégal ou à l'étranger. La préparation s'appliquera également à élaborer les principes de riposte face aux risques secondaires ou rares. Le COUS organisera et coordonnera les actions de veille sanitaire sur les maladies émergentes.

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

Il définira également les standards de quarantaine et d'isolement à appliquer en cas de matérialisation d'un risque.

7. L'évaluation et de l'allocation des besoins financiers pour la gestion des risques sanitaires représentent des leviers d'actions important. Les besoins en financement pour traiter les crises sont importants. Cependant, ils restent faibles comparés aux répercussions économiques négatives d'une crise majeure. La crise Ebola a ainsi causé une forte contraction de la croissance économique en Sierra-Leone de (6% au lieu de 11,3% prévus en 2014), sans compter les impacts sociaux et psychologiques à long terme. Il sera important de mobiliser les énergies pour évaluer et réunir les financements nécessaires à la gestion des crises sanitaires. Cependant, le COUS s'inscrira dans le cadre d'une redevabilité forte en structurant un mécanisme transparent d'administration et d'utilisation des fonds et en assurant un reporting régulier quant à leur utilisation.

■ Objectif stratégique III ■

Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires

L'acquisition et le développement de compétences, ainsi que le maintien en condition opérationnelle des capacités, représenteront des défis majeurs. Ils seront contraints par une attention générale vis-à-vis des risques sanitaires qui s'éloigne en dehors des périodes de crises. De ce fait, l'affectation et la mobilisation des ressources nécessaires pour faire progresser les capacités peuvent s'avérer problématiques. La montée et maintien des compétences nécessiteront en permanence un engagement soutenu au niveau politique et l'accompagnement des partenaires techniques et financiers. La réalisation de cet objectif s'appuiera sur quatre chantiers phares.

8. Un plan de renforcement des capacités de riposte aux risques sanitaires sera développé et régulièrement mis à jour. Ce chantier permettra d'assurer l'intégration et le renforcement capacitaire des équipes d'intervention d'urgence à l'échelle du territoire national. Il mettra l'accent sur la complémentarité des compétences d'investigation et de riposte aux risques sanitaires. Il permettra également de définir les plans de formations nécessaires, leur mise en œuvre et mécanisme d'évaluation. Au renforcement des capacités humaines, s'ajoutera celui des capacités du réseau de soins et de prise en charge des patients. Les besoins en termes de mises à niveau ou de renforcement des infrastructures sanitaires, notamment de traitement, de confinement, de morgues ou encore d'enterrements sécurisés, seront évalués et complétés. Il est également prévu la définition de standards de recours exceptionnel aux ressources d'acteurs complémentaires, notamment privés, si le système de gestion des crises sanitaire mené par le COUS s'avérait saturé.

9. Un plan de renforcement des capacités en détection et surveillance sera également élaboré et mis en œuvre. Ce plan prévoit le renforcement du suivi des indicateurs de crises sanitaires au sein du système DHIS2 ainsi que celui des capacités d'analyse en temps réel suivant les standards du Règlement Sanitaire International, de l'Office International des Épidémies et du Global Health Security Agenda. Il inclut également les capacités de laboratoires de santé publique, l'intégration des réseaux de référence lorsque les capacités sénégalaises sont limitées face à des pathogènes émergents et les échanges d'informations intersectorielles d'intérêt pour les urgences sanitaires.

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

10. La formation et le maintien des capacités opérationnelles du système de gestion des risques sanitaires constitueront un axe majeur de l'activité du COUS. Sur la base d'une cartographie des ressources humaines et techniques aujourd'hui dévolues à la veille et à la riposte, le COUS identifiera les domaines pour lesquels un renforcement est nécessaire. Des séries de formations seront organisées en prenant appui sur les PON, des exercices de simulation sur table et de terrain seront régulièrement organisés afin de tester l'efficacité du dispositif et de tirer des enseignements. Le COUS veillera à intégrer l'ensemble des partenaires de la sous-région à ces travaux.

11. Le COUS travaillera à intégrer les réseaux régionaux et internationaux. Il s'agira en premier lieu de contribuer à l'harmonisation des activités de reporting des risques sanitaires, de renforcer la qualité des informations échangées. Le COUS appuiera également le renforcement des systèmes de veille des pays voisins et de concert avec les autorités sénégalaises adéquates, contribuera à la mise en place d'un cadre réglementaire permettant le déploiement rapide de ressources étrangères, notamment dans le cas d'attaques biologiques susceptibles de provoquer des urgences sanitaires de portée internationale.

■ Objectif stratégique IV ■

Coordonner le déploiement des ressources humaines, techniques et financières nécessaires en cas de crise

Dans le cas où le Sénégal ferait face à une crise sanitaire, le COUS assurera le leadership de la riposte par l'ensemble du système national de gestion des crises, que des PON aient été rédigées ou pas. Il s'agira pour le COUS de travailler à réduire l'impact de la crise et d'identifier des leviers d'amélioration du système de gestion des crises ainsi que du système de soin.

12. Afin d'assurer une prise en charge rapide, le COUS disposera de réserves budgétaires afin de couvrir les activités d'investigation et la riposte de premier niveau pour permettre à l'État et aux éventuels partenaires d'apporter les fonds complémentaires. À cet effet, plusieurs options financières complémentaires pourront être mises en œuvre : (1) la mise en place d'un mécanisme de déboursement rapide des fonds provenant de partenaires financiers, (2) la constitution d'une réserve par le COUS, (3) la mise à disposition d'une contrepartie nationale faisant appel à des fonds gouvernementaux et levés auprès d'acteurs du secteur privé.

13. Dans le cas spécifique des crises sanitaires pour lesquelles ni PON ni principes de riposte n'ont été validés, le COUS veillera néanmoins à assurer son rôle de coordination. Deux leviers seront mis à disposition : (1) l'instauration par arrêtés ministériels de procédures d'exception permettant au COUS de mobiliser et coordonner les ressources nationales, aux côtés de la Commission Supérieure de la Protection Civile et (2) le recours rapide aux expertises des partenaires techniques de type CDC, MSF et FICR.

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

■ Objectif stratégique V ■

Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS

Institution de création récente, le COUS devra développer ses compétences et capacités internes afin de mener à bien ses missions. Le COUS veillera à déployer une organisation modulaire et aux circuits de décision courts, à développer une vision intégrée et en temps réelle de l'ensemble des ressources dévolues à la gestion des crises sanitaires, ainsi qu'à mettre en œuvre des boucles d'amélioration continue. Pour se faire, cinq chantiers seront mis en œuvre.

14. Une organisation alignée à la stratégie sera mise en place afin d'être en mesure de traiter des crises sanitaires de types, localisation et ampleur variables. Au-delà de l'organisation interne au COUS, constituée de spécialistes reconnus, une organisation de relais et partenaires sera progressivement mise en place afin de renforcer la couverture géographique du territoire sénégalais. Les rôles, missions et rapports hiérarchiques seront définis en prenant soin de distinguer l'organisation permanente et ses formats spécifiques selon la nature des risques à traiter. Des fiches de postes et indicateurs de performance précis seront définis pour chaque type de contributeur. Une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences sera établie incluant effectifs cibles, plans de recrutement et de formation.

15. Les procédures administratives et financières seront définies et compilées au sein d'un manuel interne faisant office de référence. Les procédures de gestion budgétaire et comptable, trésorerie, contrôle interne, courrier et archivage seront spécifiquement décrites en prenant soin de définir des variantes dérogatoires à déployer lors de situations d'urgence spécifiques.

16. Un système d'information et des processus de gestion des connaissances performants seront déployés. Le schéma directeur du système d'information du COUS sera élaboré et mis en œuvre afin de permettre collecte, stockage, analyse et communication des informations d'intérêt. Ce système devra être résilient et s'appuiera sur des interfaces complémentaires permettant notamment l'utilisation du canal SMS. Les logiciels spécifiques à la gestion des crises, de type WebEOC, Redsky, DragonFire et EPI, seront déployés et les personnels formés à leur utilisation. Le COUS veillera à ce que l'ensemble des personnels clés du système de gestion des crises sanitaires bénéficie des équipements et connexions internet adéquates. Un système de veille numérique sera par ailleurs déployé afin de recueillir les informations d'intérêt disponibles sur internet, au Sénégal comme à l'étranger.

17. Des plans de formation individuels seront définis afin de développer au sein du personnel du COUS le leadership, les expertises fonctionnelles et capacités managériales. Sur la base de revues de compétences régulières du personnel et des compétences cibles du COUS, des formations spécifiques seront dispensées aux membres du COUS.

18. Les infrastructures, outils et ressources matérielles nécessaires aux activités du COUS seront progressivement mis en place. Le COUS pilotera la construction de ses nouveaux bâtiments, assurera le maintien en condition opérationnelle de sa flotte de véhicules et constituera un stock de consommables de première nécessité. Sur ce dernier point, le COUS s'attèlera à suivre la répartition géographique des stocks nationaux de façon à disposer d'une vision consolidée.

■ RESUME DU PLAN STRATEGIQUE ■

19. Le pilotage de la mise en œuvre du Plan Stratégique 2016-2018 exige la définition d'un cadre de planification, de suivi et mesure des résultats. Un tableau de bord de suivi des chantiers et interventions du présent plan stratégique sera élaboré et suivi afin de mesurer la dynamique des activités en cours et l'atteinte des résultats pour les activités terminées. Un rapport annuel d'activité sera rédigé et diffusé auprès des autorités de tutelle et des partenaires du COUS.

La mise en œuvre de cette stratégie s'appuiera sur une équipe composée d'experts dans quatre domaines clés : (1) opérations et logistique, (2) communication et IT, (3) suivi épidémiologique et (4) Administration & Finances. Un coordinateur et son adjoint assureront le leadership de cette équipe dont le succès reposera sur six valeurs fortes : professionnalisme, esprit d'équipe, engagement, patriotisme, efficacité & efficience et innovation. Le COUS développera vis-à-vis de ses parties prenantes une culture de la redevabilité mesurée par des indicateurs de performance régulièrement partagés. Le budget triennal de l'ensemble des activités de ce premier plan stratégique s'élève à 1 181 431 371 FCFA. Ce budget est équilibré dans la répartition du portefeuille d'activités et représentatif de la structure des objectifs stratégiques.



■ SIGLES ET ABRÉVIATIONS ■

■ SIGLES ET ABRÉVIATIONS ■

BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation (Fondation Bill et Melinda Gates)
CAP	Centre Anti Poison
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COGIC	Centre Opérationnel de Gestion Interministériel des Crises
COS	Comité d'Orientation Stratégique
COU	Centre des Opérations d'Urgence
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
CSPC	Commission Supérieure de la Protection Civile
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DALY	Disability Adjusted Life Years (Espérance de vie corrigée de l'incapacité)
DHIS	District Health Information System (Système d'information sanitaire des districts)
DGAS	Direction Générale de l'Action sociale
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DOD	Department of Defence (Ministère de la défense américain)
DP	Direction de la Prévention
DPC	Direction de la Protection Civile
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et de la Statistique
DL	Direction des Laboratoires
EOC NET	Emergency Operations Center Network (Réseau des Centres d'Opérations d'Urgence)
FAO	Food and Agriculture Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture)
FNUAPS	Fonds des Nations Unies pour la Population
FICR	Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
InVS	Institut de la Veille Sanitaire
JICA	Japan International Cooperation Agency (Agence japonaise de coopération internationale)
GHSA	Global Health Security Agenda (Programme mondial pour la sécurité sanitaire)
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence de coopération internationale allemande pour le développement)
GOARN	Global Alert and Response Network (Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie)
KOICA	Korea International Cooperation Agency (Agence Coréenne de Coopération Internationale)
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MSF	Médecins Sans Frontières
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MVE	Maladie à Virus Ebola
NIMS	National Incident Management System (Système national de gestion des incidents)
OIE	Office International des Épizooties
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

■ SIGLES ET ABRÉVIATIONS ■

PMO	Project Management Organization (Organisation en Mode Projet)
PON	Procédure Opérationnelle Normalisée
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNQ	Plan National Qualité
PSE	Plan Sénégal Émergent
RM	Région Médicale
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Assistance Médicale et d'Urgence
SNEIPS	Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
UA	Union Africaine
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNISDR	United Nations Office for Disaster risk Reduction (Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe)
USPI	Urgence Sanitaire de Portée Internationale



■ TABLE DES ILLUSTRATIONS ■

■ TABLE DES ILLUSTRATIONS ■

Figure 1 : Bilan de l'épidémie de MVE en février 2016	21
Figure 2 : La logique One Health	22
Figure 3 : Évaluation des risques médicaux en Afrique de l'Ouest	24
Figure 4 : Pyramide des soins au Sénégal	25
Figure 5 : Méthodologie de sélection des risques prioritaires	28
Figure 6 : Cartographie des risques sanitaires prioritaires au Sénégal	29
Figure 7 : Évaluation du système de gestion des urgences du Sénégal	35
Figure 8 : Présentation des rôles du COUS au travers du continuum des crises sanitaires	41
Figure 9 : Présentation synthétique de la vision, des objectifs et chantiers du plan stratégique	43
Figure 10 : Exemples d'indicateurs de suivi des maladies contagieuses	47
Figure 11 : Manuel des PON Ebola du COUS	51
Figure 12 : Domaines de couverture de la surveillance sanitaire	54
Figure 13 : Centres de prise en charge de la MVE	57
Figure 14 : Principes architecturaux de la solution SI du COUS	64
Figure 15 : Évaluation des options SI	64
Figure 16 : Organigramme du COUS	68
Figure 17 : Cartographie des processus majeurs du COUS	69
Figure 18 : Organisation type d'un Centre Opérationnel d'urgence	70
Figure 19 : Principales étapes du processus de suivi-évaluation	72
Figure 20 : Répartition du budget 2016-2018	75
Tableau 1 : Typologie des risques sanitaires	22
Tableau 2 : Domaines d'activité contribuant à la réduction de l'impact des risques sanitaires	23
Tableau 3 : Principales crises sanitaires récentes au Sénégal	24
Tableau 4 : Exemples de zoonoses	27
Tableau 5 : Risques prioritaires pour lesquels une préparation est nécessaire	30
Tableau 6 : Prise en charge de la crise Ebola au Sénégal	31
Tableau 7 : Niveau d'urgence sanitaire définis par l'OMS	32
Tableau 8 : Détail des trois types de piliers du GHSA	32
Tableau 9 : Principes et objectifs spécifiques de référence définis au niveau international	33
Tableau 10 : Parties prenantes publiques du système de gestion des urgences sanitaires sénégalais	34
Tableau 11 : Principes directeurs pour la gestion des crises sanitaires	37
Tableau 12 : Enjeux de la gestion des urgences sanitaires au Sénégal	38
Tableau 13 : Groupes de travail OMS pour renforcer les COU	45
Tableau 14 : Crises sanitaire à étudier	46
Tableau 15 : évaluation des PON	51
Tableau 16 : Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive	57
Tableau 17 : Évaluation des impacts du changement organisationnel	58
Tableau 18 : exercices de simulation	59
Tableau 19 : Principes directeurs pour la gestion des crises sanitaires	62
Tableau 20 : Indicateurs globaux de performance du COUS	72
Tableau 21 : Budget détaillé par objectif stratégique	74



**■ I. LA GESTION MAITRISEE
DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE
UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■**

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Les crises sanitaires sont des événements susceptibles d'entraîner des conséquences importantes sur les populations en termes de morbidité, handicap et mortalité. Elles se distinguent par le caractère inédit de la menace et la nécessité de mettre en place les dispositifs d'exception pour leur prise en charge.

LA MAITRISE DES CRISES SANITAIRES CONSTITUE UN ENJEU STRATEGIQUE MAJEUR

Outre leur impact direct sur la vie et le bien-être des populations, les crises peuvent entraîner une déstabilisation des systèmes sanitaires et des pouvoirs publics. Leur maîtrise constitue donc un enjeu majeur au Sénégal.

LES RISQUES QUE FONT PESER LES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE SUR LA SANTE HUMAINE N'ONT JAMAIS ETE AUSSI ELEVES

Ces 15 dernières années ont été marquées par des crises sanitaires inégalées en nombre et en ampleur. Cinq épidémies majeures se sont particulièrement manifestées : fièvre aphteuse (2001), Syndrome Respiratoire Aigu Sévère lié au coronavirus (2003), grippe aviaire H5N1 (2004), Maladie à Virus Ebola (2014) et fièvre Zika (2016)³. Voir la figure 1.

Au-delà des maladies épidémiques, les catastrophes naturelles, à l'exemple du cyclone Nargis au Myanmar (2008) et du séisme de Haïti (2010), conduisent elles aussi à des conséquences sanitaires importantes. L'effondrement de l'immeuble Rana Plaza, à Dacca (2013) constitue une illustration des risques liés aux infrastructures humaines. Doivent également être pris en compte les nombreux attentats terroristes que connaît la zone subsaharienne⁴.

Le tableau 1 présente les quatre types de risques sanitaires habituellement pris en compte.

En Afrique de l'Ouest, la crise Ebola a rappelé que les conséquences d'une pandémie vont bien au-delà de la santé humaine. Les répercussions de l'épidémie sur les systèmes sanitaires, économiques et sociaux des pays de la sous-région ont été particulièrement dommageables : la focalisation des systèmes de santé sur la MVE a conduit à réduire les ressources destinées à la prise en charge d'autres pathologies ; commerce, transports, agriculture et services publics ont fonctionné au ralenti du fait de la peur de la contagion et des mesures d'endiguement. En Sierra-Léone, de 11,3% en 2012, le taux de croissance du PIB pourrait ainsi passer à 8% pour 2014 puis 0% pour 2015⁵.

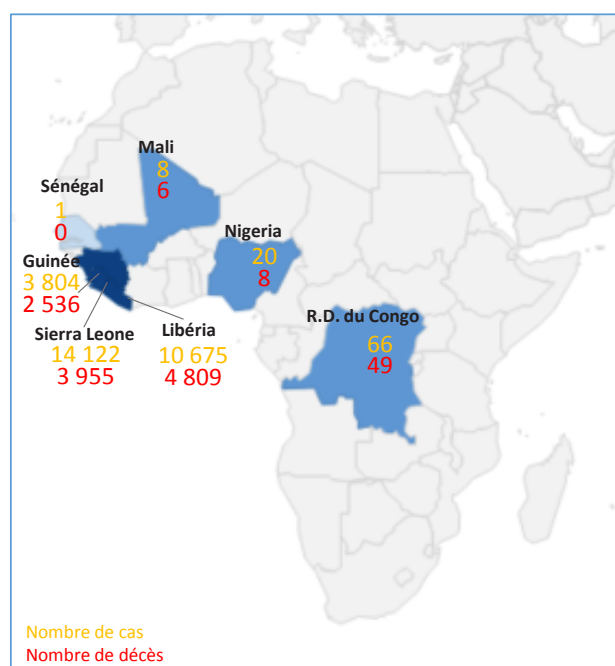


Figure 1 : Bilan de l'épidémie de MVE en février 2016 (source : OMS)

³Compte tenu de leur contagiosité et de leur morbidité, l'OMS les a déclarées Urgences Sanitaires de Portée Internationale (USPI) en prenant appui sur le Règlement Sanitaire International.

⁴Si les conflits armés peuvent donner cours à des crises sanitaires, ils ne sont pas retenus ici compte tenu de leur caractère prévisible.

⁵Estimations Banque mondiale, octobre 2014.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

LES CRISES PROVOQUEES PAR DES EPIDEMIES REQUIERENT LA COOPERATION DE NOMBREUX SPECIALISTES NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

La crise Ebola en Afrique de l’Ouest a achevé de démontrer qu’une riposte efficace aux crises sanitaires s’appuie sur la coordination de ressources issues d’un large écosystème regroupant les communautés de la santé et la diversité des acteurs de l’action humanitaire. Afin d’assurer efficacité et efficience, les actions doivent donc être concertées. Aussi, du fait de l’imbrication croissante des pathologies, la collaboration multidisciplinaire est nécessaire, notamment à l’interface homme-animal-environnement soulignée par la logique *One Health*⁶ (cf. figure 2).

Compte tenu des risques de propagation, les pays liés, qu’ils soient géographiquement proches ou pas, doivent également contribuer à endiguer les crises au plus tôt, sur leur foyer d’origine. Le Règlement Sanitaire International (RSI) constitue à ce titre la matrice de la collaboration internationale. Il a force obligatoire pour les 196 pays signataires et vise à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s’en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu’elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux⁷ ».

Les risques sanitaires liés aux maladies contagieuses pèsent sur l’ensemble de la communauté internationale, à ce titre préparation et riposte constituent ainsi une responsabilité collective.

Tableau 1 : Typologie des risques sanitaires (sources : CDC, InVS, Atelier de définition du plan stratégique du COUS)

Risques biologiques	Risques technologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Maladies humaines non endémiques • Zoonoses • Empoisonnements alimentaires • Efflorescences algales • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Incendies • Accident industriel • Accident de transport • Incident radionucléaire • Toxicité médicamenteuse • ...
Risques naturels et environnementaux	Risques sociétaux
<ul style="list-style-type: none"> • Évènements climatiques • Évènements météorologiques • Infestations d’insectes et parasitaires • Mouvements tectoniques • Effondrements et éboulements localisés • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Acte malveillant • Conflit armé • Terrorisme • Bousculade • ...

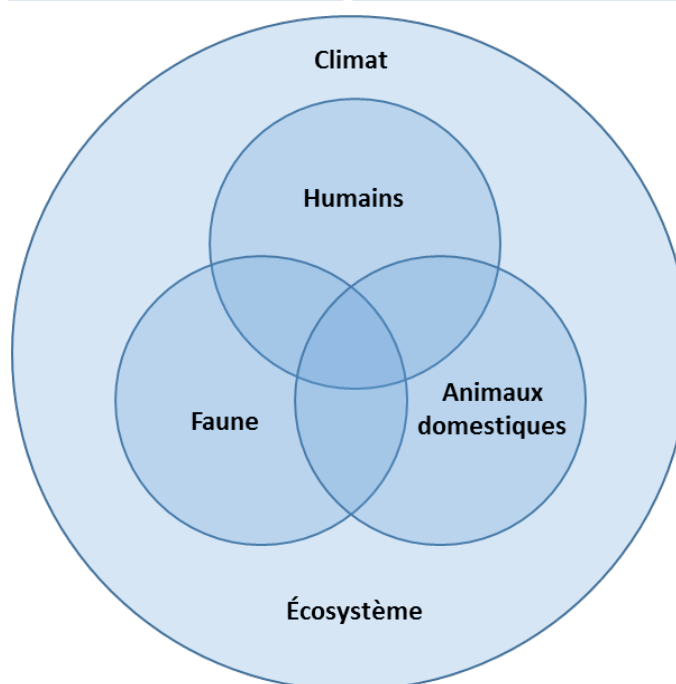


Figure 2 : La logique One Health met en avant les interactions entre l’homme et son environnement

⁶ Initiative favorisant la collaboration multidisciplinaire au niveau international, lancée en 2008 et promue par les acteurs clés de la santé mondiale.
⁷ RSI révisé, 2005.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

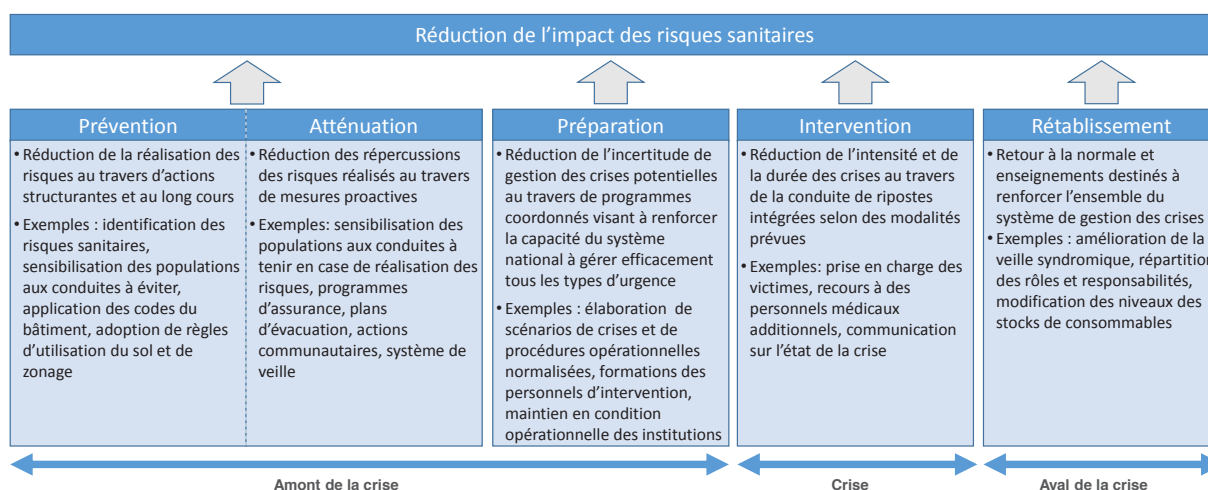
LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES, NOTAMMENT AU TRAVERS DE LA PREPARATION DES ACTIONS DE RIPOSTE, EST ESSENTIELLE A LA REDUCTION DE LEUR IMPACT

Les crises sanitaires sont généralement de nature complexe, leurs répercussions sont donc difficiles à prévoir et leur gestion nécessite la collaboration de d'institutions, disciplines et expertises multiples, à la fois en amont, pendant et en aval desdites crises.

- En amont : les activités de prévention et d'atténuation ainsi que la préparation des modalités pratiques de riposte ;
- Pendant la crise : la conduite des activités de riposte opérationnelle ;
- En aval : les activités de rétablissement et d'amélioration du système.

Le tableau 2 en donne une description générale et des exemples.

Tableau 2 : Domaines d'activité contribuant à la réduction de l'impact des risques sanitaires (sources : COUS, CDC)



Les activités réalisées en amont et en aval de la crise constituent un ensemble important du succès de la riposte. Le moment venu, elles permettent aux équipes d'être les plus efficaces possibles. La communauté internationale a récemment développé un cadre de travail destiné à la réduction des risques de catastrophe⁸, y est soulignée l'importance d'une approche multisectorielle de ces activités. Pour éviter tout risque de confusion, les modalités de riposte seront donc préparées et constamment améliorées.

Il est à noter que les mesures de prévention et d'atténuation sont complémentaires et doivent être menées de façon parallèle. La prévention entend réduire les effets ou la fréquence de réalisation des risques. Les efforts d'atténuation visent quant à eux à modifier structurellement le contexte afin de réduire les répercussions des crises à l'exemple de la construction de digues contre les inondations.

⁸ Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030, UNISDR.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

LE SENEGAL FAIT FACE A DES VULNERABILITES SANITAIRES IMPORTANTES

Les vulnérabilités du Sénégal face aux risques sanitaires sont nombreuses. Six principaux facteurs de risque intrinsèque peuvent être distingués : (1) les lacunes du système de santé, (2) le déficit et la vétusté des infrastructures du cadre de vie, (3) des disparités importantes dans l'accès aux soins de santé, (4) une proximité des animaux et des hommes mal encadrée, (5) l'existence de risques sociétaux, notamment terroristes et (6) l'environnement climatique du pays⁹. Le tableau 3 propose une illustration des dernières crises sanitaires notables ayant eu lieu au Sénégal.

Tableau 3 : Principales crises sanitaires récentes au Sénégal (source : COUS)

Principales crises sanitaires récentes au Sénégal :
• Explosion de la citerne d'ammoniac SONACOS : trente décès et plusieurs centaines de blessés, 1992
• Incendies de marchés : dizaines de décès et blessés, 1993-2010
• Naufrage du Joola, 1500 décès, 2002
• Invasions acridiennes, 2004
• Épidémies de choléra, 64 décès, 2004-2007
• Afflux de réfugiés mauritaniens et bissau guinéens, 2006
• Intoxication au plomb à Thiaroye, 18 décès, 2007
• Inondations : 250000 sinistrés, 2012-2013
• Crise Ebola, 0 décès, 2014

UN SYSTEME DE SANTE PRESENTANT DES LACUNES IMPORTANTES

Le Sénégal bénéficie d'un système de santé généralement décrit comme meilleur comparativement à ceux de la sous-région. Cet avantage permet au Sénégal d'obtenir un des meilleurs positionnements en Afrique subsaharienne en matière d'exposition aux risques médicaux (figure 3). Cependant, celui-ci reste à parfaire, car le Sénégal n'atteint pas les normes préconisées par l'OMS en matière de couverture en infrastructures sanitaires, notamment en plateaux médicaux et en personnel qualifié¹⁰. Par ailleurs, la gouvernance du système de santé est rendue complexe par la multiplicité des programmes en place. L'organisation de l'offre de soins se décline à travers le territoire en quatre niveaux, permettant de disposer d'une base uniforme pour établir et mettre en œuvre les politiques publiques de santé (voir figure 4).

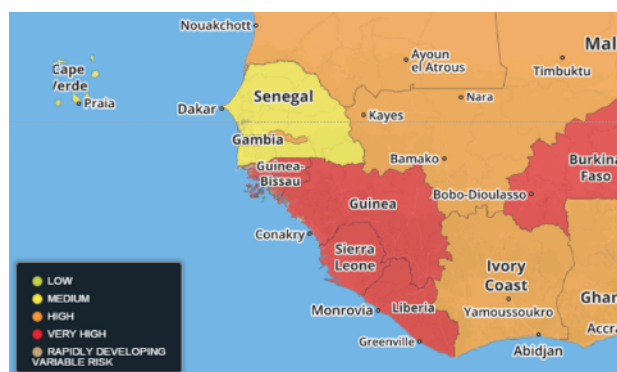


Figure 3 : Évaluation des risques médicaux en Afrique de l'Ouest (source : SOS International, 2016)

⁹ Liste compilée à partir des travaux des ateliers de préparation du plan stratégique et des plans d'action nationaux structurants pour le domaine sanitaire.
¹⁰ L'OMS classe le Sénégal 59ème sur 191 pour ce qui concerne la santé de sa population

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Référentiel de la politique économique et sociale du Sénégal sur les moyen et long termes adopté en 2012, le Plan Sénégal Émergent (PSE) entend répondre à ces enjeux importants pour la maîtrise des risques sanitaires : y contribueront notamment la mise en place progressive d'une couverture maladie universelle, l'application de mesures de gratuité des soins pour les plus défavorisés, et le développement de *Dakar Medical City*, avec l'ambition de faire de la capitale sénégalaise un centre de référence pour la santé au niveau sous-régional ¹¹.

Sont également distingués au sein du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), plan décennal structurant la politique sanitaire du Sénégal pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable, des objectifs spécifiques susceptibles de contribuer à renforcer le système de gestion des urgences sanitaires du Sénégal : (1) renforcement de la surveillance médicale intégrée et de la riposte, (2) développement des ressources humaines et répartition plus équitable des personnels qualifiés, (3) renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance, (4) renforcement de la disponibilité des produits médicaux et moyens chirurgicaux, (5) renforcement du système d'information et de la recherche en santé et (6) amélioration de la planification, de la gestion administrative et financière et de la gestion axée sur les résultats ¹².

DES CARENCES DANS LES INFRASTRUCTURES DU CADRE DE VIE

La qualité des infrastructures affecte à la fois le niveau de risque et la capacité de riposte du système de gestion des risques sanitaires. Au Sénégal, trois principaux enjeux doivent être pris en compte : (1) la forte densité démographique urbaine, (2) la faiblesse des financements de renouvellement et de maintenance des voiries et réseaux divers et (3) l'application limitée des textes réglementaires, compte tenu du manque de sensibilisation et de contrôle. La forte pression démographique et l'urbanisation découlant de l'exode rural contribuent à l'occupation désordonnée de l'espace urbain. Les zones insalubres et impropres à l'habitat occupent ainsi 30 à 40% de l'espace dans la plupart des villes sénégalaises et concentrent une part importante de la population ¹³. Les répercussions se font sentir sur les volets hygiène et insécurité, ce qui accroît in fine la vulnérabilité sanitaire et sociale des populations.

Aux côtés des faiblesses des réseaux d'assainissement, d'un système de distribution électrique vétuste pour l'essentiel, les carences des infrastructures de transport doivent être soulignées. Compte tenu d'une offre multimodale limitée, le réseau routier concentre l'essentiel des déplacements de personnes et de transports de marchandises, conduisant à sa détérioration accélérée ¹⁴. Par ailleurs, si le réseau sénégalais est relativement étendu selon les standards ouest-africains, les infrastructures sont inégalement réparties, et certains tronçons sont régulièrement saturés ¹⁵. La rapidité et la sécurité des transports, notamment d'urgence, s'en trouvent donc affectées.

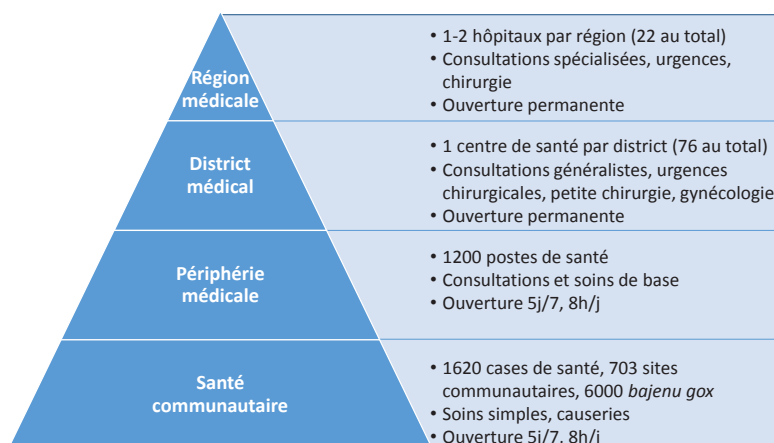


Figure 4 : Pyramide des soins au Sénégal (sources : MSAS, COUS)

¹¹Plan Sénégal Émergent, 2014.

¹²Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, 2009.

¹³Stratégie Nationale de Développement Économique et Social, 2013-2017, 2012.

¹⁴À titre d'exemple, selon le Conseil Exécutif des Transports Urbains de Dakar, 50% des véhicules poids lourds circulant sur le réseau sénégalais seraient en situation de surcharge à l'essieu, contribuant à affaiblir les fondations des routes empruntées.

¹⁵Le désenclavement du Sénégal oriental constitue à ce titre un défi

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Parmi les pistes étudiées afin de relever ces défis, on compte notamment la décentralisation de l'activité économique, la régularisation foncière, la viabilisation primaire des établissements par une plus forte participation des sociétés concessionnaires et la réforme de la fiscalité. Étant donné le montant des investissements nécessaires pour faire face aux besoins, la mise à niveau des infrastructures constitue cependant un objectif de moyen et long terme.

DES DISPARITES IMPORTANTES DANS L'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Une part importante de la population sénégalaise n'est pas couverte par le système de soins. L'offre est limitée (0,3 médecins et 0,06 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, contre une moyenne mondiale à 0,93 et 0,46¹⁶). La couverture maladie, qu'elle soit publique ou privée, ne concerne par ailleurs aujourd'hui qu'environ un sénégalais sur cinq¹⁷ et 46,7% de la population vit sous le seuil de pauvreté¹⁸, ce qui conduit à des situations d'exclusion sanitaires des plus indigents.

À l'accessibilité financière s'ajoute celle géographique. La grande disparité dans la répartition des infrastructures de santé (hôpitaux de référence, centres de santé, etc.) ne permet pas à toutes les populations, en particulier rurale, d'accéder facilement à des soins adéquats. L'hôpital Ibrahima Niassé de Kaolack draine ainsi des patients habitant Diourbel, Fatick, Touba, Tambacounda et Kolda¹⁹.

Des facteurs socioculturels peuvent également parfois constituer un frein à l'accès aux soins de santé. Une méconnaissance ou de la méfiance vis-à-vis de l'environnement sanitaire subsistent chez certaines populations et des difficultés de communication peuvent limiter la bonne compréhension des besoins ou l'orientation des patients.

L'intégration économique entre le Sénégal et ses pays voisins doit également être prise en compte car elle induit des mouvements significatifs de populations. Ces déplacements sont susceptibles de propager des agents pathogènes non présents sur le territoire sénégalais. Les zones d'orpaillage traditionnel de la région de Kédougou, qui connaissent de fortes inflations démographiques sur de très courtes périodes, ont par exemple connu plusieurs crises de rougeole importée au cours des années 2012-2015. Le manque d'hygiène, la faible disponibilité de l'eau potable et le traitement insuffisant des eaux usées de certains de ces sites ont également conduit au développement d'une flambée d'hépatite E en août 2014²⁰.

UNE PROXIMITE DES HOMMES ET DES ANIMAUX INSUFFISAMMENT ENCADREE

De nombreuses infections et maladies sont naturellement transmissibles entre les vertébrés et les hommes et vice versa. Bactéries, parasites, champignons et virus animaux constituent donc un risque sanitaire, qu'il soit direct ou produit à l'interface des écosystèmes homme-animal, telles que les anti-biorésistances.

¹⁶Sources : Banque Mondiale, 2014.

¹⁷Plan Sénégal Émergent, 2014.

¹⁸Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal II, 2010-2011, 2013.

¹⁹Étude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal, Plateforme des acteurs non étatiques pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal, 2009.

²⁰Situation économique et sociale régionale 2014, Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Kédougou, 2014

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Au Sénégal, les interactions entre les animaux et les hommes sont fréquentes et complexes. Malgré l'interdiction réglementaire des élevages ovins, bovins et caprins au sein des zones urbaines²¹, force est de constater que leur présence est banalisée. Chiens et chats errants sont également présents en zone urbaine comme rurale. En milieu rural, des contacts peuvent avoir lieu avec la faune, notamment singes et chauves-souris, deux vecteurs courants d'agents pathogènes. Compte tenu de ces facteurs de risques élevés, les capacités du système vétérinaire sénégalais apparaissent limitées. Le risque de zoonose apparaît donc réel, à l'image de la grippe aviaire H5N1.

À titre illustratif, le tableau 4 présente les principales zoonoses répertoriées chez les cheptels de moutons et chèvres.

Tableau 4 : Exemples de zoonoses (source : Office Fédéral de la Sécurité Alimentaire et des Affaires Vétérinaires suisse)

Zoonoses des moutons et des chèvres	
• Brucellose	• Louping III
• Campylobactériose	• Méningo-encéphalite verno-estivale
• Chlamydie	• Paratuberculose / Maladie de Crohn
• Coxiellose / fièvre Q	• Salmonellose
• Cryptosporidiose	• Stomatite vésiculeuse
• Fièvre charbonneuse	• Tuberculose
• Fièvre de la vallée du Rift	• Tularémie
• Gastro-entérite à clostridies	
• Leptospirose	
• Listériose	

DES RISQUES SOCIETAUX NON NEGLIGEABLES

Bénéficiant d'un système politique stable, le Sénégal fait néanmoins face à trois types de tensions sociales potentiellement violentes : (1) une instabilité latente, aujourd'hui affaiblie, dans la région de Casamance du fait de l'existence de mouvements indépendantistes, (2) les violences urbaines de certains groupes sociaux tels que les étudiants et (3) les actes terroristes, compte tenu de la présence de groupes extrémistes dans la zone sahélienne. Ces risques sont fortement atténués par l'existence d'un tissu social unifié par quelques langues majeures, des corpus religieux œcuméniques et une intégration culturelle et ethnique élevée. Si ces risques venaient à se matérialiser, les impacts sanitaires les plus probables se manifesteraient par des traumatismes physiques ou psychologiques.

UN ENVIRONNEMENT DIFFICILE AFFECTE PAR LE CHANGEMENT CLIMATIQUE EN COURS

Le Sénégal fait face à des risques spécifiques dus à son climat et son environnement. Caractérisé par un climat sahélien, la saison des pluies s'étend de juin à octobre, et entraîne régulièrement des inondations. Par ailleurs, le bilan hydrique y est faible (38 milliards de m³ pour une population d'environ 12 millions de personnes) limitant le potentiel économique de l'agriculture et l'élevage. Cette conjugaison de périodes de fortes pluies et de sécheresse présente des risques spécifiques de famine et de maladies hydriques. La Basse Casamance, le Sine Saloum et les régions de Tambacounda et Kolda sont ainsi particulièrement touchées par les maladies hydriques et véhiculées par les moustiques (paludisme, dengue, chikungunya, fièvre de la vallée du Rift, Zika). D'autres maladies, endémiques au Sahel, peuvent également être mentionnées en raison de leur impact important sur la santé humaine : méningite à méningocoque, schistosomiasis, hépatites A et E. Les conséquences du réchauffement climatique sur le Sénégal sont majeures. D'ici 2035, deux principaux phénomènes pourraient être observés : (1) une forte augmentation des températures minimales et une légère augmentation des températures maximales pour une variation moyenne de +1,1 à +1,8°C ; (2) une stabilisation des précipitations moyennes accompagnées d'une augmentation des épisodes extrêmes du type sécheresse ou pluies diluviennes²².

²¹ Représentant du Ministère de l'Élevage, Atelier de Préparation du plan stratégique du COUS.

²² Contribution Prévue Déterminée au Niveau National dans le cadre de la COP21, Ministère de l'Environnement, 2015

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Deux répercussions principales concourront à créer de nouveaux aléas sanitaires : (1) la modification de la biodiversité, au travers des déplacements des lieux de vie de la faune, pourra mettre les hommes aux contacts de nouveaux vecteurs d'agents pathogènes et (2) la dégradation de la base productive agricole, principalement en raison de l'érosion hydrique et éolienne, caractérisée par une perte en nutriments estimée à 38 Kg/ha, et qui mettra à mal les secteurs agricole et de l'élevage²³.

LE COUS A IDENTIFIE DES RISQUES PRIORITAIRES POUR LESQUELS IL EST NECESSAIRE DE RENFORCER LE SYSTEME DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES SENEGALAIS

LA CARTOGRAPHIE DES RISQUES SANITAIRES REPOSE SUR UN PROCESSUS CONTINU

Fin décembre 2015, le COUS a procédé à un premier travail de cartographie des risques sanitaires sénégalais pour lesquels une préparation approfondie est nécessaire. Ont été distingués 46 risques spécifiques, chacun caractérisé en fonction de (1) son impact médical et de (2) la complexité de la riposte à mettre en œuvre.

Constituée de trois étapes principales, l'approche déployée s'attache à identifier l'ensemble des aléas possibles au Sénégal, à les qualifier pour identifier pour aboutir à une priorisation appuyée par des éléments factuels. Cette analyse sera régulièrement mise à jour afin de prendre en compte les modifications de l'environnement. Cette approche vise à distinguer les risques pour lesquels une préparation approfondie est nécessaire. La figure 5 décrit la méthodologie déployée.

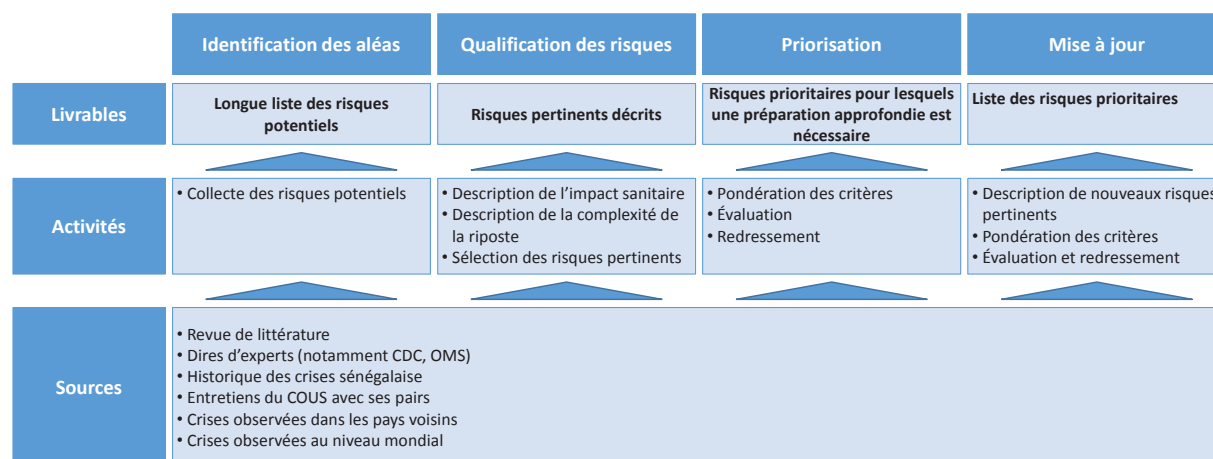


Figure 5 : Méthodologie de sélection des risques prioritaires (source : COUS)

Le détail des indicateurs utilisés est présenté en annexe.

L'ÉVALUATION DES RISQUES SANITAIRES FAIT AUJOURD'HUI APPARAÎTRE DOUZE PRIORITES

Le produit final de cette analyse est décliné en deux volets : (1) une cartographie présentant les 39 risques principaux identifiés au Sénégal, présentée par la figure 6 et (2) la liste des 11 risques prioritaires sur lesquels concentrer les travaux du COUS présentés par le tableau 5.

²³ *ibid*

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

La sélection finale des risques prioritaires a été opérée sur la base de redressements permettant de couvrir un périmètre de risque diversifié dans l'optique d'accélérer le renforcement du système de gestion des risques grâce aux effets d'apprentissage obtenus par la maîtrise de risques dont les modalités de riposte escomptées sont proches. Par exemple, la maîtrise du risque « chikungunya », profitera à celle du risque « dengue ».

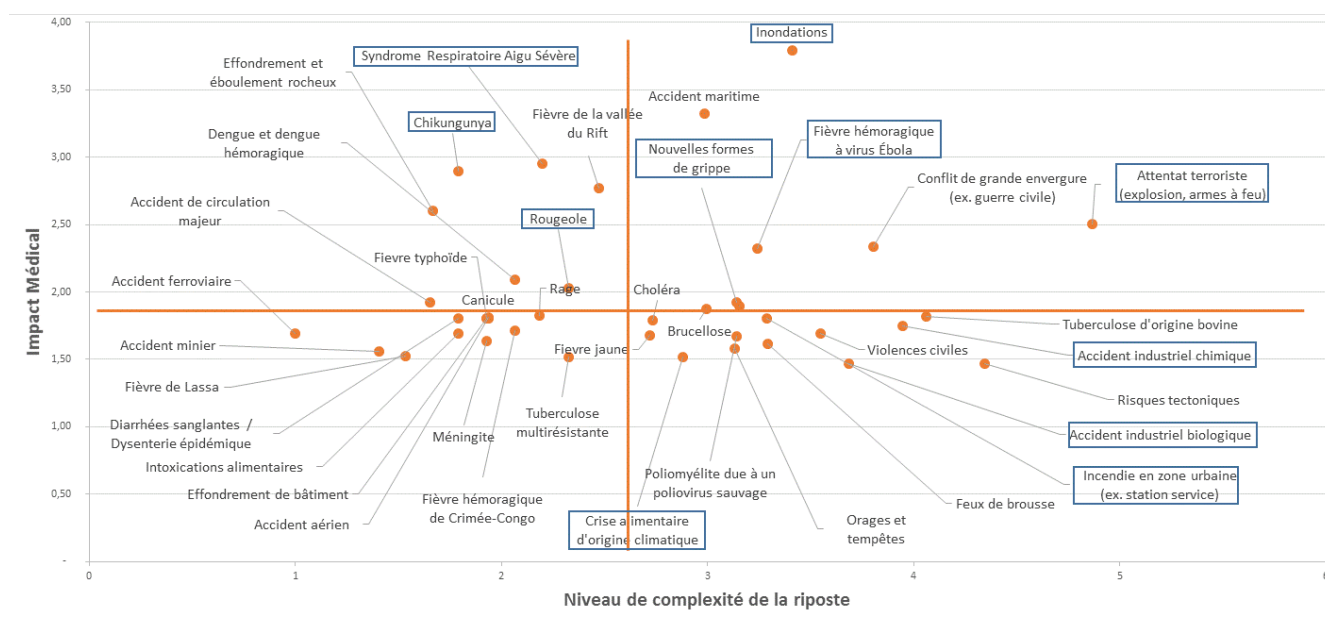


Figure 6 : Cartographie des risques sanitaires prioritaires au Sénégal (source : COUS). NB : sont encadrés les risques pour lesquels la préparation est jugée prioritaire.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Tableau 5 : Risques prioritaires pour lesquels une préparation est nécessaire (source : COUS)

Risques biologiques	<ul style="list-style-type: none">• Chikungunya• Fièvres hémorragiques• Méningite• Nouvelles formes de gripes• Rougeole• Syndrome respiratoire aigu sévère
Risques technologiques	<ul style="list-style-type: none">• Accidents industriels biologiques• Accidents industriels chimiques• Incendies en zone urbaine
Risques environnementaux	<ul style="list-style-type: none">• Crises alimentaires produites par des évènements météorologiques ou climatiques inattendus• Inondations
Risques sociétaux	<ul style="list-style-type: none">• Attentats terroristes par arme à feu ou explosion

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

LE COUS EST APPELE A DEFINIR ET METTRE EN ŒUVRE UNE APPROCHE UNIFIEE ET EFFICACE DE LA GESTION DES CRISES SANITAIRES

La crise Ebola de 2014 a démontré les limites du système de santé des pays d'Afrique de l'Ouest. Si le Sénégal a su contenir la crise, l'observation de ses conséquences chez les pays voisins a été très instructive en ce qu'elle a souligné la nécessité de revoir le modèle organisationnel de gestion des crises. Les enseignements de la crise sénégalaise, en ligne avec ceux des pays touchés de la sous-région, sont décrits dans le tableau 6). En l'absence de traitement, et face à un virus à contagiosité élevée, les autorités ont été confrontées à quatre défis majeurs: (1) assurer la coordination des opérations en s'appuyant sur de multiples acteurs issus de juridictions et secteurs différents, (2) déployer rapidement des personnels et infrastructures de santé et de soutien adéquats sur les lieux nécessaires, (3) assurer le suivi, la consolidation et la

diffusion des informations d'intérêt auprès des parties prenantes et (4) organiser l'accompagnement humanitaire de dizaines de milliers de cas suspects et probables, confinés dans leur foyers ou au sein de centres de quarantaine de façon à briser les chaînes de transmission. Le modèle de gestion des urgences alors en vigueur dans l'ensemble des pays de la sous-région, Sénégal compris, et basé sur la collaboration interministérielle, a rapidement montré ses limites.

Spécifiquement, ont généralement constitué des freins à l'efficacité du système les points suivants : (1) l'absence de procédure consolidée de riposte opérationnelle, (2) les travaux réalisés en silo, avec leur lot de chevauchements et domaines laissés pour compte, (3) la complexité des prises de décision faisant intervenir de nombreux échelons hiérarchiques et fonctionnels, (3) la faiblesse des capacités d'intervention rapide et de prise en charge médicale. Si le modèle de gestion ne saurait expliquer à lui seul l'ampleur de la crise, compte tenu de la faiblesse patente des systèmes de santé guinéenne, sierra léonais et libérien, il y a cependant contribué.

Le modèle dit de « gestion des incident » représente une alternative organisationnelle reconnue. Il comporte deux volets. Le premier concerne la montée en responsabilité opérationnelle d'une petite équipe de spécialistes expérimentés et dédiés, chargés de coordonner les activités de riposte en cas de crise au sein d'une institution dédiée, le Centre des Opérations d'Urgences (COU) ; le second, la préparation à la riposte et la détection des crises, responsabilités permanentes du COU. Les pays ayant réussi à faire face aux crises sanitaires avec la plus grande efficacité sont généralement organisés selon ce modèle.

Tableau 6 : Prise en charge de la crise Ebola au Sénégal

Enseignements de la crise Ebola au Sénégal
<ul style="list-style-type: none">• Une crise relativement courte:<ul style="list-style-type: none">• 29 août 2014 : Notification du seul cas de MVE, importé, au Sénégal• 18 septembre 2014 : fin du suivi des 74 sujets contacts• 9 octobre 2014 : notification de fin d'épidémie• Des stratégies ad hoc mises en place:<ul style="list-style-type: none">• Phase pré-épidémique : redynamisation du comité National de Gestion des Épidémies et renforcement de la collaboration au sein des structures du MSAS• Phase épidémique : mise en place d'un comité de crise constitué de dix commissions opérationnelles (surveillance épidémiologique, contrôle de l'infection, logistique, mobilisation de ressources, sécurités, médias et communication, recherche, hygiène, intervention sociale, intervention)• Organisation de réunions journalières• Enseignements :<ul style="list-style-type: none">• Le fort engagement du plus haut niveau de l'État a joué un rôle déterminant• Organisation parfois lourde se traduisant par un manque de synergie et des difficultés de prise de décision• Lourdeur de la coordination• Risque de paralysie des autres programmes de santé en cas d'épidémie de plus grande ampleur• Formation parfois trop théoriques, qui ne permettent pas d'anticiper les réactions de stress voire de peur le moment venu• Suivi des sujets contact professionnels de santé souvent difficile (dénier ou somatisation)• Le soutien psychologique des personnels soignants et des victimes est primordial• Les risques de psychose sociale et d'ostracisme de certaines populations sont importants• Des communiqués et conférences de presse transparents et réguliers permettent de limiter la diffusion d'informations non vérifiées par les médias

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Au Sénégal, Madame le Ministre de la Santé et de l'Action sociale, le Pr Awa Marie Coll Seck a très tôt développé la conviction de la nécessité de mettre en place un système de gestion des incidents sanitaires appuyé par une institution dédiée, travaillant notamment aux côtés de la Direction de la Prévention (DP), de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), des Régions Médicales (RM), mais aussi d'institutions placées sous l'autorité d'autres ministères.

Après la prise en charge réussie de la crise Ebola, le COUS a ainsi été officiellement créé par décret le 1er décembre 2014.

LES ACCORDS SANITAIRES INTERNATIONAUX DEFINISSENT UN CADRE DE REFERENCE CLAIR POUR LA GESTION DES URGENCES SANITAIRES

Trois sources peuvent être mises à profit afin d'établir la cible vers laquelle le système de gestion des risques sanitaires sénégalais doit tendre : (1) le Règlement Sanitaire International (RSI)²⁴, (2) les accords du Global Health Security Agenda (GHSA) et (3) le cadre de Sendai.

Comme indiqué précédemment, le RSI a force obligatoire et définit des modalités de riposte et de collaboration internationale à déployer lorsqu'un pays fait face à des Urgences Sanitaires de Portée Internationale (tableau 7), de notification des risques à l'OMS, d'accès et vérification par l'OMS des informations nationales et de capacités essentielles de surveillance et d'action pour les points d'entrée nationaux.

Le GHSA²⁵ constitue un cadre de collaboration internationale et intersectoriel réunissant à date 50 pays, institutions internationales et organisations non gouvernementales qui entendent collaborer afin de renforcer les systèmes de prévention, détection et riposte aux risques sanitaires au moyen d'accompagnement technique et financier de pays demandeurs. Il définit des objectifs et cibles spécifiques sur 11 domaines (tableau 8) qui fournissent un ensemble de bonnes pratiques pour favoriser la mise en œuvre du RSI.

Le cadre d'action de Sendai²⁶ pour la réduction des risques d'urgence fournit quant à lui un ensemble de principes permettant une meilleure prise en charge des catastrophes humanitaires et sanitaires, avec une focalisation sur le renforcement de la gouvernance, le renforcement des investissements d'atténuation et de résilience et l'amélioration de la préparation selon la logique « **Build back better** »²⁷.

Tableau 7 : Niveau d'urgence sanitaire définis par l'OMS (source : OMS)

	Niveau 1 : un ou plusieurs pays touchés par une crise sanitaire aux conséquences limitées	Niveau 2 : un ou plusieurs pays touchés par une crise sanitaire aux conséquences modérées	Niveau 3 : un ou plusieurs pays touchés par une crise sanitaire aux conséquences substantielles / Urgence Sanitaire de Portée Internationale
Assistance technique	À distance depuis le niveau international	Missions sur place à durée limitée; accompagnement à distance pour le renforcement stratégique; conseils techniques	Personnel de complément sur place; expertise spécifique liée à la nature de la crise et aux besoins du pays
Assistance financière	Minimale voire nulle (prise en charge au travers des ressources disponible au sein du pays)	Accès aux ressources de l'OMS; mobilisation de ressources internationales à la demande	Accès aux ressources globales et régionales de l'OMS; mobilisation de ressources internationales
Assistance en personnel	Minimale voire nulle (prise en charge au travers des ressources disponible au sein du pays)	Mobilisation d'experts en fonction des besoins	Personnel de complément déployé selon une logique d'absence de regret

Tableau 8 : Détail des trois types de piliers du GHSA (source : GHSA)

Piliers du GHSA
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention 1 : Résistance antimicrobienne • Prévention 2 : Zoonoses • Prévention 3 : Biosûreté et biosécurité • Prévention 4 : Vaccination • Détection 1 : Système de laboratoire national • Détection 2 & 3 : Surveillance en temps réel • Détection 4 : <i>Reporting</i> • Détection 5 : Développement du personnel • Riposte 1: Centres d'Urgence Sanitaire • Riposte 2: Liens entre la santé publique avec le cadre juridique et la riposte rapide multisectorielle • Riposte 3: Déploiement des capacités médicales et personnel sanitaire

²⁴Sa dernière version a été définie en 2005 et a pris force de loi en 2012.

²⁵Institué en 2014 sous l'impulsion du gouvernement américain.

²⁶Adopté en 2015 par 186 pays pour la période 2015-2030.

²⁷« Faire et reconstruire mieux », logique visant à utiliser le rétablissement post crise comme une opportunité de mise en place de structures plus efficaces et résilientes.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Ces trois cadres forment un ensemble complémentaire et soulignent un ensemble de principes et objectifs spécifiques détaillés au travers du tableau 9.

Tableau 9 : Principes et objectifs spécifiques de référence définis au niveau international (sources : OMS, GHSA, cadre de Sendai)

Prévention / Atténuation	Préparation	Crise / Rétablissement
Gouvernance : <ul style="list-style-type: none"> Ancrage institutionnel stable du COU et soutien du gouvernement au plus haut niveau Structure institutionnelle intersectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> Logique systématique <i>One Health</i> pour les risques sanitaires Reconnaissance de l'ensemble des phases de la gestion des crises, notamment prévention/atténuation et préparation 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme d'allocation des ressources intersectoriel Rôles et responsabilités clairement définis Critères clairs de déclenchement des procédures de gestion de crise
Résilience des systèmes sanitaires : <ul style="list-style-type: none"> Mécanismes de prise en charge hospitalière limitant le développement des affections nosocomiales 	Capacités du COU : <ul style="list-style-type: none"> Respect de la famille de standards ISO 22300 Capacité à tenir une réunion dans les 60 minutes qui suivent l'apparition d'une urgence, 	<ul style="list-style-type: none"> avec l'ensemble des acteurs concernés Déclenchement d'une intervention d'urgence dans les 120 minutes d'une alerte validée Formation des équipes du COU aux logiciels
Vaccination humaine: <ul style="list-style-type: none"> Vaccination contre la rougeole d'au moins 90% de la population âgée de 15 mois 	Analyses laboratorines : <ul style="list-style-type: none"> Au moins un laboratoire de référence capable d'identifier, au minimum, trois des sept pathogènes antimicrobiens résistants prioritaires de l'OMS¹ Laboratoires consolidés au sein de réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> WebEOC, Red Sky, Dragon Fire, EPI-X et Epi Info au minimum Notification dans les 24h à l'OMS de toute urgence sanitaire de niveau supérieur à OMS 1
Biosécurité : <ul style="list-style-type: none"> Système national de biosécurité permettant le contrôle des agents pathogènes particulièrement dangereux Formation en gestion des risques biomédicaux visant à promouvoir une culture de responsabilité partagée, réduire les risques de double usage, atténuer les menaces de prolifération biologique Législation en matière de biosécurité Suivi des cinq zoonoses / agents pathogènes les plus préoccupants pour la santé publique nationale 	Capacités médicales : <ul style="list-style-type: none"> Un épidémiologiste de terrain pour 200 000 habitants Un vétérinaire pour 400 000 têtes de bétail 	Suivi des contacts : <ul style="list-style-type: none"> Recours à des personnels d'appoint (ex. le Mali a utilisé des étudiants en épidémiologie) Sécurisation des lieux
Zoonoses : <ul style="list-style-type: none"> Définition et mise en œuvre d'un cadre réglementaire limitant les risques liés à l'élevage de bétail et de volaille Renforcement du contrôle de l'utilisation d'antibiotiques dans l'élevage Mise en place de système de veille sur la santé des animaux sauvages à haut risque (notamment chauves-souris, oiseaux) 	Surveillance & Veille sanitaire : <ul style="list-style-type: none"> Système de laboratoire en mesure de mener de façon précise, fiable et rapide d'au moins cinq des dix tests de base sur des échantillons d'épidémie, correctement identifiés et transportés en toute sécurité à des laboratoires accrédités à partir d'au moins 80% des régions du pays Surveillance d'au moins trois syndromes parmi les suivants : syndrome respiratoire aigu sévère, paralysie flasque aiguë, fièvre hémorragique aiguë, diarrhée aqueuse aiguë avec déshydratation et ictere fébrile. 	
	Développement des capacités : <ul style="list-style-type: none"> Au moins un exercice terrain annuel 	

LE SYSTEME DE GESTION DES RISQUES SANITAIRES ACTUEL VOIT INTERVENIR UN GRAND NOMBRE D'ACTEURS

Depuis sa création, le COUS a mené un dialogue continu avec les principales parties prenantes du système de gestion des urgences sanitaires sénégalais, placées sous la responsabilité du MSAS, d'autres ministères, ou partenaires techniques (notamment OMS, UNICEF, CDC, MSF, Path, IntraHealth) et financiers (notamment BMGF, KOICA, JICA, GIZ). Le tableau 10 présente un état des lieux des acteurs publics aujourd'hui impliqués.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Tableau 10 : État des lieux des parties prenantes publiques du système de gestion des urgences sanitaires sénégalais (source : ateliers de préparation du plan stratégique du COUS, Saly du 9 au 11 décembre 2015)

Dimensions	Acteurs et ressources	
Politique et stratégique	Gouvernement <ul style="list-style-type: none"> Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques et Catastrophe Programme national de réduction des risques majeurs et de gestion des catastrophes Plan vert : plan spécial médicalisé lors des grandes cérémonies religieuses 	
	Ministère de la Santé et de l'Action sociale <ul style="list-style-type: none"> Plan National de Développement Sanitaire 	Ministère de l'Élevage et des Productions animales <ul style="list-style-type: none"> Programme de Renforcement de la Protection Zoosanitaire
	Ministère de la Pêche et de l'Économie maritime <ul style="list-style-type: none"> Plan d'Intervention d'Urgence en Mer 	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique <ul style="list-style-type: none"> Politique de sécurité civile
	Ministère de l'Environnement et du Développement durable <ul style="list-style-type: none"> Plan d'Urgence 	Ministère du Travail, du Dialogue social, des Organisations professionnelles et des Relations avec les Institutions <ul style="list-style-type: none"> Programmes de santé et sécurité au travail
Coordination	Ministère de la Santé et de l'Action sociale <ul style="list-style-type: none"> Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire Comité National de Gestion des Épidémies 	Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises <i>(en cours de mise en place)</i>
	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique <ul style="list-style-type: none"> Commission Supérieure de Protection Civile Plan National d'Organisation des Secours (ORSEC) 	Ministère du Travail, du Dialogue social, des Organisations professionnelles et des Relations avec les Institutions <ul style="list-style-type: none"> Programmes de santé et sécurité au travail
Exécution et mise en œuvre	Prévention / Atténuation : <ul style="list-style-type: none"> Direction de l'Analyse, de la Prévision et des Statistiques agricoles Direction de la Gestion et de la Planification des Ressources en Eau Direction de la Lutte contre la Maladie Direction de la Planification, de la Recherche et de la Statistique Direction de la Prévention Direction des Relations de Travail et des Organisations professionnelles Direction des Services Vétérinaires Direction des Transports routiers Direction du Contrôle et de la Surveillance des Opérations minières Service National Éducation et Information pour la Santé Service National d'Hygiène Unité Opérationnelle de la Direction de l'Environnement et des Établissements classés 	Veille : <ul style="list-style-type: none"> Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Métrologie Centre Antipoison Centre des Urgences Environnementales Centre de Suivi de la Qualité de l'Air Direction de l'Analyse, de la Prévision et des Statistiques agricoles Direction de la Planification et de la Veille Environnementale Direction de la Planification, de la Recherche et de la Statistique Direction de la Surveillance des Territoires Direction des Laboratoires Direction des Services Vétérinaires Service National Éducation et Information pour la Santé
	Riposte: <ul style="list-style-type: none"> Agence National de l'Aviation Civile et de la Métrologie Bataillon du Train Brigade Nationale des Sapeur Pompiers Direction Générale de la Police Nationale Centre Antipoison Direction de l'Administration du Territoire Direction de l'Assainissement Direction des Laboratoires Direction des Services Vétérinaires Direction des Transports Routiers Douanes Gendarmerie Nationale Génie Militaire Laboratoire National de Recherches Vétérinaires Pharmacie Nationale d'Approvisionnement Service d'Assistance Médicale d'Urgence Service de Santé des Armées Service National d'Hygiène 	

Ce dispositif comprend de nombreux acteurs intervenant pour la plupart d'entre eux à la fois sur le plan de la définition de politique que de son exécution. Le Ministère de l'Intérieur est la seule entité intervenant aux trois niveaux. Qui plus est, plusieurs structures d'exécution, les Directions des ministères, participent à l'élaboration des politiques et ont ainsi un double rôle.

Le nombre élevé d'acteurs et les chevauchements dans les missions soulignent l'importance de la fonction de coordination. Le niveau politique apparaît fort de plusieurs acquis en termes d'élaboration de plans/stratégies. Il requiert cependant une forte collaboration interministérielle. Aussi, les échanges renseignent que certains ministères clés (ex. Industrie) n'ont pas entamé de réflexion en rapport aux risques sanitaires. De même, la fonction d'exécution dispose d'institutions critiques pour faire face à des risques. Elles représentent un fondement naturel pour renforcer la gestion des crises sanitaires. Les principaux déficits à combler comprennent certaines infrastructures (par exemple : intervention d'urgence, isolement) et la formation du personnel de terrain.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Pivot entre la stratégie et la mise en œuvre, la coordination du dispositif, en période de veille ou de crise, est critique. Le Ministère de l'intérieur et de la Sécurité publique joue un rôle de premier plan sur la partie coordination des actions de riposte, au travers de la coordination du Plan National d'Organisation des Secours (ORSEC). Le COUS vient renforcer cette fonction de coordination avec la gestion des crises sanitaires. Il n'a pas vocation à intervenir en qualité de structure d'exécution.

Il est par ailleurs prévu la création du Centre Opérationnel de Gestion Interministériel des Crises (COGIC), entité qui coordonnera la gestion de la riposte face aux crises intersectorielles d'ampleur nationale (grandes catastrophes naturelle, terrorisme...) au plan national.

L'ÉVALUATION DU SYSTEME DE GESTION DES RISQUES SANITAIRES ACTUEL FAIT APPARAÎTRE DES CARENCES IMPORTANTES

L'évaluation conduite repose sur le cadre d'évaluation des systèmes de gestion des urgences sanitaires du bureau régional européen de l'OMS. Cet outil couvre les six volets clés de l'efficacité des systèmes de gestion des urgences sanitaires: (1) leadership et gouvernance, (2) personnel sanitaire, (3) ressources techniques, (4) informations sanitaires, (5) financement et (6) capacité de riposte.

Chacun des six volets est décliné en composantes clés, elles-mêmes subdivisées en attributs pour lesquels des questions fermées sont posées. L'ensemble permet d'évaluer le niveau général de maturité du système et d'identifier des points précis d'amélioration. Sur cette base, il apparaît que le système sénégalais de gestion des crises sanitaires dispose de fondations établies sur cinq des principaux domaines. La couverture des attributs est cependant partielle pour l'ensemble d'entre eux, voire faible concernant les capacités de riposte.

La figure 7 propose une vue synthétique de l'évaluation au travers de l'agrégation des attributs dont la maîtrise est jugée « forte », « partielle » ou « faible ». Le détail de l'évaluation, réalisée sur la base des ateliers et entretiens de préparation du plan stratégique, est proposé en annexe.

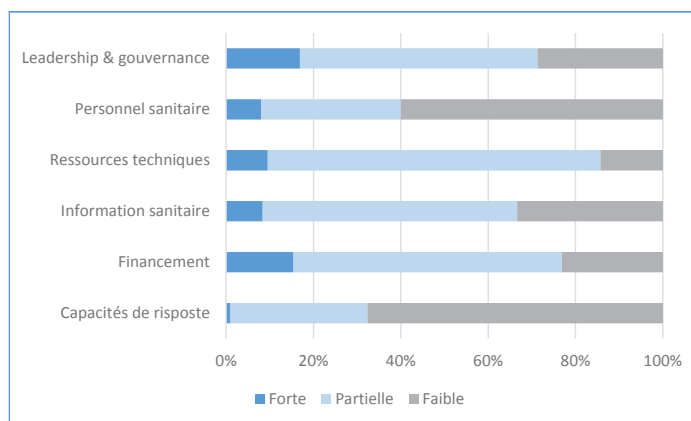


Figure 7 : Évaluation du système de gestion des urgences du Sénégal (source : COUS)

Leadership et gouvernance :

Sur les 74 attributs du cadre d'évaluation, on dénombre 24 maîtrises fortes, 37 partielles et 13 nulles. Le paragraphe suivant présente les faits saillants.

Le cadre réglementaire actuellement en vigueur permet la mise en œuvre d'une gestion intersectorielle ad hoc sous l'égide de la Commission Supérieure de Protection Civile, cœur du dispositif. Gouverneurs, Préfets, partenaires et institutions de déploiement opérationnel sont associés le cas échéant. La possibilité de déclenchement du plan ORSEC constitue un levier efficace d'accélération de la mise en œuvre des activités de riposte. En revanche, les phases de prévention/atténuation, de préparation et de rétablissement ne sont à date pas structurées par un cadre intersectoriel formel.

Clé de voute de l'ensemble du système, la mise en place du COGIC entend répondre à ces carences. Il est prévu que l'ensemble des ministères pertinents y contribue et que chacun d'entre eux mette en place une structure opérationnelle de veille et riposte sur le même modèle que le COUS pour le volet sanitaire.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Personnel sanitaire :

Ici, sur 11 attributs évalués, on dénombre 2 maîtrises fortes, 4 partielles et 5 nulles.

À date, les attentes en matière de compétences techniques et managériale, volumes et répartition du personnel, et plan de formation et de recrutement ne sont pas définies. La formalisation des modalités de riposte détaillées pour chacun des risques prioritaires permettra d'affiner les besoins et actions correctrices nécessaires. Peuvent d'ores et déjà néanmoins être soulignés (1) l'absence de base de donnée exhaustive d'identification et d'évaluation des personnels susceptibles de contribuer à la gestion des urgences sanitaire, (2) la rareté de certaines compétences sur le sol sénégalais face aux standards internationaux (voir illustration n) et une concentration des personnels privilégiant Dakar et Thiès où sont par exemple installés plus de 70% des médecins et (3) l'absence de mécanisme formalisé de recours à des personnels additionnels lorsque le volume d'activité le nécessite.

Ressources techniques :

Sur les 22 attributs évalués ici, on dénombre 4 maîtrises fortes, 16 partielles et 2 nulles.

À l'image de l'évaluation des personnels, la nature, volume et répartition des ressources techniques sera affinée graduellement au cours de l'établissement des procédures de riposte. Peuvent néanmoins d'ores et déjà être soulignées une pyramide sanitaire structurée incluant des hôpitaux de référence, des capacités laborantines notoirement supérieures à celles qui prévalent dans la sous-région, l'existence d'un circuit structuré d'approvisionnement et d'entreposage des produits médicaux. À date, les carences identifiées incluent (1) la répartition inadéquate des infrastructures sur le sol, (2) la faiblesse des stocks de produits médicaux d'urgence, notamment sang et plasma, et réactifs laborantins, (3) les capacités limitées face à une crise de grande ampleur compte tenu de l'absence de dispositif hospitalier temporaire formalisé et (4) les conséquences délétères des crises de grande ampleur sur la prise en charge des besoins sanitaires de fond.

Information sanitaire :

Sur les 35 attributs évalués ici, on dénombre 6 maîtrises fortes, 21 partielles et 8 nulles.

Le système District Health Information System 2 (DHIS2)²⁸, actuellement en cours d'implémentation, constitue le support central de la gestion des informations sanitaires du Sénégal. Il entend couvrir l'ensemble de la pyramide sanitaire et son architecture modulaire pourra accueillir la collecte, l'analyse de premier niveau et la diffusion des informations d'intérêt nécessaire à la gestion des urgences sanitaires. Il doit cependant être souligné que la couverture de la pyramide sanitaire est aujourd'hui partielle, l'échelon local souffrant de carence en matériel informatique et connectivité. Des outils de gestion de l'information plus légers et complémentaires sont en cours d'évaluation par le COUS, utilisant notamment le canal SMS. Les éléments critiques afin de parfaire le système de gestion incluent (1) la définition de référentiels communs au niveau national pour le suivi des informations d'intérêt, notamment dans le domaine de la surveillance syndromique, (2) la mise en place de procédures permettant d'assurer la qualité et la complétude des données, (3) l'intégration du niveau communautaire par l'utilisation de procédés adaptés et (4) la définition de procédures d'analyse et de communication push auprès des personnels de gestion des crises sanitaires adéquats.

²⁸Plateforme open source utilisée par plus de quarante pays à date.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Financement :

Sur les 7 attributs ici mesurés, on dénombre 2 maîtrises fortes, 4 partielles et 1 nulle. Compte tenu des ressources financières nationales limitées du Sénégal et des multiples besoins de financement concurrents, le financement des activités de prévention/atténuation et préparation constitue un enjeu majeur. Ce financement est aujourd'hui principalement pris en charge par les partenaires au développement. Si l'ensemble de l'écosystème reconnaît la rentabilité de ces investissements, au regard de la réduction des conséquences délétères de crises mieux gérées, les fonds nécessaires au renforcement des infrastructures et personnels sanitaires sont importants et devront faire l'objet de plaidoyers au plus haut niveau de l'État afin d'intégrer les documents cadres de planification budgétaire décennaux. Concernant les activités de riposte, l'État sénégalais dispose de la possibilité de débloquent des fonds lors de déclaration d'urgence sanitaires. La déclaration d'Urgence Sanitaire de Portée Internationale est également susceptible de déclencher des financements complémentaires de la part des partenaires au développement. Les principales carences concernent l'absence de mécanisme formalisé permettant (1) le déblocage rapide des fonds provenant des partenaires, (2) l'allocation et la traçabilité des fonds, y compris de façon rétrospective, (3) le rétablissement rapide des dégâts et pertes, notamment dans le domaine des infrastructures sanitaires.

Capacité de riposte :

Sur ce dernier domaine, sur 80 attributs, seules 2 maîtrises fortes sont identifiées, pour 32 partielles et 46 nulles. À ce jour, seule la riposte à la MVE a fait l'objet d'une préparation multisectorielle des modalités de riposte (voir annexe). La cible est donc définie, mais nécessite pour être totalement opérationnelle des investissements en infrastructure et en développement des capacités humaines. Le COUS a la charge de piloter la rédaction des procédures pour l'ensemble des risques prioritaires et d'identifier les carences afin de piloter la montée en capacité de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires.

LA REUSSITE DU COUS REPOSE SUR LA MAITRISE D'ENJEUX SPECIFIQUES

Face à l'ampleur des risques sanitaires auxquels le Sénégal fait face, le système actuel de gestion des urgences sanitaire présente des lacunes. La décision de création du COUS entend y répondre. Spécifiquement, on notera (1) des circuits de décision complexes et longs, (2) l'absence d'approche partagée par les contributeurs, le chevauchement de certains de leurs travaux, voire l'absence de prise en charge de certaines phases du processus de riposte à certains risques, (3) la faible prise en charge de certains contextes géographiques, qu'ils soient situés en zones reculées ou particulièrement denses. Sur cette base, il est possible de définir des principes directeurs devant guider l'action du COUS. Le tableau 11 les résume.

Compte tenu de la nature des risques identifiés au Sénégal et de l'état des lieux des ressources dévolues au système national de gestion des risques sanitaires, de nombreux enjeux devront être maîtrisés afin de renforcer l'ensemble du système.

Tableau 11: Principes directeurs pour la gestion des crises sanitaires (sources : OMS, CDC, InVS)

Principes directeurs pour la gestion des crises sanitaires

Rapidité d'action : face à l'urgence, les mécanismes de riposte et procédures prévues doivent immédiatement être mis en œuvre.

Organisation spécifique : circuits de décision courts, responsabilisation et modularité permettant efficacité et rapidité d'action.

Coordination & Intégration : les actions de riposte doivent être consolidées de façon à éviter chevauchements et omissions dus aux travaux en silo.

Pragmatisme : les événements sont traités au cas par cas, selon les procédures prévues, tout en gardant souplesse et capacité d'innovation.

Engagements financiers : les besoins humains et matériels sont difficilement prévisibles, mais il est nécessaire de les engager le plus rapidement possible pour éviter toute aggravation de la situation.

Prise en compte des enseignements : les facteurs de risque, les bonnes pratiques, les limites des stratégies déployées doivent nourrir la préparation de la prochaine crise.

I. ■ LA GESTION MAITRISEE DES CRISES SANITAIRES EST DEVENUE UNE PRIORITE POUR TOUS LES PAYS ■

Spécifiquement, ont été identifiés les volets suivants : (1) préparation et capacitation des acteurs, (2) coordination des activités de riposte, (3) collaboration, (4) maîtrise des opérations et (5) communication. Le tableau 12 en détaille le contenu.

Tableau 12 : Enjeux de la gestion des urgences sanitaires au Sénégal
(Source : Atelier de préparation du plan stratégique du COUS, Saly 9-11 décembre 2015)

Préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Identification et caractérisation des dangers et risques sanitaires • Définition de procédures opérationnelles normalisées • Mise en œuvre régulière d'exercices de simulation (sur table et terrain) • Définition prioritaire des plans de riposte pour les Maladies à Déclaration Obligatoire • Coordination avec le plan de préparation et de gestion des catastrophes de la Direction de la Protection Civile • Renforcement du système national de surveillance épidémiologique (y.c. surveillance communautaire) • Compréhension des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs (y.c. chevauchements et complémentarités) • Gestion de la charge de travail (équipes permanentes et de renfort) • Détection précoce et maîtrise de l'identification des signes précurseurs • Maîtrise des aspects socio-culturels et politiques • Pérennité des financements
Capacitation	<ul style="list-style-type: none"> • Formation rapide des différents acteurs de la chaîne de valeur (y.c. cascades de formateurs) • Contrôle de l'appropriation des connaissances (càd. pédagogie maïeutique, mises en situation régulières) • Manque de maîtrise des nouveaux risques par les acteurs de première ligne (ex. bioterrorisme, zoonoses) • Résilience du système (càd. robustesse, flexibilité, parallélisme, intégration) • Capacité à systématiquement tirer les enseignements et à les partager (càd. Boucles d'amélioration continue)
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Approche collaborative dans la préparation et intégrée lors de la riposte • Multi et inter-sectorialité (y.c. approche <i>One Health</i>) • Implication de l'ensemble des personnels pertinents (y.c. praticiens de la médecine traditionnelle, communautés) • Importance des partenariats avec les acteurs internationaux (CDC, MSF, IFRC, OMS, BMGF etc.) • Renforcement de la collaboration avec les institutions spécialisées dans la santé animale • Prise en compte des circuits économiques informels (ex.: ouvriers nomades sans livret de santé) • Partage d'information, de retours d'expérience et d'expertises au niveau sous-régional • Suivi consolidé de l'ensemble des sources d'information sanitaire (y.c. informelles, internationales)
Opérations	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion intégrée des crises (càd. centralisation et circuits de décision les plus courts possibles) • Focalisation du COUS sur la supervision des activités de riposte d'urgence • Renforcement capacitaire de diagnostic des laboratoires au niveau national • Synergies et complémentarités pour les interventions d'urgence • Focalisation sur l'hygiène (càd. gestion des déchets, dépouilles, hygiène corporelle) • Renforcement du leadership (càd. vision, motivation, capacité d'entraînement) • Coordination des équipes d'intervention rapide • Disponibilité et pérennité des ressources (y.c. humaines, matérielles, financières) • Appropriation des enjeux par tous
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de standards, référentiels et cycles de communication • Centralisation des informations et sélection rigoureuse des acteurs à impliquer • Prudence, reconnaissance des incertitudes, erreurs et défauts d'appréciation • Gestion des rumeurs, peurs et inquiétudes • Clarté des changements d'opinions officielles



■ II. PLAN STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL 2016-2018 ■

■ II. PLAN STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL 2016-2018 ■

POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DU COUS

VISION DU COUS A L'HORIZON 2018

La Vision du COUS reflète une ambition de transformation profonde et durable de la prise en charge des situations d'urgence sanitaire au Sénégal. Elle s'inscrit dans le mouvement impulsé par le PSE, notamment son deuxième pilier, qui vise à renforcer le capital humain, la protection sociale et le développement durable. Les crises sanitaires étant susceptibles d'ébranler les efforts du Sénégal vers l'émergence, leur maîtrise est de la toute première importance.

La vision du COUS s'exprime ainsi :

« Être reconnue, à l'horizon 2018, comme l'institution leader dans la préparation collective et la coordination des opérations liées aux risques et urgences sanitaires au Sénégal. »

LE COUS DOIT REpondre A SIX MISSIONS PRINCIPALES

Les missions du COUS recouvrent quatre responsabilités permanentes (cf. 1, 2, 3 et 4) et deux responsabilités en cas de crise (cf. 5 et 6), la figure 8 en donne une vision synthétique :

- 1. Assurer une veille permanente** des événements susceptibles de conduire à des crises sanitaires d'ampleur nationale, quelle que soit leur origine. Le COUS coordonnera ses travaux analytiques avec les services spécialisés afin de distinguer les risques prioritaires. Spécifiquement, il s'agira pour le COUS d'assurer le suivi des quatre types de risques suivants : biologiques²⁹, naturels, technologiques et sociétaux ;
- 2. Mener les investigations nécessaires** lorsqu'un événement susceptible de mener à une crise sanitaire est identifié (qu'il ait été détecté par le COUS lui-même ou qu'il lui ait été notifié). Spécifiquement, il s'agira pour le COUS de développer et de maintenir un dispositif de riposte opérationnel dans les 120 minutes³⁰ suivant la notification et de déclarer l'urgence sanitaire le cas échéant ;
- 3. Préparer les modalités opérationnelles de riposte³¹** par l'établissement de PONs pour chacun des risques prioritaires diffusés et pris en compte par l'ensemble des contributeurs du dispositif sanitaire nécessaire. Spécifiquement, il s'agira de rédiger des PONs acceptés de l'ensemble des institutions contribuant à la riposte sanitaires, de régulièrement mener des formations et simulations afin de développer les capacités réelles du système sanitaire sénégalais ;
- 4. Contribuer aux efforts de coopération internationale** permettant l'amélioration des mécanismes de suivi et de riposte aux Urgences Sanitaires de Portée Internationale (USPI), notamment dans le cadre des institutions ouest-africaines et africaines. Spécifiquement, il s'agira de partager les enseignements des expériences sénégalaises en matière de crise sanitaire afin d'identifier écueils et bonnes pratiques susceptibles de concourir au renforcement des dispositifs d'autres pays, ainsi que de participer à la mise en place de dispositifs internationaux ;

²⁹Les maladies endémiques et endémo-épidémiques (par exemple : paludisme, SIDA, bilharziose) font l'objet de programmes de lutte spécifiques permanents; à ce titre, elles sont exclues du périmètre de responsabilité du COUS.

³⁰Norme définie au sein du pilier Riposte 1 du cadre GHSA

³¹Voir la cartographie des PON établies par le COUS dans le cadre de la crise Ebola en annexe.

■ II. PLAN STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL 2016-2018 ■

5. Coordonner les activités de riposte conformément aux PON établies pour les risques prioritaires et aux principes de riposte pour les risques secondaires. Spécifiquement, il s'agira d'assurer le pilotage des ressources du COUS dévolues à la riposte ainsi que celles de l'ensemble des acteurs concernés. Post-crise, il s'agira de tirer les enseignements permettant de prévenir la répétition de la crise, de limiter ses répercussions négatives, et de renforcer les capacités de gestion des crises sanitaire ;

6. Fournir les informations d'intérêt en temps réel au Ministre de la Santé et de l'Action sociale, ainsi qu'aux institutions partenaires du dispositif. Spécifiquement, il s'agira de mettre à disposition des parties prenantes appelées à prendre des décisions réglementaires d'intérêt général³² l'ensemble des informations caractéristiques de la crise sanitaire qui leur sont nécessaires, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives.

Il est précisé que les activités de prévention et d'atténuation³³ concourant à la réduction de l'impact des crises sanitaires, qu'elles agissent leur effet ou leur probabilité ne relèvent pas de la responsabilité directe du COUS. En revanche, le COUS pourra souligner les pratiques et situations à risque identifiées lors de ses activités de veille et soumettre les préconisations afférentes aux institutions responsables.

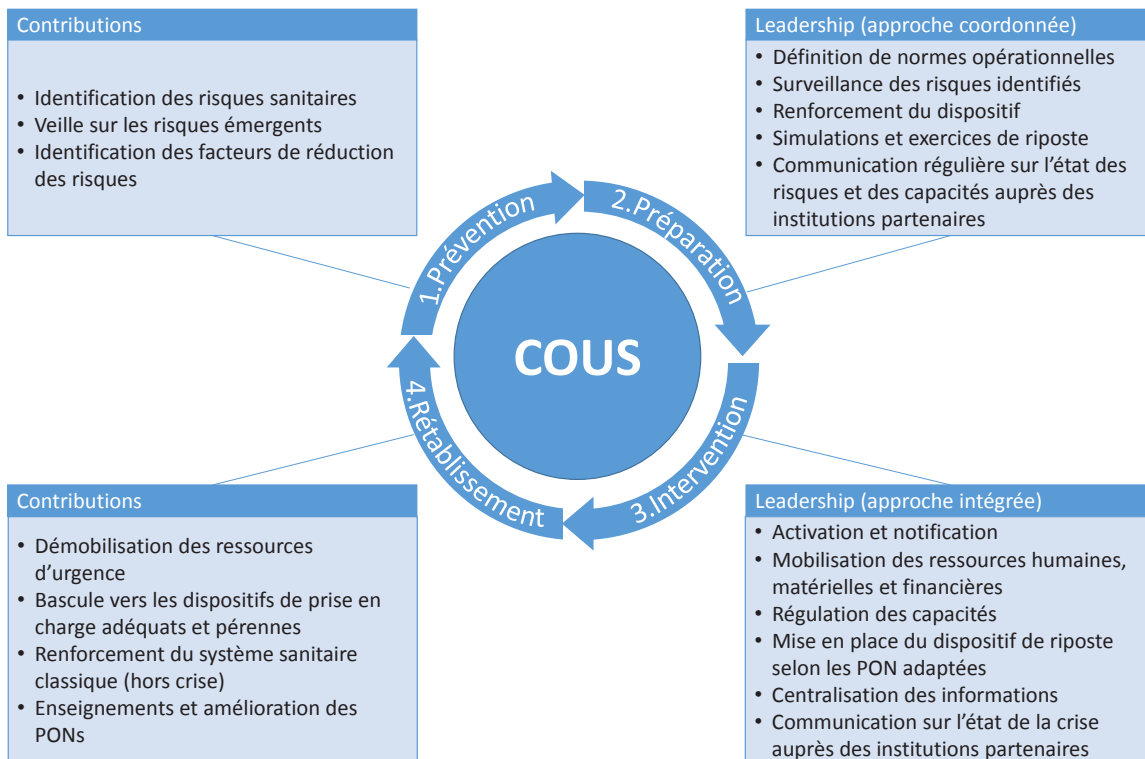


Figure 8 : Présentation des rôles du COUS au travers du continuum des crises sanitaires (source : COUS)

³² Dans le cadre notamment du RSI.

³³ Celles-ci incluent par exemple le renforcement des bonnes pratiques d'hygiène, l'application des règles de réduction des risques physiques, chimiques et microbiologiques dans l'industrie alimentaire, le traitement des déchets médicaux.



■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

Pour réaliser ses missions, le COUS s'est fixé **cinq objectifs stratégiques**.

1. Mettre en place un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires au Sénégal ;
2. Préparer les modalités opérationnelles de riposte aux crises sanitaires ;
3. Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires ;
4. Piloter le déploiement des ressources humaines, techniques et financières nécessaires en cas de crise sanitaire ;
5. Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS.

Ils sont déclinés en 19 chantiers et 65 interventions. La figure 9 donne une vision synthétique des deux premiers niveaux.

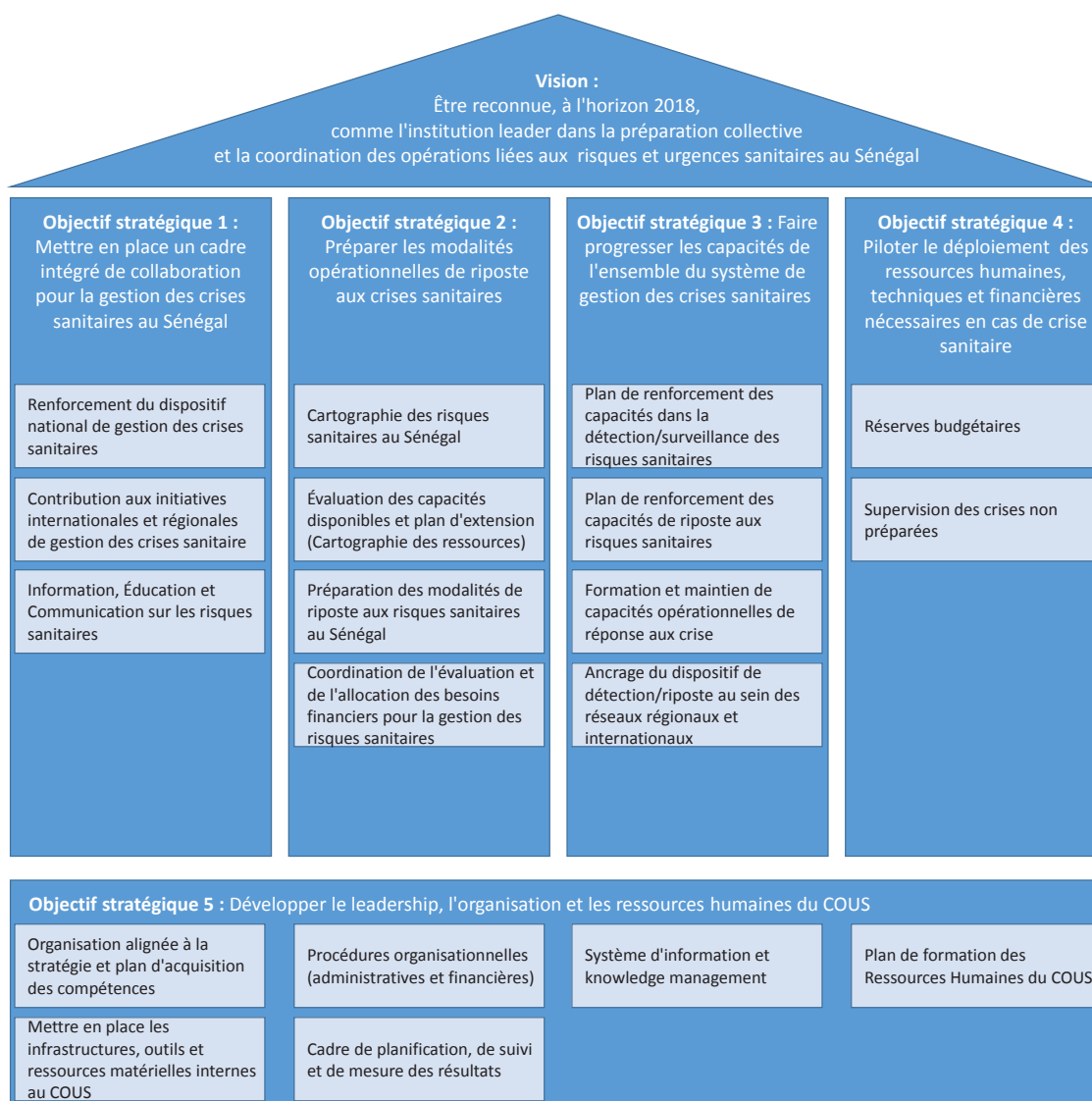


Figure 9 : Présentation synthétique de la vision, des objectifs et chantiers du plan stratégique (source : COUS)

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : METTRE EN PLACE UN CADRE INTEGRE DE COLLABORATION POUR LA GESTION DES CRISES SANITAIRES AU SENEGAL

La gestion des crises sanitaire nécessite la coopération de plusieurs institutions spécialisées, jouant chacune un rôle spécifique dans le cycle de gestion des crises . Certaines, par le mandat qui leur est confié et leurs compétences uniques, sont responsables de domaines importants ; c'est le cas notamment de la DP, qui recueille les informations sanitaires au niveau des districts. D'autres jouent des rôles similaires ou complémentaires pour lesquels des synergies doivent être recherchées afin de tirer le meilleur parti de leurs compétences combinées ; c'est le cas dans le domaine des équipes d'interventions d'urgence, qui comptent par exemple le SAMU, les services d'urgence des hôpitaux et les structures privées de gestion des urgences.

Par ailleurs, les intervenants de la gestion des urgences appartiennent pour nombre d'entre eux à des secteurs différents n'ayant pas régulièrement à participer à des projets communs. Au côté des institutions dépendant du MSAS, la gestion des crises sanitaires requiert par exemple la coopération d'institutions issues des Ministères en charge de l'Agriculture, de l'Élevage, de l'Environnement, des Transports, de l'Intérieur et des Forces Armées, etc.

Trois chantiers et 11 interventions sont prévus pour atteindre cet objectif :

1.1 Renforcement du dispositif national de gestion des crises sanitaires

1.1.1 Contribuer au volet opérationnel du comité One Health aux côtés des représentants des Ministères, de l'Élevage, de l'Environnement et de l'Agriculture :

Représentant du MSAS, le COUS s'engagera au côté des représentants des trois ministères ayant une responsabilité conjointe sur les questions de santé humaine afin d'identifier des synergies dans leurs opérations en cours. Les activités consisteront essentiellement en réunions de partage d'information et de recherche de complémentarités et d'arbitrage.

1.1.2 Définir les modalités de collaboration avec chacune des parties prenantes de la gestion des risques sanitaires amenées à contribuer à la rédaction des PON :

Le COUS rencontrera les décideurs de chacune des institutions amenées à contribuer à la rédaction des PON afin d'en identifier les contributeurs clés ayant vocation à intégrer les comités de rédaction et les comités de validation desdites procédures. Au préalable, une description précise des compétences, charges de travail et modalités de travail sera définie pour constituer un cahier des charges de chacune des coopérations.

1.1.3 Contribuer à la mise en place d'un cadre de coordination interministériel (COGIC) pour la gestion des crises d'ampleur nationale :

La mise en place d'une structure nationale de coordination des urgences et catastrophes est une nécessité pour notre pays. Elle permettra de mieux définir les rôles et responsabilités de chaque secteur lors d'une crise d'ampleur nationale. La création du COGIC est conforme aux recommandations du cadre d'action de Sendai. Le COUS contribuera aux travaux de définition de ses modalités de travail et y siègera lorsque nécessaire.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

1.1.4 Initialiser le cadre de collaboration avec les autorités de chacune des Régions :

Le COUS doit établir de solides relations de travail avec chacune des Régions afin d'y bénéficier de relais susceptible de mener des actions de terrains, contribuer aux opérations de veille, contribuer aux activités de riposte de premier niveau³⁵. Les autorités locales : Gouverneur, Préfets, Sous-préfets et Médecins Chefs de Région seront les relais de premier ordre.

1.2 Contribution aux initiatives internationales et régionales de gestion des crises sanitaires

1.2.1 Participer à la mise en place des instances africaines de gestion des crises sanitaires :

Le COUS fait figure de précurseur en Afrique dans la gestion des crises sanitaires. Partager ses expériences, autant dans son processus de création, de gestion de cas de MVE ou autre pathologies, que sur son organisation et ses partenariats, lui confèrera une position de leader en Afrique et dans le Monde. Pour cela, sa contribution à la définition des mécanismes de gestion de risques sanitaires au niveau international, particulièrement en Afrique, sera essentielle. Pour l'Afrique de l'Ouest, le COUS contribuera aux travaux du CDC régional d'Abuja ; au niveau continental, il contribuera aux travaux du CDC Afrique dans le cadre de la mise en commun des ressources, la mise en place de mécanismes panafricains, le tout dans le respect des obligations du RSI.

1.2.2 Nouer des partenariats avec les réseaux d'experts :

Parallèlement, le COUS prendra une part active aux travaux et initiatives des différents réseaux existants ou amenés à être créé dans les domaines où son expertise est susceptible d'être renforcée et ceux dans lesquels il peut apporter son concours à d'autres acteurs. Les réseaux pourront notamment inclure le Comité Régional de Gestion des Épidémies, le Réseau des systèmes nationaux d'épidémiologie-surveillance, le réseau des laboratoires ouest-africains pour les animaux et les hommes.

1.2.3 Contribuer à la création d'un réseau intégré de COU au niveau international :

La nature des menaces sanitaires, notamment d'ordre virologique, conduit le COUS à rechercher la plus grande intégration possible avec ses pairs au niveau international. Il s'agira ici de partager les enseignements issus des expériences des différents COU afin de renforcer l'ensemble des pratiques stratégiques et opérationnelles des COU. Dans cette optique, l'OMS a mis en place des groupes de travail visant à assurer l'efficacité des COU (cf. tableau 13). Le COUS s'inscrira dans cette dynamique afin de se disposer et de se maintenir au niveau des meilleures pratiques.

Tableau 13 : Groupes de travail OMS pour renforcer les COU (source : OMS)

<p>Technologies et Infrastructures de Communication (TIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'exigences minimales et des outils d'évaluation des TIC • Développement de guides et outils d'évaluation • Contributions d'experts recommandés par les membres d'EOC-NET 	<p>Procédures et Plans (P&P)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification et développement de procédures et plans génériques, de procédures opérationnelles normalisées • Soutien à leur mise en œuvre • Contributions de responsables de COUs et d'experts sélectionnés par l'OMS
<p>Jeux de données et standards minima (MDSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'orientations sur les jeux de données minima, leurs structuration, standards, technologies communes, outils de mise en œuvre afin de permettre interopérabilité, collecte efficace, affichage et échange d'informations opérationnelles • Contributions issues du siège de l'OMS, des bureaux régionaux et pays, et d'experts recommandés par les membres d'EOC-NET 	<p>Formations & Exercices (T&E)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement de programmes et modules de formation • Soutien à leur mise en œuvre • Lancement du groupe une fois les outils CTI, les jeux de données minima et les PONs développés • Contributions issues du siège de l'OMS, des bureaux régionaux et pays, et d'experts recommandés par les membres d'EOC-NET

³⁵Le « premier niveau » de riposte correspond à réalisation des opérations d'investigation et la prise en charge d'un volume initial de victimes, variable selon chaque crise sanitaire et permettant le cas échéant aux autorités de mettre en place des dispositifs de plus longue haleine.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

1.3 Information, Éducation et Communication sur les risques sanitaires

1.3.1 Capitaliser les enseignements issus des crises sanitaires au Sénégal et dans la région (ainsi que celles à caractère international pouvant avoir des répercussions au Sénégal)

Le COUS étudiera de façon systématique les crises sanitaires ayant eu lieu et susceptibles de se produire à nouveau au Sénégal ainsi que celles ayant eu lieu à l'étranger et susceptibles de se produire au Sénégal afin d'en dégager les bonnes pratiques et pratiques à éviter. Les activités consisteront essentiellement en des travaux de recherche documentaire, des entretiens de retour d'expérience et des travaux analytiques. Ces travaux pourront donner lieu à des publications dans les revues scientifiques d'intérêt. Le tableau 14 donne des exemples de crises sanitaires à étudier.

Tableau 14 : Crises sanitaire à étudier (source : COUS)

Exemples de cas d'étude possibles
• Intoxication par déchets toxiques (Côte d'Ivoire, 2006)
• Explosion de station essence (Ghana, 2010)
• Peste (Madagascar, 2013)
• Choléra (Guinée, Sierra Leone, 2013-2016)
• Fièvre de Lassa (Burkina Faso, Nigéria (2014-2016)
• Effondrement d'immeuble (Nigéria, 2014)
• Crash aérien (Soudan du Sud, 2015)
• Actes terroristes (Mali, Burkina Faso, 2015-2016)

1.3.2 Définir les modalités de communication de crise avec le Ministère de la Santé et de l'Action sociale

Le COUS définira les types d'informations quantitatives et qualitatives à fournir au MSAS, leur format, les processus et cycles de mise à disposition et de révision, qu'ils soient à la demande ou établis par lui-même. Des scénarios spécifiques seront définis afin de faire apparaître les différents moments du cycle de vie d'une crise sanitaire, en veillant fournir au MSAS les éléments lui permettant des communications officielles proactive et prudente. Ces travaux seront réalisés en partenariat avec la Cellule de communication du MSAS. La figure 10 donne des exemples d'indicateurs dont le COUS qui seront produits dans le cadre des activités de veille.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

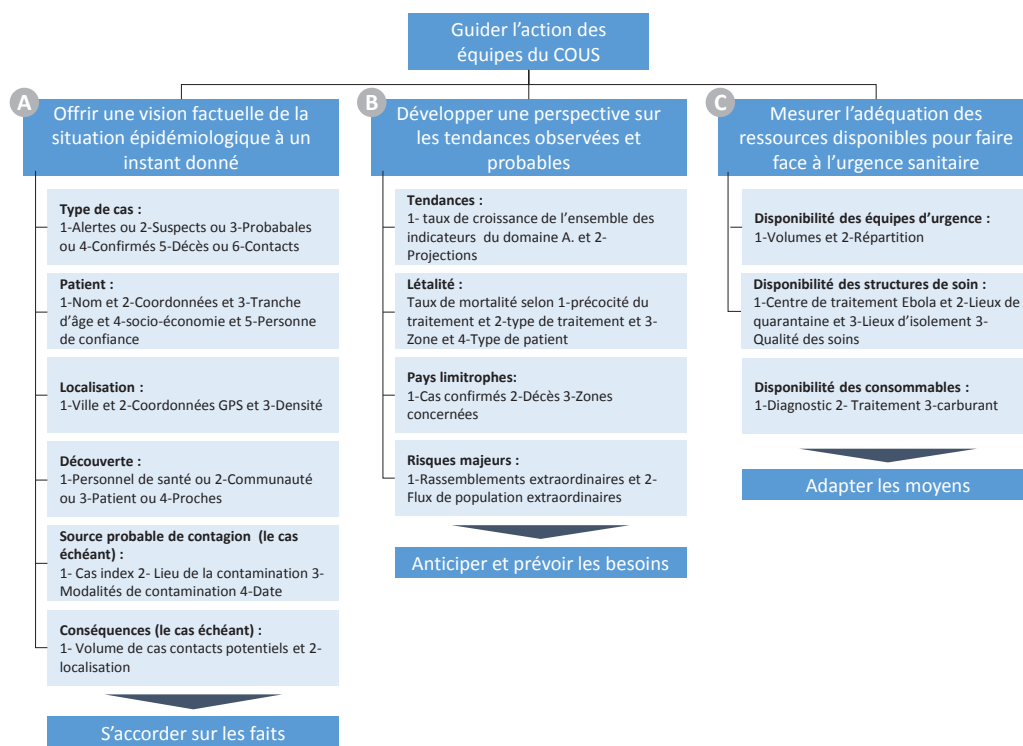


Figure 10 : Exemples d'indicateurs de suivi des maladies contagieuses (source : COUS)

Publier trimestriellement "La Lettre du COUS" :

Le COUS contribuera au développement d'une culture de la vigilance et de la préparation aux urgences sanitaires, à travers la publication régulière d'articles à destination des contributeurs du système de gestion des urgences national, des services de l'État ainsi que des partenaires techniques et financiers. Le contenu éditorial de la lettre du COUS sera constitué de contributions de l'ensemble des acteurs du système de gestion des urgences sanitaires, valorisant leurs efforts. La ligne éditoriale, la maquette, le calendrier d'édition de diffusion seront élaborés dès à présent.

1.3.3 Contribuer à la communication avec le grand public :

Les populations sont au cœur des volets prévention et riposte et bien souvent les premiers intervenants, il est primordial de renforcer les comportements adéquats, notamment dans les zones géographiques où les capacités de riposte sont peu présentes.

En complémentarité partenariat avec les activités de la DP et de la DLM, le COUS contribuera à renforcer les actions de sensibilisation, d'éducation et d'autonomisation du grand public. Les activités du COUS pourront inclure des entretiens radiophoniques, télévisuels et des campagnes d'affichages.

Le site web du COUS, www.cousenegal.sn, pourra être utilisé comme canal de communication avec le grand public.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : PREPARER LES MODALITES OPERATIONNELLES DE RIPOSTE AUX CRISES SANITAIRES

En dehors des périodes d'urgence, le cœur de métier du COUS consiste à assurer le plus haut niveau de préparation du système de gestion des urgences sanitaires. À l'image des corps militaires, il s'agira donc (1) d'identifier les menaces, d'où qu'elles viennent, susceptibles d'affecter la santé ou la vie humaine³⁶, (2) de définir les modalités de riposte afin de réduire les effets délétères sur les hommes et l'économie sénégalaise, (3) d'assurer l'évaluation régulière des mécanismes mis en place afin de les parfaire et (4) de procéder régulièrement à des exercices de simulation.

De façon transversale, le COUS veillera également à contribuer au développement d'une culture de la vigilance et de la riposte au sein de l'ensemble des institutions, qu'elles interviennent dans le système de gestion des crises sanitaires où qu'elles appartiennent au cercle élargi des structures de pouvoir reconnues de la population. Le COUS intégrera les segments nécessaires du grand public lorsque nécessaire, les populations pouvant être appelées à jouer un rôle de premier plan, notamment dans la détection de la réalisation des risques connus, la détection de nouveaux risques et la riposte immédiate en amont ou à défaut des équipes d'intervention spécialisées.

Ces activités de préparation permettront ainsi une claire répartition des rôles et responsabilités et d'aiguiser le degré leur maîtrise au niveau de tous les acteurs, et d'assurer une efficacité maximale au COUS dans ses missions de coordination et communication le cas échéant.

Cet objectif sera tributaire de l'atteinte de l'objectif précédent, en particulier des chantiers relatifs au « Renforcement du dispositif national de gestion des crises sanitaires » et à la « contribution aux initiatives internationales et régionales de gestion des crises sanitaires ». En particulier, l'établissement de solides protocoles de collaboration faciliteront la préparation de la riposte aux crises.

Cet objectif stratégique sera réalisé au travers de quatre chantiers et 19 interventions.

2.1 Cartographie des risques sanitaires au Sénégal

2.1.1 Identifier et caractériser l'ensemble des risques sanitaires :

Le COUS constituera une liste de l'ensemble des événements et situations susceptibles de mettre en danger la vie et la santé humaines au Sénégal. Pour chacun des risques ainsi identifiés seront notamment caractérisés la probabilité de survenance et l'impact médical potentiel mesuré par un indicateur composite de type DALY. La complexité de la riposte, mesurée par les aspects logistiques et le nombre d'institutions nécessaires, viendra compléter la caractérisation. Seront tirés des risques prioritaires et secondaires, orientant le niveau de détail nécessaire aux PON et les priorités de rédaction³⁷. Les travaux consisteront essentiellement en un processus de veille active et passive par revue documentaire.

³⁶ Dans les limites du mandat du COUS ; sont donc notamment exclues les maladies endémiques, les maladies sans risque de propagation épidémique, prises en charge par le système sanitaire classique.

³⁷ Le COUS pourra s'appuyer sur les premiers travaux par lui entrepris et présentés aux acteurs du système de gestion des risques sanitaires lors des ateliers de préparation du plan stratégique du COUS menés du 9 au 11 décembre 2015.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

2.1.2 Acquérir un progiciel de cartographie des risques :

La disponibilité de solutions informatiques de dernière génération permet la réalisation d'analyse de données massives, diverses et de façon centralisée. Des progiciels de cartographie des risques sont aujourd'hui disponibles et constamment améliorés pour analyser divers types de risques. Également, la gestion et le suivi des risques sanitaires requièrent de collecter et sauvegarder de longues séries de données et d'information sur des patients, leurs contacts et autres caractéristiques diverses. Elle nécessite également d'analyser les nouvelles informations sur les maladies, leur évolution et probabilité de survenance. Les algorithmes et hypothèses de travail doivent pouvoir être modifiés en bénéficiant de la puissance de calcul de logiciels et ordinateurs. La cartographie des risques sanitaires au Sénégal gagnera à utiliser un outil permettant l'automatisation de la collecte et l'enregistrement des informations d'intérêt, des travaux analytiques de premier niveau, de la représentation graphique et de la diffusion descriptions consolidées aux acteurs qui en ont l'utilité. Une évaluation des besoins fonctionnels et techniques du COUS permettra d'élaborer un cahier de charges du progiciel-cible. Les solutions retenues seront soit propriétaires ou développées sur base open source et multiplateformes pour l'alimentation et la diffusion. Leur fiabilité devra être garantie par des services de maintenance et sécurité, de sauvegarde et d'assistance permanente, et de mises à jour lorsque nécessaire, le suivi des risques sanitaires ne pouvant souffrir de défaut de service. Une place centrale sera accordée au système DHIS2 en cours de déploiement par le MSAS. Les travaux seront menés avec le concours de sociétés spécialisées.

2.1.3 Assurer la mise à jour de la cartographie des risques sanitaires :

Le COUS assurera une mise à jour régulière de la cartographie des risques sanitaires suivant les informations d'intérêt issues de ses travaux de veille. Dans un premier temps, ses agents bénéficieront de sessions de formation visant la maîtrise des concepts et des outils informatiques de gestion des risques. Dans un second temps, ils seront formés au progiciel de gestion des risques qui sera retenu. Ils assureront à compter de l'étape de déploiement de la solution, à la prise en main du progiciel et sa mise à jour régulière.

2.2 Évaluation des capacités disponibles et plan d'extension (Cartographie des ressources)

2.2.1 Cartographier les ressources disponibles pour la prise en charge des urgences sanitaires par Région Médicale :

Faire face aux risques sanitaires exige de disposer en permanence d'une connaissance des infrastructures et de la logistique disponibles, des personnels de santé, des stocks de produits médicaux et consommables positionnés dans les districts sanitaires, etc. La disponibilité d'un système d'information sanitaire permettant de maintenir en permanence une cartographie des ressources à jour sera importante afin de garantir une riposte efficace. Le COUS établira un référentiel des capacités nécessaires aux activités de gestion des urgences sanitaires. La caractérisation des ressources s'appuiera sur une typologie et qualifiera de façon systématique les capacités utiles et leurs coordonnées géographiques, en prenant soin d'y inclure les capacités maximales en service dégradé³⁸. Les ressources disponibles incluent les infrastructures de santé, de télécommunications, de route d'accès et de fourniture en eau. Ces travaux seront entrepris en partenariat avec la DIEM ; des visites terrains viendront contribuer aux analyses.

³⁸Par exemple, des taux de remplissage des établissements hospitaliers supérieurs à 100% sur une durée déterminée.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

2.2.2 Acquérir un progiciel de cartographie des capacités disponibles :

Le COUS doit disposer d'une visibilité claire sur les capacités, en particulier d'urgences, disponibles sur l'ensemble du territoire. Pour les COU, cela suppose d'accéder à des informations distantes et localisées géographiquement à divers points du pays. En sus de la collaboration que cela exige avec les régions médicales, la disponibilité en temps réel de l'information suppose une liaison au Système d'Information Sanitaire national. Celui-ci devra être adapté afin de remonter les informations idoines vers le COUS, qui saura à travers son progiciel représenter visuellement les capacités disponibles et proposer des recommandations sur les évolutions nécessaires pour le renforcement du dispositif d'urgences sanitaires. Les travaux seront entrepris avec le concours de cabinets conseils spécialisés en tenant compte des synergies avec l'ensemble des travaux en cours menés par le MSAS.

2.2.3 Définir et suivre les stocks nécessaires aux ripostes de premier niveau et leurs modalités de répartition :

Le COUS veillera à assurer la disponibilité des consommables médicaux utiles à l'investigation et à la prise en charge des situations d'urgence sanitaire, conformément aux PON. Pour cela, il aura à sa charge de consolider les informations relatives d'une part aux stocks existants aux niveaux des régions et districts et d'autre part à ses stocks propres, qu'il devra constituer en fonction de l'existant. L'essentiel des travaux consistera en des travaux analytiques et réunions de travail avec la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), les Médecins Chefs de Région (MCR), les Médecins Chefs de District (MCD) et les autorités administratives.

2.2.4 Collaborer avec la PNA pour suivre et coordonner la disponibilité des stocks de consommables nécessaires à la riposte de premier niveau :

Le COUS se rapprochera de la PNA afin de mettre en œuvre des synergies permettant de tirer parti de ses infrastructures logistiques. Une attention particulière sera accordée aux conditions matérielles de stockage, à la gestion de consommables périssables, aux circuits de recyclage des consommables à utilisation multiple et aux circuits de réapprovisionnement³⁹. Les activités à entreprendre se traduiront essentiellement par des réunions de travail avec les équipes de la PNA, des visites de terrain, l'acquisition et la prise en main d'une solution standard de gestion logistique. La PNA pourrait disposer d'une version client du logiciel de gestion des capacités de riposte.

2.2.5 Établir et mettre à jour une liste des experts sanitaires :

Le COUS veillera à établir et maintenir à jour une liste de l'ensemble des experts susceptibles de contribuer à la gestion des urgences sanitaires sur le sol sénégalais. La collecte sera réalisée de façon itérative, de façon systématique lors rencontres entre acteurs du système de gestion des crises sanitaires, lors des activités de recherche documentaire ; et de façon organique, par recommandation et parrainage. Le spectre des expertises potentielles à mettre en œuvre est en effet très large (voir illustration en annexe). Cette liste constituera un module du logiciel de gestion des capacités de riposte (voir plus haut).

³⁹À l'exemple des triples emballages de transport d'échantillons de prélèvements humains, pour lesquels des stocks critiques doivent être positionnés sur l'ensemble du territoire.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

2.3 Préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires au Sénégal

2.3.1 Rédiger et valider les Procédures Opérationnelles Normalisées pour les risques sanitaires majeurs en prenant en compte les protocoles inter-acteurs, les protocoles internes au COUS et les protocoles obligatoires pour les risques majeurs :

Véritable cœur de ce premier plan stratégique, l'établissement des procédures s'attachera à définir pour chacun des risques prioritaires le détail opérationnel de la riposte prévue. Y seront notamment clarifiés les seuils d'activation de la prise en charge par le COUS, les grandes phases⁴⁰, les activités et les rôles associés, les livrables et les intrants nécessaires. La rédaction et la validation des PON seront prises en charge par des comités idoines tels que défini dans le chantier 1.1.2. Il est prévu de rédiger cinq PON en 2016 puis, afin de tenir compte de l'effet d'expérience sur la productivité des comités, sept en 2017 et dix en 2018. Les PON à rédiger la première année seront sélectionnées parmi les 11 risques prioritaires, en fonction de la disponibilité des parties prenantes. Les PON des années suivantes seront sélectionnées en fin d'année antérieure selon les révisions de la cartographie des risques. Le processus type d'établissement des PON s'appuiera sur trois réunions du comité de rédaction approprié et une réunion du comité de validation. Le tableau 15 fournit une liste de critères illustratifs permettant de juger l'efficacité des PON. Chaque ensemble de PON sera imprimé et mis à disposition sur le site web du COUS afin d'en faire bénéficier de façon libre l'ensemble des pays de la sous-région comme cela a été pour l'ensemble des procédures de lutte contre la MVE (figure 11).

2.3.2 Assurer la mise à jour des procédures opérationnelles normalisées :

Le COUS assurera chaque année la mise à jour des PON, afin de tenir compte des évolutions du système d'urgence sanitaire, des retours d'expériences issus des simulations et des enseignements partagés par les pairs. En moyenne, les activités ici seront réduites à une unique réunion du comité de rédaction par PON concernée. La méthode d'identification des améliorations accordera une large place aux leviers identifiés par les personnels d'exécution, en puisant dans les outils de management de la qualité d'amélioration continue, notamment ateliers focalisés, le management visuel et les systèmes de suggestion ouverts.

Tableau 15 : évaluation des PON (source : COUS)

Exemples de critères d'efficacité des PONs

- Pertes DALY
- Coût
- Soutenabilité
- Acceptation publique
- Vulnérabilité ex post
- Retour à la normale

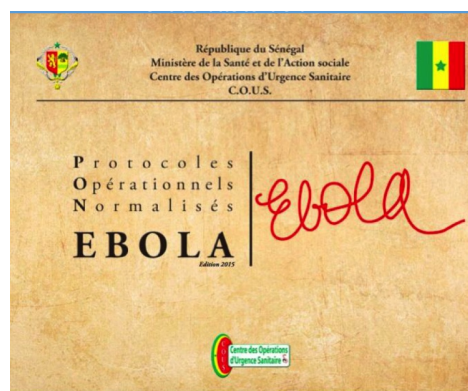


Figure 11 : Manuel des PON Ebola du COUS

⁴⁰Seront systématiquement distingués les acteurs responsables, acteurs, contributeurs et informés

⁴¹Aussi appelés « événements rares » en vocabulaire probabiliste.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

2.3.3 Élaborer des principes de riposte face aux risques secondaires et risques rares :

Pour chacun des risques non prioritaires, qu'ils soient secondaires ou à la fois de très faible probabilité⁴¹ mais de portée considérable, le COUS conviendra avec ses partenaires de grands principes de riposte. Il sera organisé chaque année un atelier de deux jours pour traiter l'ensemble des risques secondaires et rares associés à chaque catégorie de risque⁴². Certains pourront faire l'objet de simulations ou d'exercices si le besoin se fait sentir ou lorsque la survenance d'un risque a été établie dans un pays donné.

2.3.4 Organiser et coordonner les actions de veille sanitaire sur les maladies émergentes :

Compte tenu de la hausse rapide des décès provoqués par les maladies infectieuses émergentes⁴³, une veille permanente, active et passive devra être maintenue incluant la participation du COUS au renforcement des activités de surveillance syndromique de la DLM. Les activités consisteront essentiellement en la revue documentaire⁴⁴, la participation à des sessions de travail de la DLM au Sénégal et de l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) au niveau international.

2.3.5 Définir des standards de quarantaine et d'isolement :

La quarantaine et l'isolement, par leur rôle essentiel aux modalités de riposte à de nombreuses catégories de risques sanitaires feront l'objet d'une attention particulière du COUS. L'organisation de dispositifs permettant de contenir les risques de contagion est en effet rendue complexe par ses nombreux aspects logistiques, dont la volumétrie est susceptible de changements brusques. Il s'agira ici de définir des standards assurant de faire bon usage des structures existantes en jouant sur leur modularité. Des recherches documentaires, ateliers de travail réunissant les acteurs clés⁴⁶, et des visites terrain sont envisagés. Seront systématiquement identifiés pour chaque district sanitaire les lieux et modalités de mise en œuvre de ces centres. La réquisition de lieux non sanitaires, publics et privés sera possible.

2.4 Coordination de l'évaluation et de l'allocation des besoins financiers pour la gestion des risques sanitaires

Le renforcement du système de gestion des crises sanitaires au Sénégal nécessitera d'importants besoins en financement pour être efficace. Cependant, ceux-ci seront faibles en comparaison aux répercussions économiques négatives d'une crise majeure. Pour rappel, la MVE a causé une forte contraction de la croissance économique en Sierra-Leone de (6% au lieu de 11,3% prévus en 2014), les impacts sociaux et psychologiques non inclus. Il est ainsi préférable de mobiliser les ressources nécessaires à la prévention et la préparation face aux crises et de façon plus large au renforcement des systèmes de santé publique.

⁴² Pour mémoire : maladies épidémiques non endémiques, catastrophes naturelles et événements environnementaux, accidents industriels et de transport, actes malveillants et terroristes.

⁴³ Responsables de 33% des décès dans le monde selon l'OMS, notamment au travers de zoonoses et de maladies réémergentes et antibiorésistantes à l'exemple de la fièvre de la vallée du Rift.

⁴⁴ Notamment grâce au réseau ProMED, Program for Monitoring Emerging Diseases.

⁴⁵ Incluant notamment les questions liées à l'emplacement des centres, leur sécurisation et les intrants nécessaires (y.c. alimentaires).

⁴⁶ Par exemple les directions hospitalières, les forces de l'ordre, les directions des aéroports et ports.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

2.4.1 Évaluer les besoins financiers du système de gestion des crises sanitaires en matière d'investissement, de fonctionnement et de crise :

La connaissance précise des capacités disponibles et la définition des PON permettront d'évaluer les gaps en ressources et les besoins financiers associés. Le COUS assurera une connaissance fine de ces besoins et pourra orienter aussi bien les ressources nationales de l'État ou internationales (PTF) vers leur satisfaction. Cet exercice sera réalisé au minimum une fois l'an.

2.4.2 Estimer les ressources financières nationales disponibles et évaluer les besoins à combler
En regard des priorités de financement établies au travers de l'intervention 2.4.1, le COUS procédera à l'évaluation des ressources financières disponibles au sein des institutions elles-mêmes ainsi que dans la sphère privée. Sur ce dernier point, le COUS veillera à réaliser des activités de plaidoyer auprès des représentants patronaux et grandes sociétés présentes au Sénégal. L'essentiel des activités de cette intervention sera menée par revue documentaire et réunion de travail avec les institutions concernées.

2.4.3 Organiser la mobilisation de ressources financières :

Les activités du COUS sont aujourd'hui pour la quasi-totalité financées par les partenaires au développement du Sénégal⁴⁷. Si le MSAS entend contribuer au budget du COUS pour ses exercices à venir, la mobilisation de ressources auprès des partenaires au développement restera le canal de principal de financement de ses activités pour le moyen terme. Le COUS s'attachera donc à s'inscrire dans un dialogue permanent avec les bailleurs potentiels afin de définir les projets sur lesquels des financements sont envisageables. Des indicateurs de performance définis en collaboration avec l'État et les bailleurs seront systématiquement employés afin de démontrer la bonne utilisation des fonds apportés. Par ailleurs, pour les activités de riposte nécessitant des fonds dont le montant est difficilement prévisible et le besoin soudain, le COUS travaillera à mettre en place des mécanismes innovants de déboursement rapide passant par exemple par la mise en place de garanties bancaires liées à la survenance de risques spécifiques.

2.4.4 Structurer les mécanismes d'administration et de contrôle de l'utilisation des fonds :

Le COUS entend mettre en œuvre l'ensemble des standards et bonnes pratiques du contrôle du bon emploi des fonds qui lui sont apportés. L'évaluation de ses actions se fera dans le cadre d'un contrat de performance avec le MSAS.

2.4.5 Rédiger un rapport annuel de gestion à destination des bailleurs et du ministère de tutelle :

Le COUS publiera chaque année un rapport décrivant sa performance, ses réalisations, activités et états financiers et perspectives pour l'année à venir. Les écarts éventuels avec le présent plan stratégique seront explicités et des actions correctrices mises en œuvre.

⁴⁷Le COUS tient à ce titre à remercier la BMGF, l'USAID, le CDC, l'OMS, l'UNICEF la JICA et la KOICA pour leur concours.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

OBJECTIF STRATEGIQUE 3 : FAIRE PROGRESSER LES CAPACITES DE L'ENSEMBLE DU SYSTEME DE GESTION DES CRISES SANITAIRES

Le COUS engagera activement tous les partenaires issus du public et privé, de la société civile, ceux internationaux à bâtir des capacités de gestion protégeant les citoyens contre les risques à caractère sanitaire. Réussir, reposera sur la mobilisation de nombreuses compétences et expertises, des infrastructures spécialisées de prévention, de détection et de riposte, ainsi que sur des mécanismes efficaces de gestion des dites ressources.

Le COUS travaillera avec tous ses partenaires pour développer les programmes, ainsi que les outils et processus permettant, de façon optimale et efficace, de prendre en charge toutes les étapes clés de gestion des crises sanitaires.

Dans cette optique, les services et localités en première ligne face aux risques doivent être préparés et renforcés, incluant notamment les Forces de Défense et de Sécurité (Brigade nationale des Sapeurs-pompiers, Armée, Gendarmerie, Police) de même que les services de santé déconcentrés ou de proximité. Leur capacité à détecter rapidement des cas sanitaires suspects et à les remonter au plus vite aux autorités idoines sera importante pour la réussite de l'ensemble du dispositif.

Le maintien en condition opérationnelle des capacités représentera un défi majeur, l'attention générale vis-à-vis des risques sanitaires s'éloignant en dehors des périodes de crises. L'affectation et la mobilisation des ressources nécessaires dans ce cas pour faire progresser les capacités peuvent s'avérer problématiques. Faire progresser les capacités opérationnelles nécessitera en permanence un engagement fort au niveau politique et l'accompagnement des partenaires techniques et financiers.

La réalisation de cet objectif s'appuiera sur deux chantiers phares : (1) la définition d'un plan de renforcement des capacités en détection et surveillance, (2) la définition d'un plan du même type pour la riposte et (3) la formation et le maintien des capacités nécessaires.

La mise en œuvre des actions associées sera dépendante du chantier relatif à l'évaluation des capacités disponibles et son extension (chantier 2.1) et de la rédaction et la validation des Procédures Opérationnelles Normalisées (intervention 2.3.1).

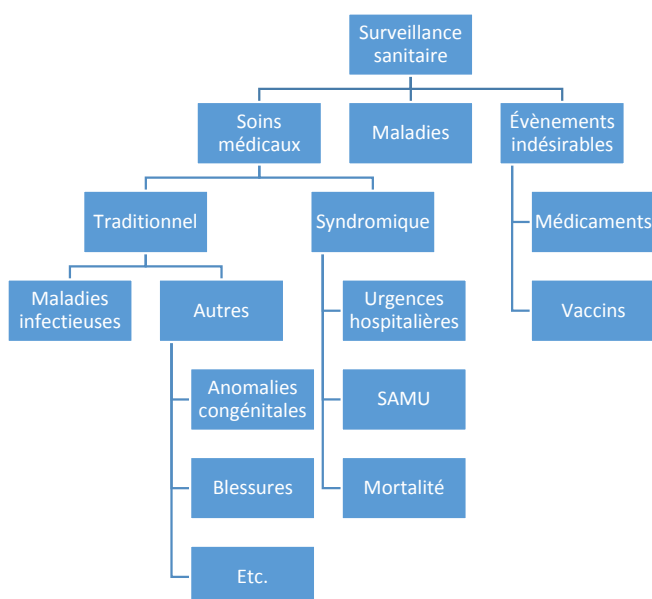


Figure 12 : Domaines de couverture de la surveillance sanitaire (sources : CDC, NIMS)

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

3.1 Plan de renforcement des capacités dans la détection/surveillance des risques sanitaires

3.1.1 Renforcer le suivi d'indicateurs de la survenance de crises sanitaires au sein du système DHIS2 :

3.1.2 Le COUS s'attachera à définir des indicateurs simples et objectifs permettant à l'ensemble des acteurs de la veille sanitaire de suivre l'apparition des risques et de contribuer à nourrir le système DHIS2. Les indicateurs utilisés pour la surveillance syndromique seront définis en collaboration avec la DLM et la DP. Les indicateurs de surveillance des risques non directement issus de maladies (catastrophes naturelles et événements environnementaux, accidents industriels et de transport, actes malveillants et terroristes) seront définis conjointement avec les institutions idoines⁴⁸. Une solution informatique permettra la compilation des informations brutes et leur diffusion à la DLM, la DP et au COUS pour analyses complémentaires. Les modalités de mise en œuvre nécessiteront des travaux avec notamment, les épidémiologistes et experts appropriés aux différents types d'événements suivis. La figure 12 illustre les domaines de couverture de la surveillance du volet risque biologique. Des solutions innovantes reposant sur le *crowdsourcing* au sein de la population seront étudiées afin d'utiliser l'intelligence collective des populations, notamment celles équipées de téléphones mobiles connectés à internet.

3.1.3 Renforcer la capacité d'analyse en temps réel selon les standards RSI, OIE et GHSA :

L'analyse en temps réel constitue une priorité en ce qu'elle permet un déclenchement plus rapide des opérations d'investigation et, le cas échéant, la mise en œuvre des mesures de riposte. Le périmètre inclura l'épidémiologie, la clinique, les aspects environnementaux, la sécurité alimentaire et les capacités bio-informatique. Dans le domaine spécifique de l'épidémiologie, la surveillance en « temps réel » reposera sur la mise en œuvre de capacités permettant de détecter au moins trois syndromes parmi les suivants : syndrome respiratoire aigu sévère, paralysie flasque aiguë, fièvre hémorragique aiguë, diarrhée aqueuse aiguë déshydratante et ictère fébrile⁴⁹. Les activités de mise en œuvre prendront la forme d'ateliers de travail, de participation à des séminaires internationaux et de revue documentaire. Ici aussi, le recours aux approches décentralisées de type crowdsourcing pourra être utilisé en complément.

3.1.4 Améliorer l'intégration des capacités des laboratoires de santé publique :

Les capacités de diagnostic des laboratoires sont primordiales à la rapidité d'action face aux menaces épidémiques. Le COUS contribuera à la mise en réseau de l'ensemble des laboratoires sénégalais. Seront recherchés/ la fiabilité, la précision et la rapidité des résultats de test. Les activités consisteront à contribuer à définir et mettre en œuvre des modalités opérationnelles de mise en réseau des capacités de laboratoires. Aux côtés de la DL et du réseau national des laboratoires du Sénégal, le COUS contribuera à renforcer les normes de sécurisation des laboratoires, la répartition géographique des capacités (qu'elles visent à collecter les prélèvements ou à établir des diagnostics), le dimensionnement des stocks de consommables (notamment de réactifs) et les procédures de recours de façon à renforcer la sûreté, la précision et la rapidité de caractérisation des agents pathogènes susceptibles de causer des épidémies.

⁴⁸ Notamment les institutions du Ministère de l'Intérieur, des Forces Armées, des Infrastructures, des Transports terrestres et Désenclavement, de l'Industries et Mines, de l'Élevage et du Tourisme et Transport Aérien.

⁴⁹ Conformément aux engagements du MSAS dans le cadre du partenariat GHSA.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

3.1.5 Intégrer les réseaux internationaux de référence pour l'identification et la vérification des pathogènes émergents pour lesquels les capacités sénégalaises sont limitées :

Les pathogènes émergents et réémergents constituent une menace grandissante contre laquelle la coopération internationale est de rigueur compte tenu de la rareté des ressources et expertises nécessaires à leur mise sous contrôle. Le COUS s'inscrira donc dans les travaux des réseaux du type Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)⁵⁰ afin de bénéficier de l'assistance technique appropriée. Les activités consisteront essentiellement en la participation à des séances de travail au niveau international, accompagnées de travaux préparatoires et veille documentaire.

3.1.6 Formaliser les échanges d'informations intersectorielles d'intérêt pour les urgences sanitaires :

Au-delà de l'écosystème de la santé publique et du soin, le COUS établira des passerelles avec les secteurs adjacents. Le périmètre inclue notamment les transports terrestres et aériens, le secteur agroalimentaire, l'élevage et la pêche, la sécurité, les infrastructures de fluides (réseaux d'eau potable, d'assainissement, courants forts et faibles et gaz). Les entreprises privées dont le nombre de salariés est important, ou susceptibles de connaître des événements constituant des risques seront également concernées. Le COUS fera connaître ses missions et formalisera des processus de collecte d'information d'intérêt contribuant à nourrir ses travaux de veille, détection et riposte. Ici, les principales activités viseront à identifier les événements d'intérêt, à définir des processus de communication standardisés et des référentiels d'information.

3.2 Plan de renforcement des capacités de riposte aux risques sanitaires

3.2.1 Assurer l'intégration et le renforcement capacitaire des équipes d'intervention d'urgence sur l'ensemble du territoire sénégalais

Les équipes d'intervention rapide pilotées par le COUS, qu'elles soient constituées de ses propres équipes ou de ses partenaires, devront être composées des compétences complémentaires nécessaires aux activités d'investigation et de caractérisation du potentiel délétère, afin d'assurer la collecte d'échantillons humains, mettre en œuvre les mesures de confinement et communiquer avec les autorités sanitaires. Les activités du COUS consisteront d'une part en des ateliers de convergence et d'intégration des capacités existantes, visant à définir des modalités de travail unifiées et d'autre part en l'animation de formations sur la base de bonnes pratiques accordant une large place aux expériences terrain apportées notamment par Médecins Sans Frontières (MSF) et la Fédération Internationale des Croix et Croissants Rouges (FICR).

3.2.2 Mettre en place un réseau de prise en charge des patients :

Le COUS veillera à ce que la prise en charge médicale des patients, qu'ils soient victimes d'une maladie contagieuse ou de traumatismes, soit réalisée dans les conditions et délais les meilleurs. Il lui appartiendra donc, sur la base des travaux réalisés dans le chantier 2.2, de définir les modalités d'accueil pour l'ensemble du territoire sénégalais. Le périmètre inclura confinement, traitement médical, morgues et enterrements sécurisés. Les activités de mise en œuvre couvrent la définition des standards, les visites terrains et travaux analytiques de préparation et la formation de formateurs chargés de diffuser les standards. À titre illustratif, la figure 13 présente la répartition des centres de prise en charge lors de la crise Ebola.

⁵⁰ Réseau d'institutions techniques, instituts de recherche universitaire, organisations internationales focalisées sur la santé. À date, 545 partenaires couvrant un large spectre d'expertises liées aux urgences.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

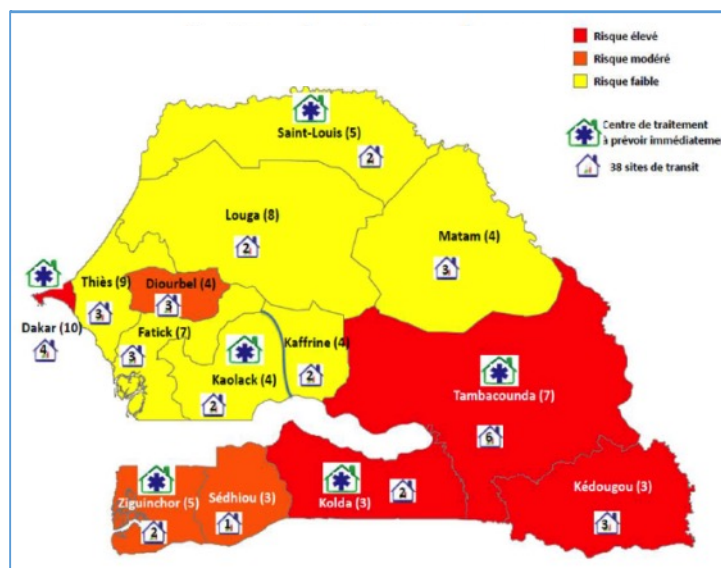


Figure 13 : Centres de prise en charge de la MVE (source : COUS)

Une attention particulière sera apportée aux questions de santé reproductive lors des situations de concentration humaine découlant de crises sanitaires. Le tableau 16 décrit les cinq actions complémentaires spécifiques qui seront mises en œuvre le cas échéant.

Tableau 16 : Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive (source: FNUAP)

Réduction de la mortalité, de la morbidité et des handicaps pour les populations affectées par les crises sanitaires				
<p>Définir une institution responsable de la mise en œuvre du DMU</p> <ul style="list-style-type: none"> Agent de Santé de la Reproduction (SR) en place Conduite de réunions pour planifier la mise en œuvre opérationnelle du DMU Kits et équipements SR disponibles et effectivement utilisés 	<p>Prévenir la violence sexuelle et assister les survivants</p> <ul style="list-style-type: none"> Mécanismes de protection en place, en particulier pour les femmes et les jeunes filles Services médicaux et soutien psychologique disponibles pour les victimes Communautés informées des services existants 	<p>Réduire la transmission du VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Transfusions sanguines sans risques et rationnelles Précautions standards appliquées Préservatifs gratuits et disponibles 	<p>Prévenir la surmortalité et la surmorbidité des mères et nouveau-nés</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins obstétricaux d'urgence et soins pour les nouveau-nés Système de référence pour les soins obstétricaux d'urgence et les soins pour les nouveau-nés Kits d'accouchement hygiéniques fournis aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses Communautés informées des services existants 	<p>Planifier des services de SR intégrés aux soins de santé primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Collecte des données de base Identification des futurs sites de prestation en SR Évaluation des compétences du personnel et planification des formations Équipement et fourniture SR commandés

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

3.2.3 Définir et communiquer les standards de prise en charge par des acteurs complémentaires en cas de saturation du réseau COUS :

Dans le cas où le volume d'activité dépasserait les capacités du système sanitaire sénégalais, des capacités d'appoint viendront en complément. Il s'agira par exemple de recourir à la réquisition d'infrastructures publiques et privées nécessaires⁵¹ à l'image du plan ORSEC présenté plus haut. Ces principes sont rédigés avec une attention particulière sur les seuils de déclenchement. Le COUS veillera à obtenir l'accord de principe des décideurs ayant autorité pour engager les ressources en question. Des compensations financières pourront être versées dans certains cas.

Les modalités de mise en œuvre de cette intervention nécessiteront, avec les institutions concernées, de procéder à la définition des seuils et la rédaction des procédures de mise à disposition des lieux.

3.3 Formation et maintien de capacités opérationnelles de réponse aux crises

3.3.1 Élaborer des plans de formation à la riposte pour les structures du dispositif :

Sur la base des PON et des travaux de cartographie des capacités, seront analysés les impacts (tableau 17) sur les rôles et responsabilités existants des contributeurs envisagés. Pour chaque poste impacté devront être définis les modules de formation appropriés et les modalités pratiques de formation. Le périmètre inclura notamment des acteurs de la pyramide sanitaire publique et privée (y compris tradipraticiens), les vétérinaires, les forces de défense et de sécurité. Ici les activités du COUS, avec le concours d'un cabinet conseil, consisteront à établir les contenus et mécanismes de formation efficaces compte tenu du grand nombre de personnels à couvrir. Compte tenu du nombre important de personnes à former, le COUS privilégiera la formation de formateurs chargés à leur tour de conduire des formations aux échelons locaux, ceci afin de démultiplier les efforts du COUS et d'accélérer la rapidité de la montée en compétence des personnels visés. Ce dispositif sera accompagné d'évaluations régulières de l'efficacité et de l'impact des formations, lors de contrôles inopinés menés par le COUS et lors des exercices de simulation.

Tableau 17 : Évaluation des impacts du changement organisationnel (source : COUS)

Dimensions à prendre en compte pour mesurer l'impact du changement
• Compétences : complexité des tâches, savoirs et connaissances, modes opératoires et méthodes, degré d'autonomie
• Procédures : rythme de travail, interlocuteurs, modes relationnels, processus de contrôles, diffusion de l'information
• Postes et emplois : réallocation de ressources, modification du nombre de postes, modification du contenu des emplois
• Structure : création, complémentarités, fusions,
• Mode de management : responsabilisation, planification, soutien, pilotage, contrôle, animation
• Indicateurs de performance : indicateurs préexistants, indicateurs de résultats, indicateurs de consommation de ressources, diffusion et exploitation
• Outils et systèmes : changement d'outils, informatisation, automatisation, logique des outils, poste de travail
• Culture : culture existante, changement des modes de management, réallocation de ressources, reconnaissance, attribution des résultats
• Comportement : sentiment d'appartenance, attitude, modalités relationnelles, confiance
• Pouvoir : cohérence avec l'organigramme, périmètres fonctionnels, transparence,
• Personnel : nature des activités, rythme de travail, interactions, trajectoire professionnelle, formation, statut, rémunération

⁵¹ Par exemple des véhicules de transport collectif, des hangars ou des stades ; des personnels militaires ou des volontaires étudiants, retraités de l'écosystème sanitaire.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

3.3.2 Élaborer et mettre en œuvre des exercices de simulation pour faire face aux risques majeurs :

Le COUS veillera à évaluer le niveau de respect des PON et leurs domaines d'amélioration éventuels au travers d'exercices de simulation les plus réalistes possibles. Les événements mis en scène seront choisis par le COUS. En dehors des exercices proprement dits, les activités du COUS seront principalement focalisées sur l'établissement d'une liste d'événements à tester et la rédaction de situations type à mettre en scène.

Les exercices de simulation viseront à tester à la fois les domaines pour lesquels des PON ont été établies et ceux pour lesquels leur rédaction est prévue. Le tableau 18 fournit des bonnes pratiques d'organisation des exercices de simulation.

3.3.3 Évaluer les faiblesses et proposer des actions correctives nécessaires

Le COUS procédera à des évaluations complètes des exercices de simulation avec le concours d'experts internationaux du type OMS, CDC et MSF, ayant eu à les observer. Des recommandations étayées par des éléments documentés viendront nourrir des améliorations ou mises à jour éventuelles des PON, les plans de formation et les plans d'investissement. Ici, les activités du COUS couvriront l'animation de l'analyse des exercices et le dialogue avec les experts évaluateurs. Par ailleurs, une revue approfondie et consolidée des domaines d'amélioration des infrastructures sera diligentée une fois l'an afin de nourrir les recommandations.

3.3.4 Développer des opportunités d'investigation conjointe, formations et études épidémiologiques au niveau régional

Le COUS contribuera à développer et mettre en œuvre des travaux réalisés avec ses partenaires de la sous-région lorsqu'il le jugera utile. Ainsi, les investigations d'événements transfrontaliers constitueront une opportunité privilégiée, notamment pour la partie remontée de chaîne de transmission contagieuse, aux côtés des formations sur les domaines complexes. Les études épidémiologiques sénégalaises pourront également être renforcées par des travaux à l'échelle de la sous-région. Le renforcement de l'efficacité et de l'efficience technique et financière des travaux considérés pour une collaboration constituera le critère de sélection des occasions.

Tableau 18 : Exercice de simulation

Principes directeurs pour les exercices de simulation
Les exercices entendent (1) renforcer l'appropriation des PONs par les acteurs de la riposte, (2) identifier leurs limites et domaines d'amélioration et (3) permettre le développement d'innovations incrémentales et radicales.
Les exercices répondront aux caractéristiques suivantes :
<ul style="list-style-type: none">• Simulation de terrain et en salle;• Sélection d'incidents portant sur des domaines multidisciplinaires et multi-juridictionnels;• Participation d'acteurs du secteur privé;• Participation d'ONG;• Participation de volontaires;• Participation d'observateurs experts et novices;• Analyses post-exercice menées individuellement par chaque intervenant puis croisées par le COUS.

3.4 Intégration du dispositif de détection/riposte au sein des réseaux régionaux et internationaux

3.4.1 Contribuer à l'harmonisation des standards de reporting et qualité des données au travers de collaborations avec l'OMS, l'OIE et la FAO :

En conformité avec les obligations réglementaires auxquelles le Sénégal doit se conformer, le COUS contribuera à renforcer la précision, la fiabilité et la rapidité de déclaration des maladies à risque épidémique. Aux côtés de la DP, le COUS participera aux évaluations des procédures existantes, développera des canevas de déclaration et vérifiera régulièrement leur appropriation par les équipes en charge.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

3.4.2 Soutenir les efforts des pays voisins dans le renforcement de leurs systèmes de veille :

Le COUS, conformément à ses principes et valeurs, contribuera autant que possible aux efforts des pays de la région ouest-africaine. Des collaborations seront notamment réalisées sur les activités de veille, afin de procéder à la mise en place de protocoles d'échanges rapides d'information d'intérêt. Les nombreux trajets humains et transports de marchandises dans la sous-région invitent en effet à privilégier une analyse intégrée des risques entre le COUS et ses homologues de la sous-région. Selon les cas, le COUS pourra procéder à des partages systématiques d'informations d'intérêt, à des travaux d'analyse collaborative, voire à la création d'outils de veille communs.

3.4.3 Participer à la mise en place d'un cadre légal de déploiement de ressources internationales pour faire face aux situations d'attaque biologique :

Les situations d'attaque biologique nécessitent des réponses coordonnées de multiples expertises techniques et capacité de projection rapide des moyens de riposte et confinement. Des ressources militaires, bénéficiant notamment de ressources logistiques majeures, pourront être engagées dans ce type de situation. Il s'agira donc pour le COUS d'identifier les interlocuteurs et de définir les modalités de partage d'information. Les activités du COUS seront ici essentiellement constituées de participation à des réunions de travail interministérielles dans le cadre du COGIC afin de définir les seuils et mécanismes d'activation.

3.4.4 Participer à la mise en place d'un cadre légal de déploiement de ressources internationales :

Le COUS, veillera à alimenter les travaux entrepris par le MSAS, le COGIC et ses homologues de la sous-région pour faciliter la mise en commun des ressources rares ou complémentaires⁵², les pays de la sous-région lors de crises le requérant. Les travaux du CDC Afrique et de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) pourront fournir un cadre de concertation efficace pour ces sujets. Le cadre de coopération avec des forces militaires étrangères sera défini clairement par les institutions habilitées. Ici, le COUS verra ses activités tournées vers la participation à des réunions de travail au niveau continental afin d'établir des standards de déploiement rapide.

⁵² Les ressources rares et complémentaires couvrent les infrastructures et les compétences. Par exemple les laboratoires de sécurité P4, le matériel de déminage, les expertises en décontamination radiologique ou connaissances sur des maladies émergentes.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : COORDONNER LE DEPLOIEMENT DES RESSOURCES HUMAINES, TECHNIQUES ET FINANCIERES NECESSAIRES EN CAS DE CRISE

Les objectifs stratégiques décrits précédemment doivent permettre de prévenir toute crise, de s'y préparer et d'y répondre. En cas de manifestation d'une crise, le COUS travaillera de façon rapprochée avec ses partenaires institutionnels et la société civile à délivrer et coordonner une riposte de qualité à temps et ciblée. La riposte représentera une situation réelle d'apprentissage et de retour d'expérience sur les crises auxquelles le système national de gestion des crises sanitaires, voir l'ensemble du système de santé, s'est préparée plusieurs mois durant.

Cet objectif se situe de fait au cœur de la mission, voire de la raison d'être, du COUS, celui de coordonner notamment la riposte sur la base des PON élaborées.

Cette mission a été inscrite comme un objectif stratégique à part entière afin de faire ressortir deux éléments : (1) la nécessité de disposer de réserves budgétaires couvrant les activités d'investigation et la riposte de premier niveau pour permettre à l'État et aux éventuels partenaires d'apporter les fonds complémentaires et (2) la responsabilité du COUS vis-à-vis des crises sanitaires pour lesquelles aucune PON n'a été validée.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES A LA RESERVE BUDGETAIRE

Trois orientations complémentaires guideront l'organisation financière de l'objectif 4 :

- La mise en place d'un mécanisme de déboursement rapide de fonds provenant de partenaires financiers. Un établissement bancaire utilisant la garantie d'un bailleur pour remettre au COUS des fonds d'urgence lorsque des scénarios couverts se réalisent. Ce mécanisme entend répondre aux délais administratifs des bailleurs pour le déblocage des fonds et devrait constituer le cœur du financement de l'objectif 4 ;
- Le COUS veillera à conserver une réserve budgétaire à destination exclusive des activités de riposte. D'un montant fixe et déterminé selon les pratiques observées chez ses pairs, cette enveloppe sera réalimentée après chaque crise pour retrouver, voire accroître son montant initial en fonction de l'évolution des risques ;
- La contrepartie nationale sera aussi mise à contribution. Cela pourrait prendre la forme d'un fonds logé au niveau de la primature ou du COGIC et destiné à prendre le relais du COUS pour la gestion de la riposte de deuxième niveau. Le COUS et les futures structures de coordination (COGIC) s'attacheront également à lever des fonds auprès du secteur privé sénégalais afin de compléter les réserves budgétaires publiques.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES A LA SUPERVISION DES CRISES NON PREPAREES

Afin de permettre au COUS de remplir son rôle lors de la survenance de crises pour lesquelles ni PON, ni principes de riposte n'ont été établis, deux orientations seront privilégiées :

- L'instauration par arrêtés ministériels de procédures d'exception permettant au COUS de mobiliser et coordonner les ressources nationales, aux côtés de la Commission Supérieure de la Protection Civile ;
- Le recours rapide aux expertises des partenaires techniques, de type CDC, MSF et FICR.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

OBJECTIF STRATEGIQUE 5 : DEVELOPPER LE LEADERSHIP, L'ORGANISATION ET LES RESSOURCES HUMAINES DU COUS

Le COUS est une institution récente qui doit développer ses compétences et capacités internes afin de mener à bien ses missions. L'efficacité du COUS repose sur un certain nombre de facteurs, pour certains classiques à l'ensemble des organisations, pour d'autres spécifiques à la complexité de son rôle de coordination d'un large écosystème d'acteurs.

Le tableau 19 présente les principes directeurs fondant son efficacité.

Cet objectif est décliné en 5 chantiers et 20 interventions.

Tableau 19 : Principes directeurs pour la gestion des crises sanitaires

Rapidité d'action : face à l'urgence, les mécanismes de riposte et procédures prévues doivent immédiatement être mis en œuvre.

Organisation spécifique : circuits de décision courts, responsabilisation et modularité permettant efficacité et rapidité d'action.

Coordination & Intégration : les actions de riposte doivent être consolidées de façon à éviter chevauchements et omissions dus aux travaux en silo.

Pragmatisme : les événements sont traités au cas par cas, selon les procédures prévues, tout en gardant souplesse et capacité d'innovation.

Engagements financiers : les besoins humains et matériels sont difficilement prévisibles, mais il est nécessaires de les engager le plus rapidement possible pour éviter toute aggravation de la situation.

Prise en compte des enseignements : les facteurs de risque, les bonnes pratiques, les limites des stratégies déployées doivent nourrir la préparation de la prochaine crise.

5.1 Organisation alignée à la stratégie et plan d'acquisition des compétences

5.1.1 Définir et mettre en place une organisation-cible alignée à la stratégie :

L'organisation actuelle du COUS (voir figure 22) a été définie sur la base d'un mandat initialement cantonné aux risques biologiques. L'élargissement de son périmètre de responsabilités à l'ensemble des risques sanitaires requiert des compétences et capacités additionnelles. À titre d'exemple, à date, la fonction communication gagnerait à être renforcée afin de prendre en charge des activités de veille numérique. D'autre part, le COUS n'ayant pour le moment pas eu à faire face à une crise majeure⁵³, la capacité de ses équipes permanentes actuelles n'a pas été mise à défaut. Néanmoins, afin de mener ses missions à bien, le COUS doit être en mesure de déployer une organisation à géométrie variable, incluant des relais locaux et des personnels de renfort. Le COUS s'attachera donc à définir cette nouvelle organisation, en clarifiant les rôles, missions, rapports hiérarchiques en distinguant l'organisation permanente et ses formats spécifiques à la nature des ripostes à coordonner.

5.1.2 Affiner les fiches de postes des employés du COUS :

En parallèle à la révision de son organisation, le COUS affinera la description du cadre de travail des membres de son organisation. Y seront notamment détaillés les descriptions de poste, les missions, périmètres de responsabilité et indicateurs de performance pour l'ensemble des compétences existantes ainsi que pour les compétences susceptibles d'être incorporées à moyen terme.

⁵³ Des investigations sont régulièrement menées sur des cas suspects de fièvres. Le COUS s'est également impliqué dans la crise produite par l'accident lors du pèlerinage à La Mecque de 2015.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

5.1.3 Définir un plan d'acquisition des compétences à moyen terme :

Sur la base d'une évaluation de l'organisation cible et des compétences existantes, seront définies les compétences cibles et les trajectoires permettant de les acquérir.

Ce plan décrira les effectifs fonctionnels cibles, plans de recrutement et plans de formation appropriés.

5.2 Procédures organisationnelles

5.2.1 Élaborer le manuel de procédures administratives et financières

Ce projet est essentiellement organisationnel. Il permettra au COUS de disposer de procédures internes de fonctionnement sur plusieurs plans : la gestion budgétaire et comptable, la trésorerie, le contrôle interne, le courrier et l'archivage. Le manuel décrira également les procédures liées la gestion des fonds d'urgences. Les fonds d'urgence sont destinés à financer les activités d'investigation et de riposte de premier niveau. Compte tenu de la sensibilité de ces activités à la rapidité d'action, des procédures dérogatoires devront être définies afin de permettre des déblocages rapides et des contrôles a posteriori. Les procédures de Gestion des Ressources Humaines, en particulier celles relatives à l'administration du personnel seront également importantes. Spécifiquement, l'embauche, l'évaluation de la performance et la sortie du COUS devront se conformer à des procédures simples, légales et transparentes permettant de recruter, de veiller à l'efficacité des équipes tout en favorisant leur développement personnel. Les personnels de renfort feront l'objet de procédures spécifiques. Les procédures liées aux astreintes en période de veille ou de riposte seront précisées. Le manuel de procédures déclinera également les procédures d'utilisation des ressources et infrastructures du COUS ainsi que celles relatives à la logistique, et à la communication institutionnelle et grand public. Pour cette dernière, le COUS définira les types d'informations, formats, cycles et interlocuteurs institutionnels devant être informés de la situation sanitaire au Sénégal. Le cas échéant, ces informations permettront à ces institutions de contribuer aux actions de riposte, telles que définies dans les PON. Le COUS pourra, en période de crise et sur autorisation du MSAS, procéder à la définition de messages à destination du grand public.

5.3 Système d'information et *knowledge management*

5.3.1 Définir le schéma directeur des systèmes d'information du COUS :

Un système d'information permettant à la fois communication, stockage, appui aux travaux analytiques du COUS sera mis en place. Le SI permettra l'accès à distance et sera sécurisée contre les défaillances au moyen de redondances. La figure 14 en détaille les principes. Un schéma directeur des SI sera défini dans cette optique sur la base des besoins fonctionnels des processus clés du COUS.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

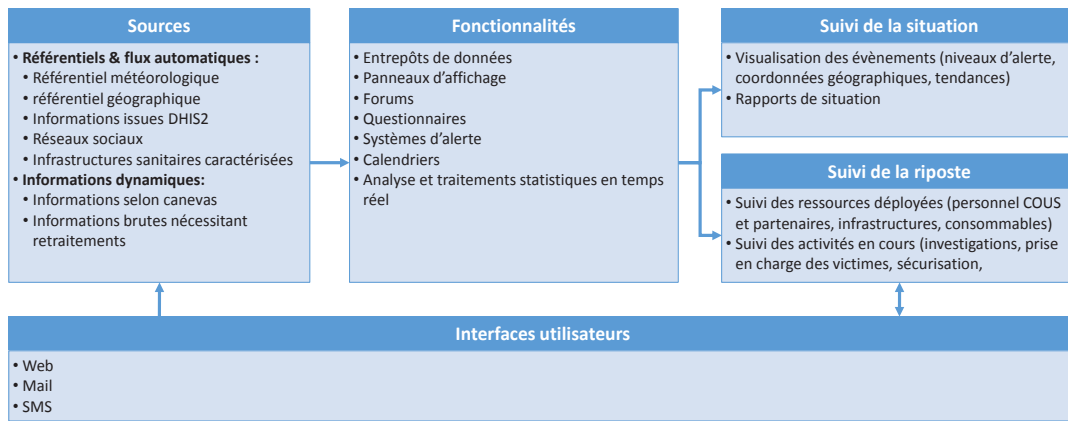


Figure 14 : Principes architecturaux de la solution SI du COUS

5.3.2 Mettre en place le SI et former le personnel adéquat aux applications clés :

Le COUS identifiera les applications les mieux à même de soutenir ses travaux, pilotera la réalisation de développements complémentaires lorsque nécessaire et formera ses équipes à leur utilisation. La sélection inclura notamment les logiciels WebEOC, RedSky, Dragon Fire, EPI X et EPI Info, recommandés par le GHSA. Des formations appropriées seront organisées pour les utilisateurs des logiciels, qu'ils soient personnels permanent du COUS, relais locaux ou personnel de renfort. La figure 15 propose 8 critères d'évaluation des solutions SI possibles.

5.3.3 Définir et mettre en place des outils de collecte d'information :

Le COUS intégrera à son dispositif de communication l'utilisation de terminaux mobiles afin de remonter les informations du terrain à la fois durant les périodes de veille et les périodes de riposte. Le canal SMS sera privilégié au travers de la mise en œuvre d'outils standards dans le domaine, à l'image de RapidPro, outil pour lequel l'équipe du COUS a d'ores et déjà suivi des formations.

5.3.4 Assurer un accès internet permanent et rapide à tous les employés :

Le COUS s'assurera que ses personnels permanents, relais locaux et personnels de renfort sont joignables en permanence via Internet. Des systèmes efficaces et redondants seront ainsi déployés afin de mener à bien leurs missions.

5.3.5 Définir et mettre en place un système de veille numérique :

Le COUS identifiera les domaines d'intérêt et sources internet correspondantes de façon à procéder à une veille exhaustive des signaux d'intérêt, qu'ils soient forts ou faibles. Les systèmes d'alertes en push au travers de logiciels spécialisés seront privilégiés, sans pour autant éteindre la nécessité des recherches humaines. Ce système de veille numérique, pour partie automatisé, et faisant appel à la recherche deep web et au traitement des médias sociaux, constituera un support important pour l'ensemble des activités de veille.

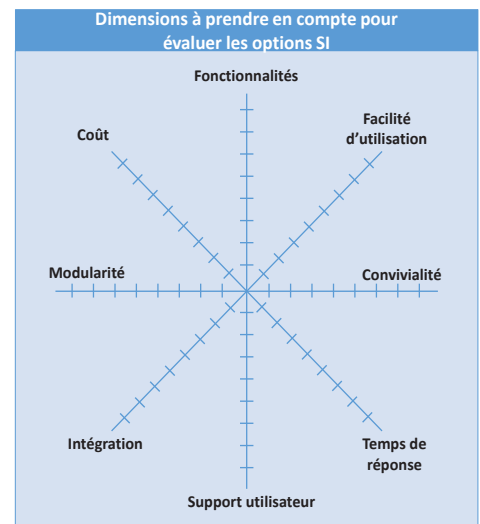


Figure 15 : Évaluation des options SI

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

5.3.6 Assurer la connectivité directe des bases de données du COUS avec les échelons locaux :

Le COUS veillera à mettre en place un système de communication permanent avec le bas de la pyramide sanitaire. Dans le cas où les systèmes classiques seraient inopérants, le COUS utilisera un système de communication par satellite.

5.3.7 Assurer la connectivité des bases de données du COUS avec ses pairs au niveau sous régional :

Le COUS travaillera de concert avec les autres institutions chargées de la gestion des risques sanitaires dans la perspective d'automatiser les échanges d'informations d'intérêt. Pourraient par exemple être mis en commun des listes noires d'individus susceptibles de véhiculer des maladies contagieuses et, lors des crises, les statistiques d'évolution de la situation sanitaire.

5.4 Plan de formation des Ressources Humaines du COUS

5.4.1 Planifier les formations et définir les plans de continuité des opérations nécessaires le cas échéant :

Sur la base de bilans de compétences réguliers, le COUS définira pour chaque employé des plans de formation permettant de développer expertise technique (qu'elle soit scientifique ou fonctionnelle), compétences managériales (par exemple : objectifs, motivation, psychologie, délégation, planification, conflits) et leadership (par exemple : vision, capacité d'entraînement).

5.4.2 Mener les formations visant à renforcer l'expertise technique, les compétences managériales et de leadership du COUS

Les formations seront réalisées en fonction des référentiels de compétences produits par l'intervention 5.1.4. Le COUS puisera dans l'offre de formation des partenaires internationaux, notamment le CDC.

5.5 Mettre en place les infrastructures, outils et ressources matérielles internes au COUS

5.5.1 Participer au processus de construction et d'aménagement des locaux du COUS :

Le Département de la Défense américain à travers son agence DTRA (Defense Threat Reduction Agency) pilotera la construction du futur siège du COUS selon des standards internationaux. Le COUS sera associé à toutes les étapes du processus.

5.5.2 Assurer le fonctionnement d'une flotte de véhicules adaptée aux missions du COUS :

La flotte de véhicules du COUS compte aujourd'hui trois types de véhicules (liaison, pick up, ambulance) dont la maintenance devra être assurée afin de permettre une disponibilité permanente pour les interventions.

5.5.3 Assurer la gestion de stocks de consommables de première nécessité :

Le COUS assurera le dimensionnement, l'entreposage, le suivi et le réapprovisionnement de ses propres stocks de consommables. Il assurera en outre le suivi des stocks nationaux issus de l'ensemble des partenaires, de façon à bénéficier d'une vision consolidée.

■ III. OBJECTIFS STRATEGIQUES SUR LA PERIODE 2016-2018 ■

5.6 Cadre de planification, de suivi et de mesure des résultats

5.6.1 Définir et mettre en place un tableau de bord de suivi des activités du COUS incluant des indicateurs de performance :

Le pilotage de la réalisation des objectifs de ce plan stratégique, de la performance des employés, de l'efficacité des activités de riposte dans le cas d'une crise, sera réalisé au moyen de tableaux consolidant les indicateurs d'intérêt. Ces indicateurs seront de deux types complémentaires : mesure de la dynamique des activités en cours et mesure des résultats obtenus pour les activités terminées.

5.6.2 Rédiger un rapport d'activité annuel à destination du MSAS et des partenaires techniques et financiers :

Conformément à ses engagements vis-à-vis de son autorité de tutelle et afin de créer et maintenir un dialogue constructif avec ses partenaires, le COUS procédera à la rédaction et à la diffusion d'un rapport d'activité annuel.



■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

ORGANISATION ET RESSOURCES ACTUELLES DU COUS

Le COUS est un service créé par l'arrêté ministériel n° 17973/MSAS/SG/BL, le 1er décembre 2014.

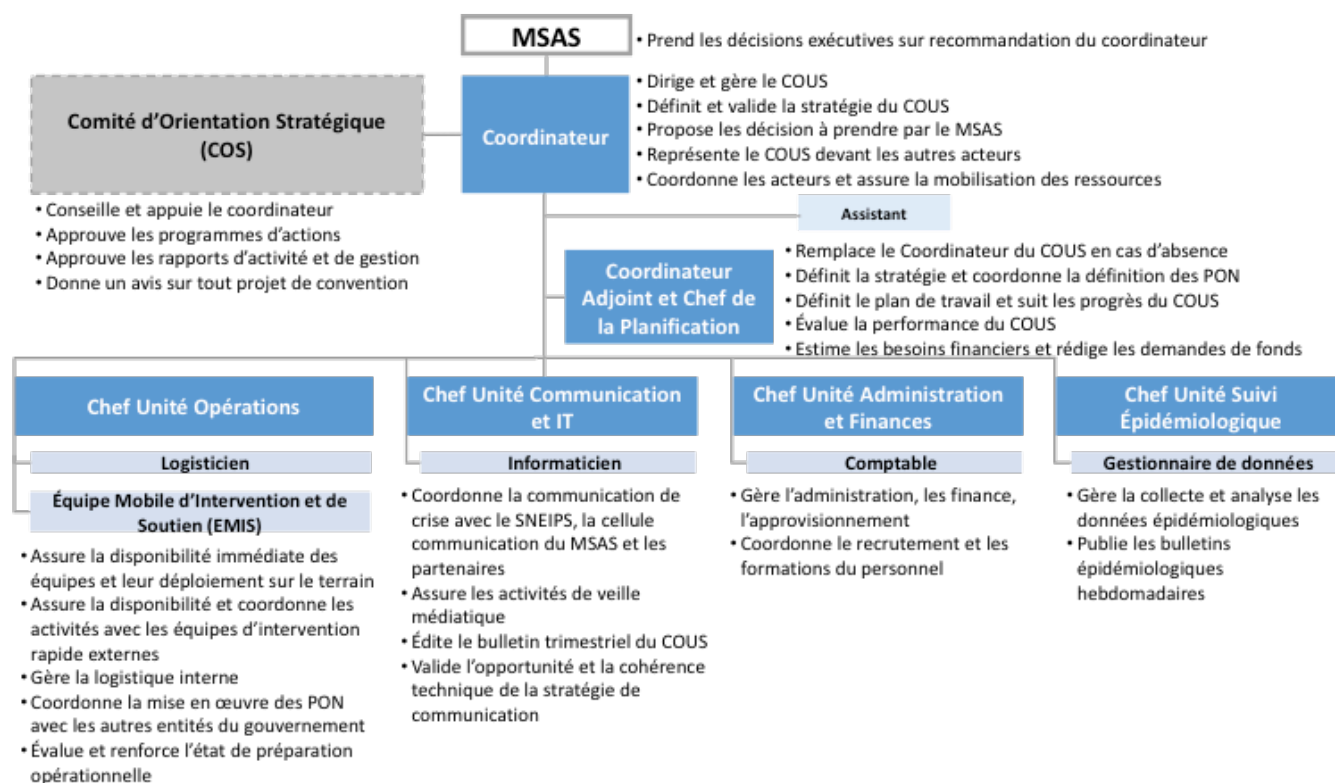


Figure 16 : Organigramme du COUS

Il est actuellement constitué des unités suivantes : (1) opérations (y.c. logistique), (2) communication, (3) administration et finances, (4) suivi épidémiologique, chacun dirigé par un chef d'unité. L'ensemble des unités est placé sous la responsabilité d'un coordonnateur, assisté d'un adjoint (voir figure 16).

Le COUS dispose d'une instance consultative, le Comité d'Orientation Stratégique (COS), qui conseille et appuie, par ses avis et recommandations, le coordonnateur dans l'exercice de ses fonctions et attributions.

Le COS est présidé par le Directeur Général de la Santé et réunit les membres suivants :

- le Conseiller technique n°1 ;
- le Conseiller communication du Ministre ;
- le Conseiller juridique du Ministre ;
- le Directeur Général de l'Action sociale ;
- le Chef du Service national d'Hygiène ;
- le Directeur de la Lutte contre la Maladie ;

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

- le Directeur des Établissements de Santé ;
- le Directeur de la Prévention ;
- le Directeur des Ressources Humaines ;
- le Directeur des Laboratoires ;
- le Chef du Service national de l'Éducation et de l'Information pour la Santé ;
- le Directeur de l'Administration générale et de l'Équipement ;
- le Directeur de la PNA ;
- le Directeur du SAMU ;
- les Médecins chef de Région.
- le Conseiller santé du Premier Ministre ;
- le Représentant du Ministère de l'Intérieur ;
- le Représentant du Ministère des Forces Armées ;
- le Directeur de la Protection Civile ;
- le Représentant de l'OMS comme représentant des partenaires techniques.

Le COS sera élargi à d'autres ministères, organisations ou personnes, selon la situation.

L'organisation du COUS sera le principal responsable de la mise en œuvre du plan stratégique. L'analyse des missions du COUS et des chantiers relatifs à la stratégie met en évidence un certain nombre de processus majeurs à réaliser. Le graphique ci-après présente à un niveau macro les processus de management, ceux cœur de métier et ceux support du COUS (Cf. figure 17).

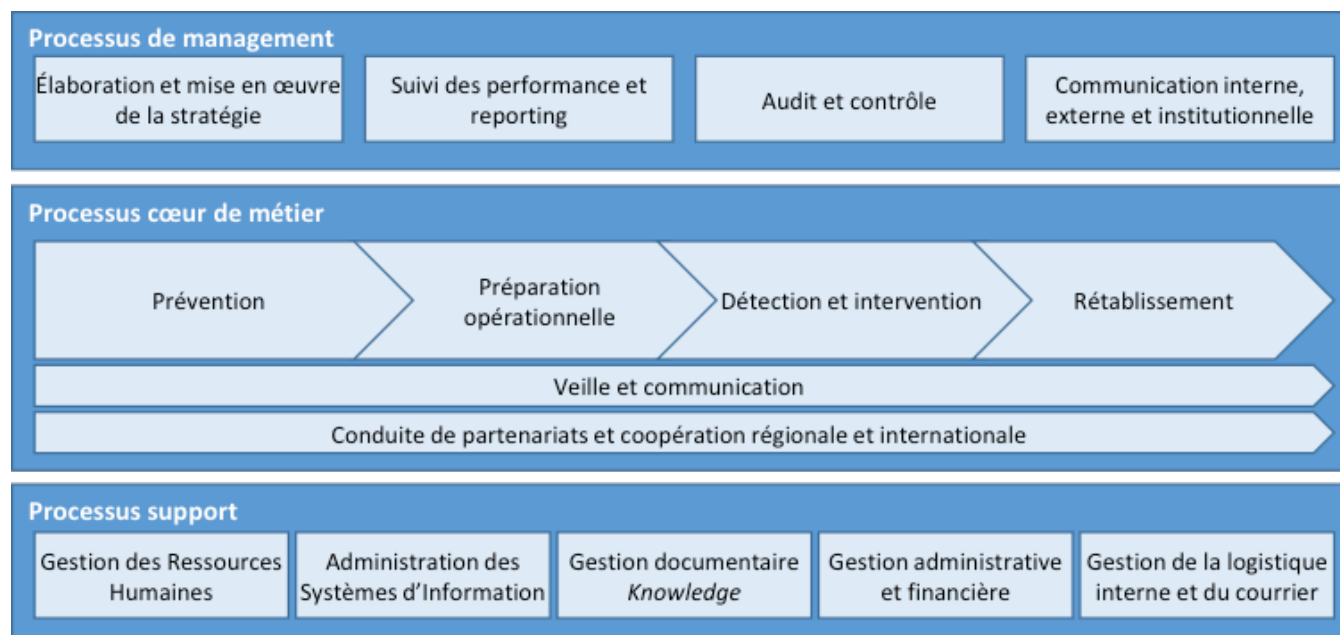


Figure 17 : Cartographie des processus majeurs du COUS

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

Le degré de maîtrise et d'optimisation des processus sera déterminant dans la performance du COUS vis-à-vis de ses parties prenantes. Pour cela, l'organisation doit couvrir l'ensemble des processus et activités y relatifs. À cet égard, au regard des pratiques les plus recommandées, l'organisation du COUS couvre aujourd'hui la plupart des fonctions prescrites aux COU.

L'organisation du COUS pourrait connaître des évolutions en rapport aux processus clés et à l'organisation type (cf. figure 18). Une couverture plus grande des processus supports pourrait être envisagée avec le déploiement progressif du COUS. La Gestion des Ressources Humaines (GRH) aujourd'hui logée à l'administration sera une entité

importante, non pas seulement pour le recrutement, mais également pour structurer la formation et le renforcement des capacités. La gestion et l'administration des systèmes d'Information pourront à terme être renforcées afin de prendre en charge l'évolution des solutions et infrastructures informatiques, la gestion des connaissances, le support aux utilisateurs et la modernisation des systèmes. Tous ces outils supports représenteront des leviers majeurs pour la performance du COUS.

L'évolution de l'organisation pourra inclure également la mise en place d'une entité planification, aujourd'hui sous la responsabilité du Coordonnateur-adjoint. Celle-ci est pour le moment orientée vers l'élaboration de la stratégie, l'établissement de plans de travail, le suivi des performances et l'évaluation des besoins financiers. Cette orientation est cohérente avec la situation actuelle d'installation et de structuration du COUS. Une fois ce cap franchi et le passage en vitesse de croisière effectif, l'évolution vers cette entité opérationnelle dite de « Planification » pourra devenir réalité. Cette option est envisageable dès la migration du COUS vers ses locaux en construction au sein de l'hôpital de Fann. À ce stade, une autre évolution envisageable consistera en l'intégration de l'unité de Suivi épidémiologique actuelle au sein de celles des Opérations.

LA REUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE REPOSE SUR SIX VALEURS FORTES

Six valeurs porteront l'action du COUS au quotidien : le professionnalisme, l'esprit d'équipe, l'engagement, le patriotisme, l'efficacité et l'efficience, et l'innovation.

- **Professionnalisme** : la préparation et la réponse aux urgences sanitaires sont des missions exigeantes. Elles posent un degré élevé de responsabilité, d'attention et de maîtrise à chaque membre du personnel du COUS. Elles requièrent un niveau d'engagement constant, des compétences pointues et des qualités interpersonnelles de haut niveau. Dans l'exercice de leur mission, les équipes du COUS doivent faire preuve d'un niveau élevé d'empathie et d'éthique, et démontrer une qualité et une maîtrise parfaite des risques suivis au Sénégal. En somme, le COUS sera à travers eux, la vitrine du système de gestion des urgences sanitaires du Sénégal et à ce titre, leur professionnalisme sera sans faille.

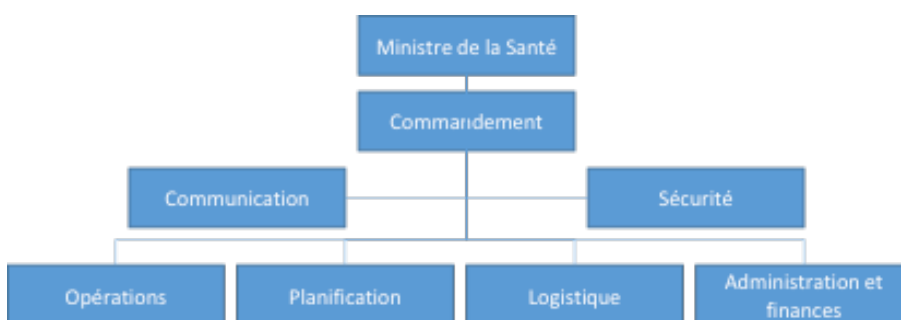


Figure 18 : Organisation type d'un Centre Opérationnel d'urgence

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

- **Esprit d'équipe** : un adage rappelle qu'une chaîne est aussi solide que son maillon le plus faible. L'esprit d'équipe sera garant de la constitution d'une chaîne de plus en plus robuste. Le travail en bonne intelligence entre collègues et avec les acteurs de l'écosystème de la gestion des urgences doit être privilégié. Les rôles et responsabilités doivent être acceptés et connus de tous, ainsi que promu le respect et la reconnaissance des efforts de chacun, la transparence, la coopération et l'entraide. Au-delà, le sentiment au plan individuel d'être soutenu, de disposer de relais et d'encouragement de la part de tous doit aussi être une réalité. La matérialisation de cette valeur sera essentielle au COUS afin que son rôle de coordinateur central de la gestion des urgences sanitaires au plan national soit reconnu et accepté.
- **Engagement** : L'engagement de chacun à exécuter parfaitement ses responsabilités qui lui sont confiées, dans une démarche proactive d'amélioration continue sera promu et mesuré. À cet égard, une gestion dynamique des ressources humaines sera critiquée reposant sur la promotion du leadership et le maintien des facteurs de motivation intrinsèque au sein de l'équipe du COUS.
- **Patriotisme** : Le COUS travaille pour la « sécurité sanitaire » de la nation sénégalaise. Sa mission est de défendre le Sénégal contre les répercussions des crises sanitaires et de préserver l'image du Sénégal (voire de l'Afrique) face aux incidences négatives de leur matérialisation (par exemple Ebola en Afrique de l'Ouest). Il s'agira de promouvoir les réussites du dispositif de gestion des crises sanitaires sénégalais auprès de leurs pairs en Afrique de l'Ouest et au-delà. Le COUS entend par conséquent contribuer au renforcement de l'ensemble du système sénégalais, quelle que soit le rattachement des institutions y participant ;
- **Efficacité et efficacité** : les membres du COUS travaillent à obtenir les résultats escomptés tout en veillant à y consacrer le juste niveau de ressources. Ils recherchent systématiquement l'amélioration de la performance de leurs activités. Spécifiquement, seront déployées des démarches de suivi-évaluation lorsque nécessaire, un dialogue avec les pairs sera maintenu en permanence afin de s'inspirer des meilleures pratiques ;
- **Innovation** : les équipes du COUS travailleront à rechercher des améliorations, incrémentales ou de rupture, permettant d'améliorer significativement la réalisation de leurs missions. Ces innovations pourront porter sur les processus de travail, le contenu des services du système de gestion des urgences sanitaires, les partenariats ou encore les modèles de financement. Les équipes du COUS s'inspireront des meilleures pratiques observées au sein d'autres systèmes de management des incidents, dans le domaine sanitaire et au-delà, et feront de la recherche constante de la satisfaction de leurs interlocuteurs un impératif.

LE COUS S'APPLIQUERA UNE CULTURE DE REDEVABILITE POUR INCITER A L'ATTEINTE DE RESULTATS

Ces valeurs, ainsi que les ressources importantes mises à disposition du COUS, l'obligent à une redevabilité forte. Celle-ci se reflètera à travers un cadre logique de planification de l'activité du COUS décliné aux travers de ses objectifs stratégiques. Cependant, de façon plus globale, la redevabilité du COUS se traduira par des critères de performance vis-à-vis de (4) catégories d'acteurs : (1) l'État à travers le MSAS, Ministère de tutelle du COUS, (2) les Populations, (3) les Partenaires techniques et financiers et (4) le Personnel du COUS. Le tableau 20 présente ainsi les résultats attendus et indicateurs de performance associés pour chacune des parties prenantes.

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

Tableau 20 : Indicateurs globaux de performance du COUS (source : COUS)

Parties prenantes	Résultat attendus	Indicateurs de performance
Etat	<ul style="list-style-type: none"> Bâtir une culture de préparation Coordonner et mobiliser les acteurs Elimination et maîtrise des risques 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction du MSAS Taux de satisfaction des parties prenantes de la gestion des risques sanitaires Degré de maîtrise des risques sanitaires auxquels le Sénégal est exposé
Populations	<ul style="list-style-type: none"> Limiter voire éliminer les répercussions des crises sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas d'USPI identifiés à temps et maîtrisés Niveau d'informations des populations sur les USPI Nombre de décès Impact économique des crises sanitaires (% de points de PIB perdus)
Personnel du COUS	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation autour du plan stratégique Gestion dynamique et moderne des RH 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction du personnel du COUS Degré d'adéquation des profils aux exigences des postes à combler Taux de rotation choisi du personnel
Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> Elimination et maîtrise des risques Utilisation conforme des ressources mises à disposition Mise en œuvre des programmes conjoints 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction des partenaires Taux d'absorption conforme des ressources Taux de réalisation des programmes et projets

Cette architecture de résultats et d'indicateurs représentera le socle du contrat de performance liant le COUS à sa tutelle, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Satisfaire les attentes nécessitera de se placer dans une logique de coopération et de partenariats, d'acquisition et de développement des compétences en matière de gestion des risques, d'intégration du COUS dans les efforts internationaux de maîtrise des risques, le tout dans un cadre opérationnel exigeant agilité, autonomie et anticipation sur les événements.

UN DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION MAITRISE ET OPTIMISE

Le système de suivi-évaluation doit permettre d'assurer que les performances et réalisations du COUS convergent vers l'atteinte des objectifs stratégiques. Dans le même temps, les actions définies et mises en œuvre sur la période 2016-2018 doivent concourir aux résultats souhaités tant en matière de prévention, de détection et de réponse aux crises, que de satisfaction des parties prenantes.

De ce fait, l'activité de suivi-évaluation au sein du COUS fera l'objet d'une structuration forte. Le processus de suivi-évaluation devra être maîtrisé et optimisé, voir la figure 19.

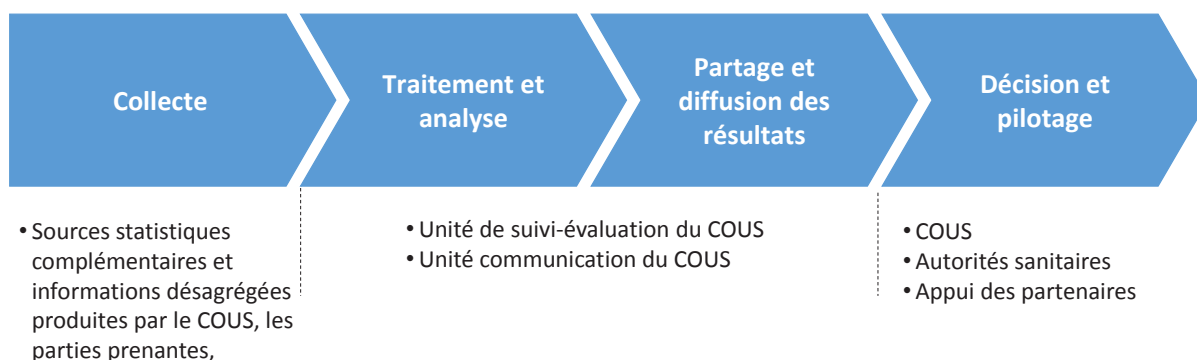


Figure 19 : Principales étapes du processus de suivi-évaluation (source : COUS)

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

Impliquant autant des acteurs internes qu'externes au COUS, les étapes initiales et finales du processus (collecte et prise de décision) apparaissent comme des leviers importants à la réussite des actions du COUS. Elles illustrent l'importance d'une part, de disposer à l'échelle de l'ensemble des acteurs impliqués d'une vision partagée de la stratégie du COUS, et d'autre part, de la nécessité de recevoir, dans des modalités précises, toutes les informations importantes à la détection ou à la riposte face à des situations de risques sanitaires.

Ce processus souligne également tout le leadership et le soutien attendus du Ministère de la Santé et de l'Action sociale pour lever les éventuels points de blocage ou accélérer les prises de décision importantes.

Également, le suivi-évaluation, particulièrement en situation de riposte, requiert que des données fiables et des analyses robustes soient disponibles très rapidement. Son optimisation suppose de disposer de moyens innovants en termes de technologie de collecte, de partage, de revue et de prise de décision. Afin de disposer d'informations rapidement visualisables et actualisées en temps réel, les solutions mobiles de communication seront essentielles. Ces informations traiteront à la fois du niveau d'utilisation des ressources et de l'appui aux acteurs sur le terrain. Elles permettront d'optimiser à la fois les activités du COUS et le suivi-évaluation qui en découle.

Enfin, le suivi-évaluation doit aussi monter en régime suivant le cycle de vie du COUS. Quatre grandes phases peuvent être distinguées : (1) la première de création et mise en place du COUS ; (2) la deuxième, celle actuelle de planification et d'installation, (3) la troisième de déploiement à grande échelle et (4) la quatrième de maturité institutionnelle. La réussite de l'ensemble fera du COUS une véritable institution au service de la santé des populations sénégalaises pour ce qui concerne la gestion des urgences sanitaires.

Phases	Buts en matière de suivi-évaluation
Création et mise en place	<ul style="list-style-type: none"> • Désignation d'un coordonnateur • Mise en place d'une équipe • Disponibilité de locaux, d'une "war-room" (même provisoire) • Initialisation des actions sur les risques pressants actuels (ex. Ebola) • Adhésion des partenaires
Planification et installation	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration du plan stratégique • Cartographie <i>initiale</i> des risques sanitaires • Inventaire des ressources • Insertion dans le dispositif sanitaire du Sénégal • Adhésion des structures du dispositif sanitaire et sécuritaire du Sénégal • Définition d'un cadre de suivi des résultats • Construction de locaux aux normes internationales • Mobilisation de ressources suffisantes sur cinq ans
Déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture du territoire national • Connaissance détaillée des capacités du système sanitaire sénégalais • Maîtrise totale du système d'information de gestion de crise sanitaire • Disponibilité de moyens modernes de communication d'urgence • Veille sur les risques sanitaires organisée et maîtrisée • ...
Maturité institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionnalisation et reconnaissance nationale et internationale du COUS • Maîtrise totale des risques sanitaires

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

UN PLANNING DE MISE EN ŒUVRE SUR TROIS ANNEES ET UN BUDGET CONSEQUENT MAIS EQUILIBRE

La mise en œuvre des actions associées aux objectifs et chantiers a été planifiée par les équipes du COUS. Les 74 actions ont été planifiées (voir le détail en annexe). Certaines feront l'objet d'une mise en œuvre en continu, d'autres étant clairement délimitées dans le temps.x

Le budget de mise en œuvre du plan stratégique s'élève cumulativement à 1 181 431 371 FCFA sur trois ans. Il s'agit d'un budget très important, mais équilibré dans la répartition du portefeuille d'actions et représentatif de la structure des objectifs stratégiques.

La part la plus importante, 24%, couvre les actions relatives à l'objectif stratégique 2 « Préparation de la riposte » suivi respectivement à hauteur de 21%, 19%, 11% et 10% par les actions relatives aux objectifs stratégiques 5 « Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS », 3 « Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires », 1 « Mettre en place un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires » et 4 « Piloter le déploiement d'une riposte ». Les investissements et charges de fonctionnement du COUS s'élèvent pour la période considérée à 5% et 10%.

La part relative au leadership et à l'organisation du COUS nécessitera un budget relativement important la première année de mise en œuvre du fait des investissements importants pour sa structuration. Pour les années suivantes, cette part sera moindre et reflètera principalement les besoins en fonctionnement du COUS.

La décomposition détaillée par objectif stratégique et année est fournie par le tableau 21 et la figure 20. Le détail des estimations par chantier et intervention est présenté en annexe.

Tableau 21 : Budget détaillé par objectif stratégique

Description	2016	2017	2018	
Objectif stratégique 1 : Mettre en place un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires au Sénégal	FCFA 70 943 500	FCFA 35 586 175	FCFA 26 258 050	FCFA 132 787 725
Objectif stratégique 2 : Préparer la riposte	FCFA 134 595 143	FCFA 71 243 990	FCFA 72 130 535	FCFA 277 969 668
Objectif stratégique 3 : Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires	FCFA 82 622 064	FCFA 72 057 403	FCFA 70 923 103	FCFA 225 602 569
Objectif stratégique 4 : Piloter le déploiement des ressources humaines, techniques et financières nécessaires en cas de crise (organisation de la riposte le cas échéant)	FCFA 119 400 000	-	-	FCFA 119 400 000
Objectif stratégique 5 : Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS	FCFA 167 379 000	FCFA 42 956 737	FCFA 42 697 042	FCFA 253 032 779
Total des activités	FCFA 574 939 706	FCFA 221 844 305	FCFA 212 008 730	FCFA 1 008 792 740
Investissement pour le lancement du COUS	FCFA 33 830 000	FCFA 24 477 000	-	FCFA 58 307 000
Charges de fonctionnement du COUS	FCFA 17 356 372	FCFA 42 623 534	FCFA 54 351 726	FCFA 114 331 632
Budget total	FCFA 626 126 078	FCFA 288 944 838	FCFA 266 360 455	FCFA 1 181 431 371

■ IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ■

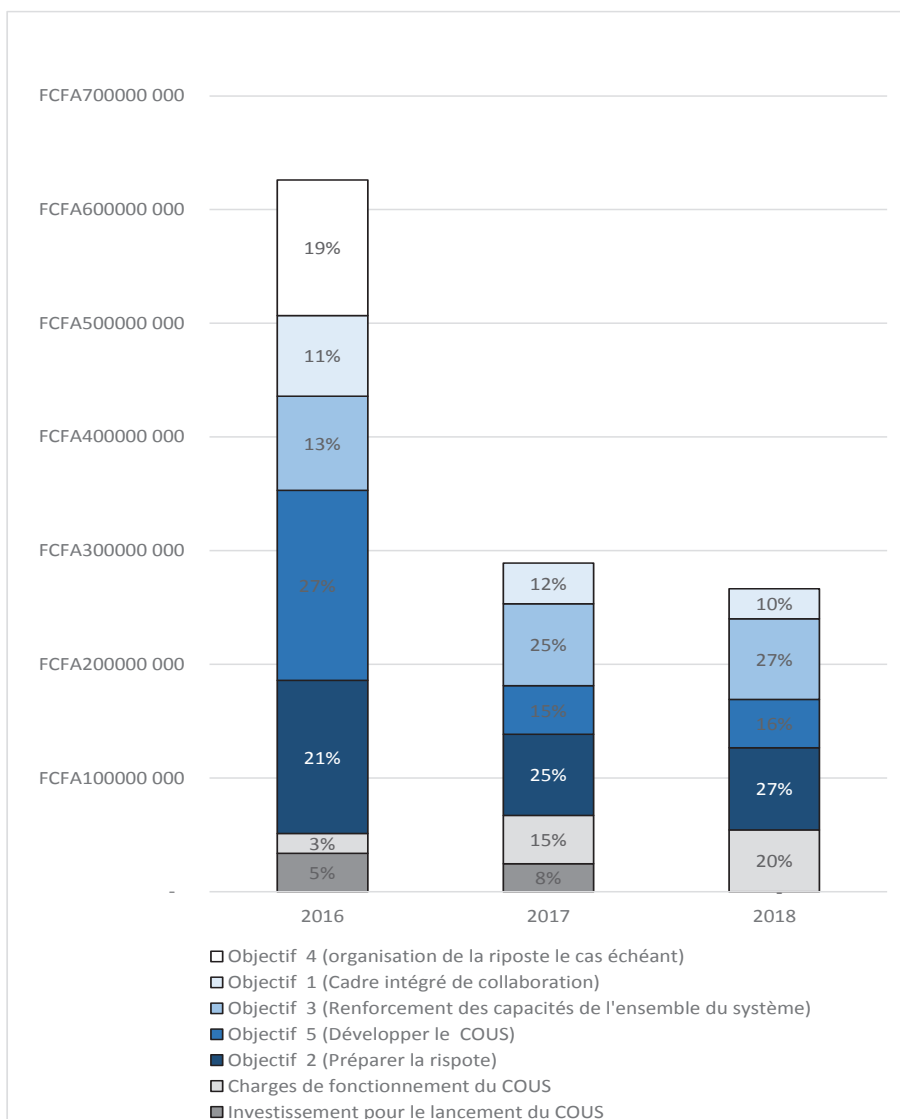


Figure 20 : Répartition du budget 2016-2018



EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN

■ EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN ■

The control of health risks is a major strategic challenge, whether these risks are biological, technological, environmental, or social. In recent years, major outbreaks have led to international awareness of the need to strengthen national and international systems for health risk management. The Ebola crisis, which began in late 2013, was a turning point. The epidemiological cost of the Ebola crisis in West Africa was particularly heavy: the World Health Organization (WHO) recorded 28,000 cases and over 11,300 deaths between December 2013 and January 2016, almost seven times more deaths than in the entire period since the onset of the disease in 1976. According to the Centers for Disease Control and Prevention, the economic cost amounted to more than \$2.2 billion for the affected countries combined. Due to this scale, in the aftermath of the crisis, governments, international institutions, and foundations decided to revise their approaches to promote international cooperation and the establishment of specialized agencies organized according to the incident management model.

The need for this type of response extends beyond epidemics: many other events could similarly have significant health impacts and require extensive coordination among complementary actors. In Senegal, the Ministry of Health and social Action (MSAS) and other ministries, technical partners, the private sector, and the public all play a part in the health risk management system. Coordination among them is crucial for reducing the negative impact of health crises, but it is difficult to achieve.

It is for this reason that the Minister of Health and social Action, Prof. Awa Marie Coll Seck, decided to create a national *operational center for health emergencies*, designated as Centre Opérationnel des Urgences Sanitaires (COUS). COUS is a permanent institution, responsible for early detection, control, and coordination of the response to health crises. It aims to enhance the speed of crisis management through short decision-making processes and management procedures prepared in advance. Its establishment is of high strategic importance. It defines a new paradigm in Senegal: to prepare in advance in order to no longer improvise when health emergencies occur. This reflects the recommendations made by international institutions and is based on the proven efficiency of a model being implemented in a growing number of countries.

The COUS 2016-2018 Strategic Plan is a part of the vision of Senegal's political authorities, outlined first in the second pillar of Senegal's long-term development strategy, the Plan Sénégal Émergent, which aims to strengthen human capital, social protection, and sustainable development in Senegal. Health crises are likely to undermine this vision, meaning controlling them is of paramount importance. The COUS Strategic Plan is also aligned with the National Health Development Plan and provides a clear framework for action through strengthening the health emergency and disaster management system on the national level.

COUS will pursue these six missions :

1. Ensuring a constant monitoring of any events that could lead to a national health crisis;
2. Conducting necessary investigations when an event that is likely to lead to a health crisis is identified;
3. Preparing the operational modalities for response by establishing Standard Operating Procedures (SOPs) for each of the priority risks and response principles for secondary risks;

■ EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN ■

4. Contributing to international cooperation efforts to improve monitoring mechanisms and responses to international health emergencies;
5. Coordinating response activities according to established SOPs and principles;
6. Providing information of interest in real time to the Minister of Health and Social Action, as well as other relevant actors.

To achieve these missions, COUS has adopted the following vision :

“By 2018, be recognized as the leading institution in the collective preparation for and coordination of operations related to health risks and emergencies in Senegal.”

To achieve this vision, five strategic goals, 19 major projects, and 65 specific interventions have been established.

Strategic Objective I : Develop an integrated collaborative framework for the management of health crises

Effective cooperation and collaboration between specialized agencies determines the success of prevention and response efforts. Three project areas have been identified :

1. COUS will contribute to strengthening the national plan for health crisis management.

COUS will be part of the operational component of Senegal’s One Health committee, along with representatives of the Ministry of Agriculture, Livestock, and Environment. It will define the modalities of cooperation with each of the stakeholders involved in the management of health risks, leading to the drafting of the SOPs. Finally, it will contribute to the establishment of an inter-ministerial coordination body in order to manage nationwide crises, the Inter-Ministerial Crisis Management Committee (COGIC) and will involve the appropriate authorities of each region in order to provide early information on potential risks.

2. COUS will support international and regional initiatives for the management of health crises.

It will contribute to the development of African crisis management bodies such as the African CDC currently being established in Addis Ababa. It will establish partnerships with the best health crisis expert networks on the African continent, such as the Regional Committee of Epidemics Management, the Network of National Systems of Epidemiological Surveillance, and the Network of West African Laboratories for Animals and People. Finally, it will bring Senegalese expertise in the creation of integrated health networks to contribute to international efforts through working groups established by WHO.

3. COUS will contribute to information, education, and communication on health risks as among the best ways to prepare populations for risks.

Crisis management requires structured communication that capitalizes on the lessons learned from health crises in Senegal, Africa, and the rest of the world. It also involves a high degree of mastery of institutional and public communication mechanisms. At the institutional level, COUS will define the reporting procedures during and outside of crises, with the leadership of the MSAS. It will publish a quarterly newsletter called “Letter of COUS” to inculcate a culture of vigilance and preparedness for health emergencies and will involve public administrations, partners, and other stakeholders in developing content.

■ EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN ■

For communication with the general public, COUS will support the activities of the Direction of disease prevention and the Direction of disease control to raise awareness and educate and empower the public. COUS activities may include but are not limited to radio interviews, television advertisements, and poster campaigns.

Strategic Objective II: Prepare operational modalities for response to health crises

The heart of COUS's work is to ensure the highest level of preparedness of the health emergency management system. This entails identifying potential threats to human health and life, defining response procedures to reduce their effects on people and on the economy, ensuring regular evaluation of the mechanisms put in place in order to perfect them and conducting regular drills. Four projects will be implemented :

4. Mapping health risks in Senegal will help identify and characterize health risks. The COUS Strategic Plan has identified an initial list of 11 major health risks based on their likelihood of occurrence and medical impact on one hand, and on the complexity of the required response on the other hand. This initial prioritization does not preclude the monitoring of other potential risks; instead, monitoring will allow these risk areas to be regularly updated. To enable this, COUS will invest in risk mapping software enabling centralized analysis of large quantities of diverse data.

5. Evaluation of available capacity and a plan for the development of this capacity will be crucial in order to provide accurate responses to risks. Confronting health risks requires knowledge of the available infrastructure and logistics, health personnel, medical products and supplies positioned in the health districts, etc. The availability of a system for this information, including an up-to-date map of resources, is crucial. Modern health risk management tools require access to remote and geographically localized information, but the real time availability of this information assumes the existence of a link to the national health information system. In Senegal, these linkages must be established so that appropriate information can be relayed to COUS, which will then use a resource mapping software package to visually display information. This will enable COUS to make recommendations on needed changes to further strengthen the system for health emergencies.

6. The preparation of response modalities to health risks in Senegal will be key in coordinating the actors involved in crisis management. The current priority initiative is to prepare and validate the SOPs for all major health risks. SOPs will be updated regularly based on clear rules through the integration of new SOPs or lessons learned from crises or epidemic outbreaks that have occurred in Senegal or abroad. Response principles that deal with rare and secondary risks will also be developed. COUS will also organize and coordinate health surveillance actions on emerging diseases and define quarantine and isolation standards to apply in case of the realization of a risk.

7. The evaluation and allocation of financial requirements for health risk management is an important area of action. Funding needs to deal with crises are important, but pale in comparison to the negative economic impact of a major crisis. The Ebola crisis caused a sharp contraction in GDP growth in Sierra Leone (6% instead of the 11.3% expected in 2014). It will be important to assess and gather the necessary funding for the management of health crises. COUS will ensure accountability through establishing a transparent mechanism and regularly reporting regarding the administration and use of funds.

■ EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN ■

Strategic Objective III : Advance the capabilities of the whole health emergency management system

The acquisition and development of skills, as well as the operational maintenance of capabilities, represent major challenges for the health emergency management system. They are constrained by the waning of public attention to health risks outside of the crisis period, undermining the mobilization and allocation of resources to advance capabilities. The improvement and maintenance of skills will require a sustained commitment at the political level and the consistent support of technical and financial partners. Achieving this objective will require the implementation of four key projects :

8. A response capacity building plan will be developed and regularly updated. This project will ensure the integration and capability strengthening of emergency response teams across the country. It will emphasize the complementarity of investigative skills and response to health risks and will define the necessary training plans and mechanisms for their implementation and evaluation. Alongside human capacity building will be added the strengthening of the network of care and support for patients. The needs for establishing or reinforcing health infrastructure, including treatment, containment, and morgues (or even secure funerals) will be evaluated and addressed. Rules will be defined for exceptional circumstances that require accessing the resources of other actors, especially the private sector, if the ones within the health system accessible by COUS are exhausted during a crisis.

9. A plan to reinforce detection and monitoring capacities will also be developed and implemented. This plan includes strengthening the monitoring of indicators of health crises in the DHIS2 system as well as real-time analysis of capabilities in accordance with standards of the International Health Regulations, the International Office of Epizooties, and the Global Health Security Agenda. It also includes increasing the capacity of the public health laboratory, the integration of reference networks when Senegalese capacities are limited in face of emerging pathogens, and the exchange of cross-sectoral information of relevance for health emergencies.

10. The upgrading and maintenance of the operational capacity of the health risk management system will be a major focus of COUS activities. Based on the mapping of currently human and technical resources allocated to monitoring and to response, COUS will identify areas where reinforcement is needed. Training series will be organized, according to the delineated SOPs, including regular table-top and field simulation exercises will be regularly organized to test the effectiveness of the response teams and to increase knowledge. COUS will ensure the integration of all sub-regional partners in this work.

11. COUS will work to integrate regional and international networks. This will primarily entail contributing to the harmonization of sanitary risk reporting activities and strengthening the quality of shared information. Together with the appropriate Senegalese authority, COUS will support the strengthening of monitoring systems in neighboring countries. It will contribute to the establishment of a regulatory framework for the rapid deployment of foreign resources, especially in the case of biological attacks likely to cause health emergencies of international concern.

■ EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN ■

Strategic Objective IV : Coordinate the deployment of human, technical, and financial resources in a crisis

In case Senegal faces a health crisis, COUS will lead the response for the entire national crisis management system, regardless of whether SOPs have been established for that risk or not. This means that COUS will work to reduce the impact of the crisis and to identify improvement areas in the crisis and patient care management systems.

12. To ensure a rapid response, COUS will be equipped with the budgetary reserves to cover investigative activities and first-level response and to enable the State and potential partners to bring complementary funds. To this end, several additional financial options can be implemented, including: (1) the establishment of a rapid disbursement mechanism for funds from financial partners, (2) the establishment of a reserve by COUS, (3) the establishment of a counterpart drawing on government and private sector funds.

13. In the case of specific health crises for which neither response nor SOPs principles were validated, COUS will nevertheless assume its coordination role. Two levers will be made available: (1) the establishment by ministerial decision of exception procedures allowing COUS to mobilize and coordinate national resources together with the High Commission of Civil Protection, and (2) rapid access to the expertise of technical partners such as the CDC, Doctors Without Borders, and the International Federations of Red Cross and Red Crescent Societies.

Strategic Objective 5 : Develop the leadership, organization, and human resources of COUS

As a new institution, COUS must develop its internal capabilities and capacity to carry out its missions. COUS will entail the development of a modular organization with short decision-making circuits, knowledge of the state of all resources devoted to the management of health crises, and the ability to continuously improve. In order to accomplish this, six projects will be implemented :

14. An organizational structure aligned with the COUS strategy will be put in place to deal with health crises of variable types, locations, and scales. Beyond the internal organization of COUS – composed of recognized experts – additional organizations and partners will be gradually introduced to increase geographical coverage within Senegal. Roles, missions, and hierarchical relations will be defined, taking into account the distinction between the core organization and additional structures designed in response to specific risks. Job descriptions and specific performance indicators will be defined for each type of actor. Forward planning will include staffing targets, recruitment processes, and training plans.

15. Administrative and financial procedures will be defined and compiled in an internal manual. The following procedures will be fully detailed, taking care to define exceptional variants to be deployed during specific emergency situations: budget management and accounting procedures, cash management, internal control, mail and archiving.

16. An efficient information system and knowledge management processes will be deployed. A COUS information system will be developed and implemented to enable collection, storage, analysis, and reporting of information of interest. This system should be resilient and build on additional interfaces such as SMS channels. Specific crisis management software, such as WebEOC, Redsky, DragonFire and PPE, will be deployed and staff will be adequately trained in its use.

■ EXECUTIVE SUMMARY OF COUS STRATEGIC PLAN ■

COUS will ensure that all the key personnel of the Health Emergency Management System have adequate facilities and internet capabilities. A digital monitoring system will also be deployed to gather information from the internet.

17. Individual training plans will be established in order to develop the leadership, functional expertise, and managerial skills of COUS staff. Specific training will be provided to members of COUS based on regular skills reviews and target skills of COUS staff.

18. The infrastructure, tools, and material resources necessary to COUS activities will be gradually put in place. COUS will direct the construction of new buildings, ensure the operational maintenance of its fleet of vehicles, and stock essential supplies for crises. This will be informed by the monitoring the geographical distribution of national resources to ensure a consolidated view of available resources.

19. The implementation of the 2016-2018 Strategic Plan requires the definition of a framework for planning, monitoring, and measuring results. A monitoring dashboard of projects and interventions of the present strategic plan will be developed and examined to measure the dynamics of ongoing activities and the impact of the results for completed activities. An annual report will be prepared and distributed to regulators, COUS partners, and the public.

The implementation of this strategy will rely on a team of experts in four key areas: (1) operations and logistics, (2) communication and IT, (3) epidemiological monitoring, and (4) administration and finance. A coordinator and her deputy will ensure the leadership of this team, whose success is based on six core values: professionalism, team spirit, commitment, patriotism, effectiveness and efficiency, and innovation. COUS will develop a culture of accountability vis-à-vis its stakeholders, supported by performance indicators that are regularly evaluated and shared. The three-year budget of the first strategic plan amounts to 1,181,431,371 FCFA. Although substantial, this budget is well-balanced in its distribution, corresponding to the outlined strategic objectives.

Description - budget in USD	2016	2017	2018	Triennial Total
Objective 1: Develop an integrated framework of collaboration for the management of health crises	118,239	59,310	43,763	221,313
Objective 2: Prepare the response	224,325	118,740	120,218	463,283
Objective 3: Advance the capabilities of the whole health emergency management system	137,703	120,096	118,205	376,004
Objective 4: Coordinate the deployment of human, technical and financial resources in a crisis	199,000	-	-	199,000
Objective 5: Develop the leadership, organization and human resources of COUS	278,965	71,595	71,162	421,721
Total cost of activities (USD)	958,233	369,734	353,348	1,681,321
Investments for the launch of COUS	56,383	40,795	-	97,178
COUS operating costs	28,927	71,039	90,586	190,553
Total Budget (USD)	1,043,543	481,575	443,934	1,969,052

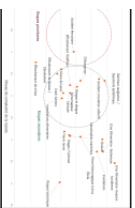


■ ANNEXES ■

APPROCHE DEPLOYEE POUR DEFINIR LE PLAN STRATEGIQUE DU COUS

PLANNING DE DE MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE (1/5)

Item	Description	2016	2017	2018
1	Objectif stratégique 1 : Mettre en place un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires au Sénégal			
1.1	Définition/renforcement du dispositif national de gestion des crises sanitaires			
1.1.1	Contribuer au volet opérationnel du comité One Health aux côtés des représentants des Ministères de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Environnement			
1.1.2	Définir les modalités de collaboration avec chacune des parties prenantes de la gestion des risques sanitaires amenées à contribuer à la rédaction des PONS			
1.1.3	Contribuer à la mise en place d'un cadre de coordination interministériel pour la gestion des crises d'ampleur nationale (GOGIC)			
1.1.4	Initialiser le cadre de collaboration avec les autorités de chacune des régions y.c médecins chef de région et préfets			
1.2	Contribution aux initiatives internationales et régionales de gestion des crises sanitaires			
1.2.1	Participer à la mise en place des instances africaines de gestion des crises sanitaires			
1.2.2	Nouer des partenariats avec les réseaux d'experts			
1.2.3	Contribuer à la création d'un réseau intégré de COU au niveau international			
1.3	Information, Education et Communication sur les risques sanitaires			
1.3.1	Capitaliser les enseignements issus des crises sanitaires au Sénégal et dans la région (ainsi que celles à caractère international pouvant avoir des répercussions au Sénégal)			
1.3.2	Définir les modalités de communication de crise avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale			
1.3.3	Assurer une communication régulière sur les risques sanitaires auprès des institutions (Etat, Partenaires techniques et financiers) notamment à travers la publication trimestrielle de "La Lettre du COUS" (élaborer la maquette, ligne éditoriale, calendrier d'édition, identification des contributeurs, etc.)			
1.3.4	Contribuer à la communication avec le grand public (y.c. diffusion de messages de sensibilisation, contribution à des actions d'éducation et d'autonomisation)			
2	Objectif stratégique 2 : Préparer la riposte			
2.1	Cartographie des risques sanitaires susceptibles d'affecter le Sénégal			



PLANNING DE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE (2/5)

2.1.1	Identifier et caractériser l'ensemble des risques sanitaires		
2.1.2	Mettre en place un logiciel permettant la gestion de la cartographie des risques		
2.1.3	Assurer la mise à jour de la cartographie des risques sanitaires		
2.2	Evaluation des capacités disponibles et plan d'extension (Cartographie des ressources)		
2.2.1	Cartographier les ressources disponibles pour la prise en charge des urgences sanitaires par Région ou District sanitaire		
2.2.2	Mettre en place un logiciel permettant la gestion de la cartographie des ressources		
2.2.3	Définir les stocks nécessaires aux ripostes de premier niveau et leurs modalités de répartition		
2.2.4	Rédiger des recommandations de renforcement des ressources de détection et riposte sur l'ensemble du territoire		
2.2.5	Collaborer avec la PNA pour suivre et coordonner la disponibilité des stocks de consommables nécessaires à la riposte de premier niveau		
2.2.6	Etablir et mettre à jour une liste des experts sanitaires		
2.3	Préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires au Sénégal		
2.3.1	Rédiger et valider les Procédures Opérationnelles Normalisées pour les risques sanitaires majeurs en prenant en compte les protocoles inter-acteurs, les protocoles internes au COUS et les protocoles obligatoires pour les risques majeurs (y.c. seuils d'activation du COUS)		
2.3.2	Assurer la mise à jour des plans opérationnels normalisés		
2.3.3	Elaborer des principes de riposte face aux risques secondaires et risques imprévisibles		
2.3.4	Organiser et coordonner les actions de veille sanitaire sur les maladies émergentes		
2.3.5	Définir des standards de quarantaine et d'isolement		
2.4	Coordination de l'évaluation et de l'allocation des besoins financiers pour la gestion des risques sanitaires		
2.4.1	2.4.1 Évaluer les besoins financiers du système de gestion des crises sanitaires en matière d'investissement, de fonctionnement et de crise		
2.4.2	Estimer les ressources financières nationales disponibles et évaluer les besoins à combler		
2.4.3	Organiser la mobilisation de ressources financières (y.c mécanismes de déboursement rapide par l'intermédiaire d'établissements financiers)		
2.4.4	Structurer les mécanismes d'administration et de contrôle de l'utilisation des fonds		
2.4.5	Rédiger un rapport annuel de gestion à destination des bailleurs et du ministère de tutelle		

PLANNING DE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE (3/5)

3 Objectif stratégique 3 : Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires				
3.1	Plan de renforcement des capacités dans la détection/surveillance des risques sanitaires			
3.1.1	Renforcer le suivi d'indicateurs de la survenance de crises sanitaires au sein du système DHIS2 (y.c. surveillance syndromique, surveillance d'évènements)			
3.1.2	Renforcer la capacité d'analyse en temps réel selon les standards RSI et OIE (y.c. épidémiologie, clinique, environnemental, sécurité alimentaire et bio-informatique)			
3.1.3	Améliorer l'intégration des capacités des laboratoires de santé publique (y.c. laboratoires de référence au niveau national et international)			
3.1.4	Intégrer les réseaux internationaux de référence pour l'identification et la vérification des pathogènes émergents pour lesquels les capacités sénégalaises sont limitées			
3.1.5	Formaliser les échanges d'informations intersectorielles d'intérêt pour les urgences sanitaires			
3.2	Plan de renforcement des capacités de riposte aux risques sanitaires			
3.2.1	Assurer l'intégration et le renforcement capacitaire des équipes d'intervention d'urgence sur l'ensemble du territoire sénégalais			
3.2.2	Mettre en place un réseau de prise en charge des patients			
3.2.3	Définir et communiquer les standards de prise en charge par des acteurs complémentaires en cas de saturation du réseau COUS			
3.3	Formation et maintien de capacités opérationnelles de réponse aux crises			
3.3.1	Elaborer des plans de formation à la riposte pour les structures du dispositif (y.c. professions médicales, vétérinaires, forces de police, forces armées)			
3.3.2	Elaborer et mettre en œuvre les plans de simulation pour faire face aux risques majeurs			
3.3.3	Evaluer les faiblesses et proposer des actions correctives nécessaires			
3.3.4	Développer des opportunités d'investigation conjointe, formations et études épidémiologiques au niveau régional			
3.4	Ancrer le dispositif de détection/riposte au sein des réseaux régionaux et internationaux			
3.4.1	Contribuer à l'harmonisation des standards de reporting et qualité des données au travers de collaborations avec l'OMS, l'OIE et la FAO			

PLANNING DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE (4/5)

3.4.2	Soutenir les efforts des pays voisins dans le renforcement de leurs systèmes de veille			
3.4.3	Participer à la mise en place d'un cadre légal de déploiement de ressources internationales pour faire face aux situations d'attaques biologiques			
3.4.4	Participer à la mise en place d'un cadre légal de déploiement de ressources internationales (y.c. personnel médical)			
4	Objectif stratégique 4 : Piloter le déploiement des ressources humaines, techniques et financières nécessaires en cas de crise (organisation de la riposte le cas échéant)			
4.1	Mobiliser les ressources humaines, techniques et financières additionnelles			
4.2	Coordonner les interventions			
4.3	Assurer une communication proactive et en temps réel auprès du Ministère de la Santé			
4.4	Evaluer les résultats			
5	Objectif stratégique 5 : Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS			
5.1	Organisation alignée à la stratégie et plan d'acquisition des compétences			
5.1.1	Définir une organisation-cible alignée à la stratégie			
5.1.2	Affiner les fiches de postes des employés du COUS			
5.1.3	Définir un plan d'acquisition des compétences à moyen terme			
5.2	Procédures organisationnelles (administratives et financières)			
5.2.1	Elaborer le manuel de procédures administratives et financières			
5.3	Système d'information et <i>knowledge management</i>			
5.3.1	Définir et mettre en place l'architecture SI nécessaire aux besoins du COUS			
5.3.2	Mettre en place le SI et former le personnel adéquat aux applications clés			
5.3.3	Définir et mettre en place des outils de collecte d'information utilisant des terminaux mobiles			
5.3.4	Assurer un accès internet permanent et rapide à tous les employés			
5.3.5	Consolider l'ensemble des documents de référence au sein de serveurs locaux			

PLANNING DE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE (5/5)

5.3.6	Définir et mettre en place un système de veille numérique			
5.3.7	Assurer la connectivité directe des bases de données du COUS avec les échelons locaux			
5.3.8	Assurer la connectivité des bases de données du COUS avec ses pairs au niveau sous régional			
5.4	Plan de formation des Ressources Humaines du COUS			
5.3.1	Planifier les formations et définir les plans de continuité des opérations nécessaires le cas échéant			
5.3.2	Mener les formations visant à renforcer l'expertise technique du COUS			
5.3.3	Mener les formations visant à renforcer les capacités managériales du COUS			
5.3.4	Mener les formations visant à renforcer les capacités de leadership du COUS			
5.5	Mettre en place les infrastructures, outils et ressources internes au COUS			
5.5.1	Piloter la construction et l'aménagement des locaux du COUS			
5.5.2	Assurer le fonctionnement d'une flotte de véhicules adaptée aux missions du COUS			
5.5.3	Assurer la gestion de stocks de consommables de première nécessité			
5.6	Cadre de planification, de suivi et de mesure des résultats			
5.6.1	Définir et mettre en place un tableau de bord de suivi des activités du COUS incluant des indicateurs de performance			
5.6.2	Rédiger un rapport d'activité annuel à destination du MSAS et des partenaires techniques et financiers			

BUDGET DU COUS POUR LA PERIODE 2016-2018 (1/5)

1	Objectif stratégique 1 : Mettre en place un cadre intégré de collaboration pour la gestion des crises sanitaires au Sénégal	FCFA	70 943 500	FCFA	35 586 175	FCFA	26 258 050
1.1	Définition/renforcement du dispositif national de gestion des crises sanitaires	FCFA	8 146 563	FCFA	497 500	FCFA	497 500
1.1.1	Contribuer au volet opérationnel du comité One Health aux côtés des représentants des Ministères de l'Agriculture, de l'Elevage et de l'Environnement	FCFA	497 500	FCFA	497 500	FCFA	497 500
1.1.1.2	Définir les modalités de collaboration avec chacune des parties prenantes de la gestion des risques sanitaires amenées à contribuer à la rédaction des PONs (y.c cahier des charges et rôle précis des points focaux, comités de rédaction, comités de validation)	FCFA	3 743 190	-	-	-	-
1.1.3	Contribuer à la mise en place d'un cadre de coordination interministériel pour la gestion des crises d'ampleur nationale (GOGIC, logé au niveau de la primature)	FCFA	358 200	-	-	-	-
1.1.4	Initialiser le cadre de collaboration avec les autorités de chacune des régions y.c médecins chef de région et préfets	FCFA	3 547 673	-	-	-	-
1.2	Contribution aux initiatives internationales et régionales de gestion des crises sanitaires	FCFA	8 432 625	FCFA	9 328 125	-	-
1.2.1	Participer à la mise en place des instances africaines de gestion des crises sanitaires (Exemple : Réseau des COU d'Afrique, CDC Afrique, CDC régional d'Abuja)	FCFA	5 022 263	FCFA	5 022 263	-	-
1.2.2	Nouer des partenariats avec les réseaux d'experts (y.c. Réseaux des systèmes nationaux d'épidémiologie-surveillance, Comité Régional de Gestion des Epidémies, Réseaux des laboratoires Ouest Africains pour les animaux et les hommes)	FCFA	298 500	FCFA	298 500	-	-
1.2.3	Contribuer à la création d'un réseau intégré de COU au niveau international	FCFA	3 111 863	FCFA	4 007 363	-	-
1.3	Information, Education et Communication sur les risques sanitaires	FCFA	54 364 313	FCFA	25 760 550	FCFA	25 760 550
1.3.1	Capitaliser les enseignements issus des crises sanitaires au Sénégal et dans la région (ainsi que celles à caractère international pouvant avoir des répercussions au Sénégal)	FCFA	776 100	FCFA	776 100	FCFA	776 100
1.3.2	Définir les modalités de communication de crise avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale	FCFA	9 201 263	-	-	-	-
1.3.3	Assurer une communication régulière sur les risques sanitaires auprès des institutions (Etat, Partenaires techniques et financiers) notamment à travers la publication trimestrielle de "La Lettre du COUS" (élaborer la maquette, ligne éditoriale, calendrier d'édition, identification des contributeurs, etc.)	FCFA	5 164 050	FCFA	686 550	FCFA	686 550
1.3.4	Contribuer à la communication avec le grand public (y.c. diffusion de messages de sensibilisation, contribution à des actions d'éducation et d'autonomisation)	FCFA	39 222 900	FCFA	24 297 900	FCFA	24 297 900
2	Objectif stratégique 2 : Préparer la riposte	FCFA	134 595 143	FCFA	71 243 990	FCFA	72 130 535
2.1	Cartographie des risques sanitaires susceptibles d'affecter le Sénégal	FCFA	19 335 338	FCFA	1 832 790	FCFA	1 832 790
2.1.1	Identifier et caractériser l'ensemble des risques sanitaires	FCFA	10 122 135	-	-	-	-
2.1.2	Mettre en place un logiciel permettant la gestion de la cartographie des risques	FCFA	9 213 203	-	-	-	-
2.1.3	Assurer la mise à jour de la cartographie des risques sanitaires	FCFA	-	FCFA	1 832 790	FCFA	1 832 790

BUDGET DU COUS POUR LA PÉRIODE 2016-2018 (2/5)

2.2	Evaluation des capacités disponibles et plan d'extension (Cartographie des ressources)	FCFA 45 518 763	FCFA 9 973 383	FCFA 9 973 383
2.2.1	Cartographier les ressources disponibles pour la prise en charge des urgences sanitaires par Région ou District sanitaire	FCFA 5 477 475	-	-
2.2.2	Mettre en place un logiciel permettant la gestion de la cartographie des ressources	FCFA 18 157 755	-	-
2.2.3	Définir les stocks nécessaires aux ripostes de premier niveau et leurs modalités de répartition	FCFA 2 460 635	FCFA 1 699 460	FCFA 1 699 460
2.2.4	Rédiger des recommandations de renforcement des ressources de détection et riposte sur l'ensemble du territoire	FCFA 10 781 323	FCFA 1 826 323	FCFA 1 826 323
2.2.5	Collaborer avec la PNA pour suivre et coordonner la disponibilité des stocks de consommables nécessaires à la riposte de premier niveau	FCFA 3 358 125	FCFA 1 567 125	FCFA 1 567 125
2.2.6	Etablir et mettre à jour une liste des experts sanitaires	FCFA 5 283 450	FCFA 4 880 475	FCFA 4 880 475
2.3	Préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires au Sénégal	FCFA 63 893 428	FCFA 53 694 678	FCFA 54 660 325
2.3.1	Rédiger et valider les Procédures Opérationnelles Normalisées pour les risques sanitaires majeurs en prenant en compte les protocoles inter-acteurs, les protocoles internes au COUS et les protocoles obligatoires pour les risques majeurs (y.c. seuils d'activation du COUS)	FCFA 51 118 125	FCFA 49 824 625	FCFA 49 824 625
2.3.2	Assurer la mise à jour des plans opérationnels normalisés	FCFA 216 413	FCFA 2 392 478	FCFA 3 358 125
2.3.3	Elaborer des principes de riposte face aux risques secondaires et risques imprévisibles	FCFA 5 871 495	-	-
2.3.4	Organiser et coordonner les actions de veille sanitaire sur les maladies émergentes	FCFA 1 477 575	FCFA 1 477 575	FCFA 1 477 575
2.3.5	Définir des standards de quarantaine et d'isolement	FCFA 5 209 820	-	-
2.4	Coordination de l'évaluation et de l'allocation des besoins financiers pour la gestion des risques sanitaires	FCFA 5 847 615	FCFA 5 743 140	FCFA 5 664 038
2.4.1	2.4.1. Évaluer les besoins financiers du système de gestion des crises sanitaires en matière d'investissement, de fonctionnement et de crise	FCFA 477 600	FCFA 440 288	FCFA 477 600
2.4.2	2.4.2. Estimer les ressources financières nationales disponibles et évaluer les besoins à combler	FCFA 194 025	FCFA 126 863	FCFA 126 863
2.4.3	2.4.3. Organiser la mobilisation de ressources financières (y.c. mécanismes de déboursement rapide par l'intermédiaire d'établissements financiers)	FCFA 708 938	FCFA 708 938	FCFA 708 938
2.4.4	2.4.4. Structurer les mécanismes d'administration et de contrôle de l'utilisation des fonds	FCFA 3 101 415	FCFA 3 101 415	FCFA 2 985 000
2.4.5	2.4.5. Rédiger un rapport annuel de gestion à destination des bailleurs et du ministère de tutelle	FCFA 1 365 638	FCFA 1 365 638	FCFA 1 365 638
3	Objectif stratégique 3 : Faire progresser les capacités de l'ensemble du système de gestion des crises sanitaires	FCFA 82 622 064	FCFA 72 057 403	FCFA 70 923 103
3.1	Plan de renforcement des capacités dans la détection/surveillance des risques sanitaires	FCFA 4 623 019	FCFA 17 483 145	FCFA 17 483 145
3.1.1	Renforcer le suivi d'indicateurs de la survenance de crises sanitaires au sein du système DHIS2 (y.c. surveillance syndromique, surveillance d'événements)	FCFA 537 300	-	-

BUDGET DU COUS POUR LA PÉRIODE 2016-2018 (3/5)

3.1.2	Renforcer la capacité d'analyse en temps réel selon les standards RSI et OIE (y.c. épidémiologie, clinique, environnemental, sécurité alimentaire et bio-informatique)	FCFA	4 064 078	-	-
3.1.3	Améliorer l'intégration des capacités des laboratoires de santé publique (y.c. laboratoires de référence au niveau national et international)		-	FCFA	1 199 970
3.1.4	Intégrer les réseaux internationaux de référence pour l'identification et la vérification des pathogènes émergents pour lesquels les capacités sénégalaises sont limitées		-	FCFA	11 998 705
3.1.5	Formaliser les échanges d'informations intersectorielles d'intérêt pour les urgences sanitaires	FCFA	21 641	FCFA	4 284 470
3.2	Plan de renforcement des capacités de riposte aux risques sanitaires	FCFA	4 494 415	FCFA	11 729 060
3.2.1	Assurer l'intégration et le renforcement capacitaire des équipes d'intervention d'urgence sur l'ensemble du territoire sénégalais	FCFA	310 440	FCFA	5 028 730
3.2.2	Mettre en place un réseau de prise en charge des patients	FCFA	1 322 355	FCFA	6 067 510
3.2.3	Définir et communiquer les standards de prise en charge par des acteurs complémentaires en cas de saturation du réseau COUS	FCFA	2 861 620	FCFA	632 820
3.3	Formation et maintien de capacités opérationnelles de réponse aux crises	FCFA	68 983 848	FCFA	27 987 360
3.3.1	Elaborer des plans de formation à la riposte pour les structures du dispositif (y.c. professions médicales, vétérinaires, forces de police, forces armées)	FCFA	18 477 150	-	-
3.3.2	Elaborer et mettre en œuvre les plans de simulation pour faire face aux risques majeurs		-	FCFA	4 081 988
3.3.3	Evaluer les faiblesses et proposer des actions correctives nécessaires	FCFA	41 551 698	FCFA	12 714 608
3.3.4	Développer des opportunités d'investigation conjointe, formations et études épidémiologiques au niveau régional	FCFA	8 955 000	FCFA	11 190 765
3.4	Intégrer le dispositif de détection/riposte au sein des réseaux régionaux et internationaux	FCFA	4 520 783	FCFA	14 857 838
3.4.1	Contribuer à l'harmonisation des standards de reporting et qualité des données au travers de collaborations avec l'OMS, l'OIE et la FAO	FCFA	2 246 213	FCFA	5 111 813
3.4.2	Soutenir les efforts des pays voisins dans le renforcement de leurs systèmes de veille	FCFA	1 185 045	FCFA	1 492 500
3.4.3	Participer à la mise en place d'un cadre légal de déploiement de ressources internationales pour faire face aux situations d'attaques biologiques	FCFA	544 763	FCFA	3 410 363
3.4.4	Participer à la mise en place d'un cadre légal de déploiement de ressources internationales (y.c. personnel médical)	FCFA	544 763	FCFA	4 843 163

BUDGET DU COUS POUR LA PÉRIODE 2016-2018 (4/5)

4	Objectif stratégique 4 : Piloter le déploiement des ressources humaines, techniques et financières nécessaires en cas de crise (organisation de la riposte le cas échéant)	FCFA	119 400 000				
4.1	Mobiliser les ressources humaines, techniques et financières additionnelles		-				-
4.2	Coordonner les interventions		-				-
4.3	Assurer une communication proactive et en temps réel auprès du Ministère de la Santé		-				-
4.4	Evaluer les résultats		-				-

5	Objectif stratégique 5 : Développer le leadership, l'organisation et les ressources humaines du COUS	FCFA	171 834 411	FCFA	43 136 136	FCFA	42 876 441
5.1	Organisation alignée à la stratégie et plan d'acquisition des compétences	FCFA	13 692 195	FCFA	-	FCFA	-
5.1.1	Définir une organisation-cible alignée à la stratégie	FCFA	4 564 065	FCFA	-	FCFA	-
5.1.2	Affiner les métiers et emplois	FCFA	4 564 065	FCFA	-	FCFA	-
5.1.3	Définir un plan d'acquisition des compétences à moyen terme	FCFA	4 564 065	FCFA	-	FCFA	-
5.2	Procédures organisationnelles (administratives et financières)	FCFA	37 608 015	FCFA	-	FCFA	-
5.2.1	Définir les procédures de gestion budgétaire et comptable	FCFA	37 608 015	FCFA	-	FCFA	-

BUDGET DU COUS POUR LA PÉRIODE 2016-2018 (5/5)

5.3	Système d'information et <i>knowledge management</i>	FCFA	50 425 605	FCFA	8 602 770	FCFA	8 602 770
5.3.1	Définir le schéma directeur du système d'information du COUS	FCFA	4 677 495		-		-
5.3.2	Mettre en place le SI et former le personnel adéquat aux applications clés	FCFA	15 462 300		-		-
5.3.3	Définir et mettre en place des outils de collecte d'information utilisant des terminaux mobiles	FCFA	15 462 300		-		-
5.3.4	Assurer un accès internet permanent et rapide à tous les employés	FCFA	223 875	FCFA	223 875	FCFA	223 875
5.3.5	Définir et mettre en place un système de veille numérique	FCFA	37 313	FCFA	37 313	FCFA	37 313
5.3.6	Assurer la connectivité directe des bases de données du COUS avec les échelons locaux	FCFA	14 562 323	FCFA	6 204 323	FCFA	6 204 323
5.3.7	Assurer la connectivité des bases de données du COUS avec ses pairs au niveau sous régional	FCFA	-	FCFA	2 137 260	FCFA	2 137 260
5.4	Plan de formation des Ressources Humaines du COUS	FCFA	34 702 118	FCFA	8 341 583	FCFA	8 341 583
5.3.1.	Planifier les formations et définir les plans de continuité des opérations nécessaires le cas échéant	FCFA	4 693 913		-		-
5.3.2	Mener les formations visant à renforcer l'expertise technique du COUS	FCFA	1 253 700	FCFA	1 253 700	FCFA	1 253 700
5.3.3	Mener les formations visant à renforcer les capacités managériales du COUS	FCFA	19 764 680	FCFA	19 764 680	FCFA	19 764 680
5.3.4	Mener les formations visant à renforcer les capacités de leadership du COUS	FCFA	20 099 000	FCFA	20 099 000	FCFA	20 099 000
5.5	Mettre en place les infrastructures, outils et ressources internes au COUS	FCFA	14 807 690	FCFA	14 807 690	FCFA	14 547 995
5.5.1	Piloter la construction et l'aménagement des locaux du COUS	FCFA	259 695	FCFA	259 695		-
5.5.2	Assurer le fonctionnement d'une flotte de véhicules adaptée aux missions du COUS	FCFA	14 271 882	FCFA	14 271 882	FCFA	14 271 882
5.5.3	Assurer la gestion de stocks de consommables de première nécessité	FCFA	276 113	FCFA	276 113	FCFA	276 113
5.6	Cadre de planification, de suivi et de mesure des résultats	FCFA	20 419 390	FCFA	11 204 695	FCFA	11 204 695
5.6.1	Définir et mettre en place un tableau de bord de suivi des activités du COUS incluant des indicateurs de performance	FCFA	9 214 695		-		-
5.6.2	Rédiger un rapport d'activité annuel à destination du MSAS et des partenaires techniques et financiers	FCFA	11 204 695	FCFA	11 204 695	FCFA	11 204 695
	Total des activités	FCFA	574 939 706	FCFA	341 244 305	FCFA	331 408 730
	Investissement pour le lancement du COUS	FCFA	33 830 000	FCFA	24 477 000		-
	Charges de fonctionnement du COUS	FCFA	17 356 372	FCFA	42 623 534	FCFA	54 351 726
	Budg et total	FCFA	626 126 078	FCFA	288 944 838	FCFA	266 360 455

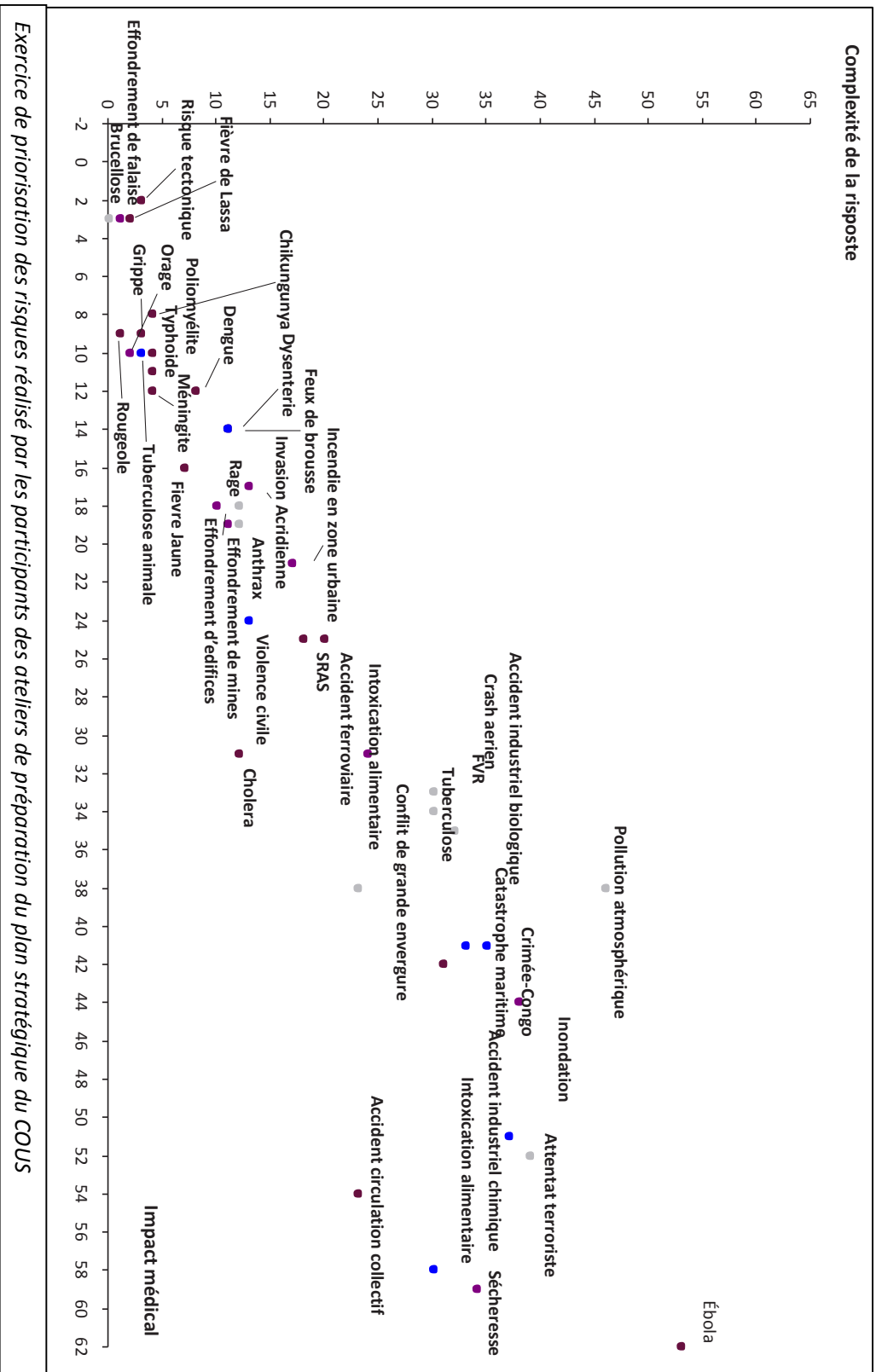
CARTOGRAPHIE DES PROCEDURES OPERATIONNELLES NORMALISEES DESTINEES A LA LUTTE CONTRE LA MVE

Préparation	Surveillance et Prévention	Gestion cas suspects	Gestion cas confirmés
Organisation PPS SOP-R-013	Surveillance frontières air, terre, mer SOP-P-001	Identification cas suspect ICP SOP-R-001a	Désinfection poste santé SOP-R-203
Organisation postes frontières SOP-R-014	Surveillance corridor humanitaire SOP-P-002	Identification Cas Suspect MCD SOP-R-001b	Désinfection domicile SOP-R-201
Organisation centre transit et traitement SOP-R-004	Surveillance lieux publics SOP-P-005	Prélèvement SOP-R-003	Identification des cas suspect (structure privée) SOP-R-008
Organisation EMIS SOP-R-402	Centre Appel SAMU SOP-P-004	Transport Patient SOP-R-002	Sortie patient guéri SOP-R-006
Habillage et déshabillage EPI SOP-R-009	Gestion sensibilisation commun. SOP-R-302	Désinfection Véhicules SOP-R-202	Décès/ funéraires SOP-R-012
Préparation solution chlorée SOP-R-015	Centre Appel numéro vert SOP-P-006	Désinfection Centre de Transit/ Traitement SOP-R-204	
	Remonté et suivi de l'information du système de Santé // SOP-R-300	Déploiement unité de traitement mobiles SOP-R-401	
	Remonté et suivi de l'information externe // SOP-R-301		

CRITERES D'ÉVALUATION DES CARACTERISTIQUES DES RISQUES SANITAIRES

Élément évalué	Indicateur	Définition de l'indicateur	
Impact Médical	DALY - ECVI	Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité	Calcule la somme des années de vie perdues (AVP) en raison de la mortalité prématurée suite à une maladie et des années perdues pour cause d'incapacité (API) pour les personnes vivant avec la maladie ou ses conséquences
	Mortalité	Taux de mortalité	Nombre de décès attribuables à la maladie rapporté à la population totale
		Délai de survenue de la mortalité	Durée écoulée entre le début de la maladie et la mort causée par la maladie
	Morbidity	Taux de morbidité	Nombre de personnes touchées par une maladie rapportée à la population totale
		Vitesse d'expansion/de contamination	Probabilité de diffusion de la maladie au sein de la population
	Fréquence	Historique ouvert de mémoire	Occurrences du risque repertoriées
		Probabilité future	Niveau de certitude de l'occurrence de l'évènement
Complexité de la riposte	Logistique	Type de services sanitaires nécessaires (unité de prise en charge)	Existant pour la prise en charge médicale en termes de nombre de centres de traitements disponibles dans la région / au niveau national, nécessité de faire appel à des ressources extérieures pour augmenter les capacités des structures existantes
		Équipements, médicaments et vaccins spécifiques	Logistique de support des interventions (équipement de protection individuel, matériel roulant, consommables, matériel de communication, matériel informatique, construction/l'installation de structures provisoires en dur ou avec des tentes)
		Matériel de transport (roulant, navigant, volant)	
		Autres équipement / Matériel nécessaire (communication, SI, etc.)	
		Logistique opérationnelle pour les populations affectées	Logistique opérationnelle dirigée vers la population (eau hygiène assainissement, distribution d'abris, de denrées de première nécessité)
	Effet boule de neige et entité	Probabilité de survenance de crises autres	Probabilité de survenance de catastrophes/ conséquences sanitaires d'autres types au niveau national ou international (ex épidémie faisant suite à une inondation)
		Nombre d'institutions impliquées	Nombre d'entités à contacter / impliquer dans la riposte

PRIORISATION PARTICIPATIVE DES RISQUES SANITAIRES



EXEMPLES DE COMPETENCES A MOBILISER LORS DE CRISES SANITAIRES

Exemples de profils et expertises utiles à la gestion des urgences sanitaires		
<ul style="list-style-type: none"> • Agronome • Ambulancier • Chirurgien • Communication de crise • Communication grand public • Comptable • Conducteur d'engin • Contrôleur de gestion • Décontamination chimique • Décontamination radiologique • Épidémiologie • Explosifs • Gestion de données • Gestion des déchets • Gestion des flux physiques • Gestion des inondations • Gestion des stocks • Hygiène industrielle • Impact environnemental 	<ul style="list-style-type: none"> • Juriste • Logistique militaire • Maintenance des équipements médicaux • Maintenance des équipements roulants • Maintenance informatique • Météorologiste • Microbiologie • Modélisation numérique • Nutrition • Orthopédiste • Pharmacie • Police • Pompiers • Psychiatre • Radiothérapie • Réanimateur • Relations publiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Religions et croyances • Risques professionnels • Santé publique • Santé sexuelle • Sciences médico-légales • Sécurité intérieure • Services funéraires • Services médicaux d'urgence • Sociologie / Ethnologie • Soins de patient en masse • Toxicologue • Traitement de l'eau • Transports de matériaux dangereux • Urgentiste • Veille • Vétérinaire • Virologie • ...

Liste compilée à partir des réflexions des acteurs du système sénégalais de gestion des crises sanitaires.

ÉVALUATION DES CAPACITES SANITAIRES DE GESTION DES CRISES

Cadre d'analyse produit par le bureau Europe de l'OMS. Évaluation réalisée par le COUS.

Section 1: Leadership & Governance	
Key component 1.1. Legal framework for national multisectoral emergency management	
Essential attribute 1. Laws, policies, plans and procedures relevant to national multisectoral emergency management	
Indicators-related questions	
(a) Does the legislation follow an all-hazards approach?	Yes
(b) Does the legislation consider all phases of emergency management?	Partly
(c) Is the legislation reviewed and revised regularly?	Yes
(d) Are procedures for declaring and terminating a state of emergency at both the national and subnational levels defined in the legislation?	Partly
(e) Does the legislation recognize, and is it consistent with, legally binding international agreements and conventions to which the country is a party and/or which it has ratified (in particular the International Health Regulations (IHR) (2005) and the Sendai Framework for Action - 2015-2030)?	Yes
(f) Does a formal arrangement exist for the protection and identification of infrastructures and personnel?	No
Essential attribute 2. National structure for multisectoral emergency management and coordination	
(a) Does the national structure for emergency management and coordination consist of a high-level multisectoral committee?	Yes
(b) Is it supported by an operational entity and relevant subcommittees on specific technical issues?	Partly
(c) Are the roles and responsibilities of the various partners clearly defined?	No
(d) Is health on board of this committee and have resources been allocated for health-sector disaster-risk reduction, emergency preparedness and response?	Partly
Key component 1.2. Legal framework for health-sector emergency management	
Essential attribute 3. Laws, policies, plans and procedures relevant to health-sector emergency management	
(a) Does the legislation follow a whole-health, all-hazards approach to emergency management?	Partly
(b) Does it cover all phases of emergency management?	Partly
(c) Is it reviewed and revised regularly?	Yes
(d) Does it define the conditions and procedures for quarantine and isolation relevant to emergencies?	No
Essential attribute 4. Structure for health-sector emergency management and coordination	
(a) Does the structure for health-sector emergency management consist of a high-level multidisciplinary committee?	Yes
(b) Is it linked at all levels to similar structures in other sectors?	No
(c) Is it supported by an operational entity and relevant subcommittees on specific technical issues?	Partly
(d) Does it specify the roles and responsibilities of key health-sector stakeholders?	Partly
(e) Does it promote mechanisms to ensure the allocation of resources for disaster risk reduction, emergency preparedness and response?	Yes
Essential attribute 5. Regulation of external health-related emergency assistance	
(a) Are there any regulations relating to the entry of foreign health workers to provide emergency relief services?	No
(b) Are medical relief items exempt from import tax?	Yes
(c) Are there any regulations relating to donations of health and medical items?	Partly
Key component 1.3. National institutional framework for multisectoral emergency management	
Essential attribute 6. National committee for multisectoral emergency management	
(a) Has a national committee for multisectoral emergency management been established?	Partly
(b) If so, does the committee include high-level representatives of all relevant sectors?	Partly
(c) Are the responsibilities and authority of the committee members and secretariat defined?	No
(d) Are procedures for convening meetings defined?	No
(e) Is the committee supported by an operational entity?	Partly

■ ANNEXES ■

(f) Is the committee linked to similar structures at all levels?	No
Essential attribute 7. National operational entity for multisectoral emergency management	
(a) Does the national operational entity for multisectoral emergency-management possess sufficient resources and support systems to enable it to fulfil its mandate?	No
(b) Are the responsibilities and authority of the entity defined?	No
(c) Does the entity coordinate and supervise national preparedness planning involving all relevant stakeholders?	No
(d) Are similar structures in place at all administrative levels?	No
Key component 1.4. National institutional framework for health-sector emergency management	
Essential attribute 8. National committee for health-sector emergency management	
(a) Has a national committee for health-sector emergency management been established?	Yes
(b) If so, does the committee include high-level representatives of all relevant sectors and disciplines?	Yes
(c) Are the responsibilities and authority of the members of the committee and its secretariat defined?	Yes
(d) Are procedures for convening meetings of the committee defined?	Partly
(e) Is the committee supported by an operational entity?	Yes
(f) Is the committee linked to complementary structures at all levels?	Partly
Essential attribute 9. National operational entity for health-sector emergency management	
(a) Are the available resources (staff, equipment, finances) and systems (emergency operations centres, transport and communications systems) considered sufficient to allow the operational entity for health-sector emergency management to fulfil its mandate?	Partly
(b) Are the responsibilities and authority of the national operational entity for healthsector management defined?	Yes
(c) Does the operational entity coordinate and supervise the planning of the national health-sector emergency-preparedness programme and, if so, are all the relevant stakeholders involved?	Yes
(d) Are there similar entities in place at all administrative levels?	No
Essential attribute 10. Mechanisms of coordination and partnership-building	
(a) Do existing mechanisms of emergency coordination and partnership-building include agreements with entities in the public and private sector and civil society?	Partly
(b) Are health authorities at all levels involved in governmental and nongovernmental coordination mechanisms?	Yes
(c) Do existing coordination mechanisms also include regular planning meetings on disaster-risk reduction and preparedness during emergency operations?	Yes
(d) Do existing mechanisms of coordination and partnership-building promote the documentation and follow-up of decisions made at the planning meetings?	Partly
(e) Does the institutional framework promote joint planning procedures (to identify and deal with duplications and gaps in programme implementation)?	Partly
(f) Do existing mechanisms of coordination and partnership-building promote the joint mobilization of, and access to, resources?	Partly
Key component 1.5. Components of national programme on health-sector emergency management	
Essential attribute 11. National health-sector programme on risk reduction	
(a) Has a national health-sector risk-reduction programme been established?	Partly
(b) If so, does it, in collaboration with the national operational entity for multisectoral emergency management, identify risk-prone populations on the basis of risk analyses?	Partly
(c) Does the programme identify risk-prone health facilities on the basis of risk analyses?	Partly
(d) Does the programme have resources to address vulnerabilities and reduce risks?	Partly
Essential attribute 12. Multisectoral and health-sector programmes on emergency preparedness	
(a) Do emergency-preparedness programmes existing at the national and/or subnational levels promote and conduct research?	Partly
(b) Do they include the development and dissemination of emergency-management guidelines?	Partly
(c) Do they foresee reviews and revisions of emergency-management policies?	Partly
(d) Do they include the development, organization and delivery of emergency-management training programmes?	Partly
(e) Do they include the promotion of a participatory emergency-management planning process?	Partly
(f) Do they mobilize and allocate resources for preparedness?	Partly
(g) Do they include the development and maintenance of information systems and databases?	Partly
(h) Do they include the development of risk-communication, health-promotion and education strategies?	Partly

■ ANNEXES ■

(i) Do they foresee the development and evaluation of exercises and drills?	Partly
(j) Do they include the development and maintenance of standards for emergency-management plans?	Yes
(k) Do they provide for the coordination and monitoring of, and the regular reporting on, programme implementation?	Partly
Essential attribute 13. National health-sector plan for emergency response and recovery	
(a) Is the national emergency-response plan based on an all-hazards approach and risk assessment?	Yes
(b) Does the plan include contingency measures?	Yes
(c) Is it compatible with relevant intersectoral and subnational health plans?	Yes
(d) Does it define activation, coordination and incident-command mechanisms?	Partly
(e) Is it based on available resources?	Partly
(f) Is it disseminated to key stakeholders after each revision?	Yes
(g) Is it regularly tested through exercises, drills and simulations?	Partly
(h) Has it been disseminated to the public?	Yes
Essential attribute 14. Research and evidence base	
(a) Is the research agenda defined?	Yes
(b) Have resources been allocated for research?	Yes
(c) Have research results been applied?	Partly
Section 2. Health workforce	
Key component 2.1. Human resources for health-sector emergency management	
Essential attribute 15. Development of human resources	
(a) Does a human-resources plan for emergency management exist and, if so, is it based on defined competencies?	No
(b) Is there a database of staff trained in emergency management and is it maintained?	No
(c) Do procedures exist for integrating national and international volunteers into service delivery in emergency situations?	Partly
Essential attribute 16. Training and education	
(a) Do needs assessments determine the frequency and content of training, as well as the number of participants?	Partly
(b) Does a needs-based training plan exist?	Partly
(c) Do the curricula cater for the different competencies required?	Yes
(d) Are the curricula and training materials harmonized across stakeholders?	No
(e) Does a formal mechanism exist for reviewing and revising curricula?	No
(f) Does training include exercises and drills?	Partly
(g) Are opportunities provided for emergency-management training?	Yes
(h) Have sufficient resources been allocated for training programmes?	No
Section 3. Medical products, vaccines and technology	
Key component 3.1. Medical supplies and equipment for emergency-response operations	
Essential attribute 17. Medical equipment and supplies for prehospital and hospital (including temporary health facilities) activities and other public health interventions	
(a) Are essential medical supplies and equipment for emergency operations determined on the basis of risk assessments and analyses?	Partly
(b) Are they readily available in sufficient quantities?	Partly
(c) Are medical supplies periodically tested, and are expired or inappropriate items disposed of in accordance with established guidelines?	Partly
(d) Are maintenance of the inventory and the rotation and safe stockpiling of medical supplies and equipment executed in accordance with established guidelines?	Partly
(e) Is there a system in place, including cold chain, for the distribution of medical supplies and equipment in the event of a health-sector emergency?	Partly
(f) Do procedures exist for the exceptional procurement of medical supplies that are not on the list of basic equipment?	Partly
Essential attribute 18. Pharmaceutical services	
(a) Are essential pharmaceutical supplies for emergency operations determined on the basis of risk analyses?	Partly

ANNEXES

(b) Are they readily available in sufficient quantities?	Partly
(c) Are pharmaceutical supplies periodically tested, and are expired or inappropriate items disposed of in accordance with established guidelines?	Partly
(d) Are maintenance of the inventory and the rotation and safe stockpiling of pharmaceutical supplies executed in accordance with established guidelines?	Partly
(e) Is there a system in place, including cold chain, for the distribution of pharmaceutical supplies in the event of a health-sector emergency?	Yes
(f) Do procedures exist for the exceptional procurement of pharmaceutical supplies that are not on the list of essential drugs?	Partly
Essential attribute 19. Laboratory services	
(a) Are essential laboratory supplies and equipment for emergency operations determined on the basis of risk analyses?	Partly
(b) Are they readily available in sufficient quantities?	Partly
(c) Are laboratory supplies and equipment periodically tested, and are expired or inappropriate items disposed of in accordance with established guidelines?	Partly
(d) Do procedures exist for the exceptional procurement of laboratory supplies and equipment?	Yes
(e) Are the safe transport and export of biological and environmental specimens for testing and/or confirmation by national and international reference laboratories assured?	Yes
Essential attribute 20. Blood services	
(a) Are essential supplies and equipment for blood services determined on the basis of risk analyses?	Partly
(b) Are blood supplies readily available in sufficient quantities?	No
(c) Are arrangements (including public campaigns) in place for the rapid and exceptional collection, storage and distribution of blood and are these in accordance with established guidelines?	Partly
(d) Do procedures exist for the exceptional procurement of supplies and equipment for blood services?	No
(e) Is the safety of blood and blood products (and their safe disposal) ensured in accordance with established guidelines?	Yes
Section 4. Health information	
Key component 4.1. Information-management systems for risk-reduction and emergency-preparedness programmes	
Essential attribute 21. Information system for risk-assessment and emergency-preparedness planning	
(a) Are the responsibilities and authority related to the information system defined?	Yes
(b) Do protocols and procedures exist for the collection, management, analysis and dissemination of the necessary data for conducting risk assessments and performing emergency-preparedness planning?	Partly
(c) Does a national profile of health risks exist and, if so, is it based on disaggregated risk, hazard and vulnerability data?	No
(d) Are reports on the activities of the emergency-preparedness programme published and disseminated regularly?	Partly
Essential attribute 22. National health information system	
(a) Does the national health information system provide disaggregated data for health-related emergency management at the national and subnational levels?	Partly
(b) Are the triggers for switching from routine to emergency reporting defined?	Partly
Essential attribute 23. National and international information-sharing	
(a) Have information mechanisms for use in emergency situations been established at the community level and is trained staff available?	Partly
(b) Does the information-management system facilitate reporting according to IHR and other mandatory reporting requirements?	Yes
Essential attribute 24. Surveillance systems	
(a) Do emergency managers have access to relevant data (including data on trauma and injuries, communicable diseases, vector-borne diseases, water quality, nutrition, noncommunicable diseases and food safety)?	Partly
(b) Are epidemic-related intelligence activities being carried out (baseline estimates, definition of trends and thresholds for alert and action defined at the primary response level, regular analysis of epidemic-prone diseases, etc.)?	Partly
(c) Is early-warning capacity in place to enable recognition of and reporting on any event of potential public health concern within 24 hours?	Partly
(d) Is the surveillance system able to provide sufficiently trained staff?	No
(e) Is there a network infrastructure, including surge capacity, to enable adequate response to an event?	No
(f) Does the surveillance system have standardized protocols defining roles, responsibilities and procedures related to the standardization, collection, management, analysis and dissemination of data?	Partly

■ ANNEXES ■

(g) Does the surveillance system provide for data-sharing with agricultural, veterinary and environmental disease surveillance systems?	No
Key component 4.2. Information-management systems for emergency response and recovery	
Essential attribute 25. Rapid health-needs assessment	
(a) Do mechanisms exist for carrying out rapid health-needs assessments?	Yes
(b) Are the necessary resources and trained staff available for doing so?	Partly
(c) Do data resulting from rapid health-needs assessments determine resources' allocation and priority action?	Yes
(d) Do these data reflect the needs in terms of the population and health services' delivery?	Partly
Essential attribute 26. Multisectoral initial rapid assessment (IRA)	
(a) Is the health sector fully involved in the planning, preparation and implementation of IRAs?	Partly
(b) Do health professionals receive appropriate training in carrying out IRAs?	Partly
(c) Do mechanisms exist for allocating resources and initiating priority action based on IRA data?	Partly
Essential attribute 27. Emergency reporting system	
(a) Does an emergency reporting system exist?	Yes
(b) Are resources and trained staff available?	Partly
(c) Does the emergency reporting system provide information on critical human resources, health infrastructure, etc.?	No
(d) Are data from all relevant stakeholders collected through the emergency reporting system?	Partly
Key component 4.3. Risk communication	
Essential attribute 28. Strategies for risk communication with the public and the media	
(a) Are the communication strategies based on risk assessment?	Yes
(b) Are there coordination mechanisms in place for involving stakeholders in the formulation of information for the public and the media to ensure consistency?	Partly
(c) Do procedures exist for the dissemination of information?	Partly
(d) Is information regarding ongoing emergency-preparedness activities systematically communicated to the public and the media?	No
(e) Do the communication strategies also target minority and vulnerable populations?	Partly
(f) Is the function of spokesperson defined?	No
Essential attribute 29. Strategies for risk communication with staff involved in emergency operations	
(a) Do coordination mechanisms exist to ensure consistency of the information supplied by stakeholders to responders?	No
(b) Do procedures exist for the communication of risk information by stakeholders to responders?	Partly
(c) Has information on specific risks and self-protection measures for responders involved in emergency operations been prepared and, if so, is it regularly updated and disseminated?	Partly
Section 5. Health financing	
Key component 5.1. National and subnational strategies for financing health-sector emergency management	
Essential attribute 30. Multisectoral mechanisms of financing emergency preparedness and management	
(a) Are funds available for the multisectoral preparedness for, and management of, emergencies at the national and subnational levels?	Partly
(b) Do multisectoral financing mechanisms include contingency funding for response and recovery at the national and subnational levels?	Partly
(c) Are multisectoral financing procedures available for the request, acceptance and utilization of international financial assistance?	Partly
Essential attribute 31. Health-sector financing mechanisms	
(a) Do the health-sector financing mechanisms include a budget for a risk-reduction programme?	Partly
(b) Are funds designated for a health-sector emergency-preparedness programme?	Yes
(c) Do mechanisms exist for accessing contingency funds for health-sector emergency-response and recovery operations?	Yes
(d) Do health-sector financing mechanisms include effective and rapid recovery for loss and damage (e.g. damage to health facilities)?	No
Section 6. Service delivery	
Key component 6.1. Response capacity and capability	

■ ANNEXES ■

Essential attribute 32. Subnational health-sector emergency-response plans	
(a) Are subnational emergency-response plans based on national policy?	Partly
(b) Are these plans compatible with the relevant subnational multisectoral emergency plan?	Partly
(c) Do the plans define mechanisms for activation, coordination, command and control?	Partly
(d) Are the plans based on available resources?	Partly
(e) Are the plans tested, validated, exercised and maintained?	No
(f) Are the plans revised on the basis of lessons learnt?	No
(g) Are the plans disseminated to key stakeholders after each revision?	No
Essential attribute 33. Surge capacity for subnational health-sector response	
(a) Do mechanisms exist for the rapid mobilization of additional resources (personnel, equipment and materials) to and between subnational levels?	Partly
(b) Are there procedures in place for the pre-positioning of essential supplies and their release to high-risk areas?	Partly
(c) Do mechanisms of hospital networking exist?	Partly
(d) Do procedures and the required capacity (ventilators, incubators, etc.) exist for providing life support and critical care during patient dispatch to hospitals outside the affected area?	Partly
Essential attribute 34. Management of prehospital medical operations	
(a) Is there a system in place for managing medical activities at the scene?	Partly
(b) Is a standardized triage system in place?	No
(c) Is there a system in place for medical evacuation and dispatch to appropriate health-care facilities?	Partly
(d) Do search and rescue operations include a medical component?	Partly
(e) Are there specific arrangements in place for the prehospital handling of patients with diseases with epidemic potential and victims of chemical, biological, radiological and nuclear (CBRN) incidents?	No
Essential attribute 35. Management of situations involving mass fatality and missing persons	
(a) Are there mechanisms in place for identifying victims and tracking missing persons?	No
(b) Are there mechanisms in place for the storage and release of corpses?	No
(c) Are there mechanisms in place for informing the public about the dead?	No
(d) Are there mechanisms in place for assisting international disaster victim identification (DVI) teams, if needed?	No
(e) Has surge capacity been provided for with respect to forensics and mortuaries?	No
Key component 6.2. EMS system and mass-casualty management	
Essential attribute 36. Capacity for mass-casualty management	
(a) Are EMS plans (for dispatch, on-site management, transportation and evacuation) adaptable to mass-casualty incidents and other similar crises?	No
(b) Do the plans include the simultaneous management of day-to-day emergencies?	No
(c) Are there mechanisms in place for accessing local, regional and national EMS resources?	No
(d) Is the role of the EMS system in identifying and reporting unusual public health events clearly defined?	No
(e) Are EMS providers included in coordination meetings, joint exercises, drills and training exercises?	No
Key component 6.3. Management of hospitals in mass-casualty incidents	
Essential attribute 37. Hospital emergency-preparedness programme	
(a) Does a formal hospital emergency-preparedness programme exist?	No
(b) If so, is staff assigned to the programme?	No
(c) Are funds allocated to the programme?	No
(d) Are resources available for the programme?	No
(e) Does the programme fully incorporate the concept of safer hospitals?	No
Essential attribute 38. Hospital plans for emergency response and recovery	
(a) Do hospitals have planning committees for emergency response and recovery?	No
(b) Do hospitals have plans for emergency response and recovery?	No
(c) If so, were these plans developed through a continuous planning process involving a planning committee?	No
(d) Are they in accordance with national policy?	No

■ ANNEXES ■

(e) Is a plan for emergency response and recovery a requirement for hospital accreditation?	No
(f) Are hospital plans for emergency response and recovery validated and accredited in accordance with national criteria?	No
(g) Are the plans reviewed, exercised, revised and updated regularly?	No
(h) Are the plans linked to subnational multisectoral emergency-response plans?	No
(i) Are the plans complemented by contingency procedures for internal incidents and local threats?	No
(j) Do the plans include mechanisms for switching to emergency mode?	No
Key component 6.4. Continuity of essential health programmes and services	
Essential attribute 39. Continuous delivery of essential health and hospital services	
(a) Does capacity exist for the immediate assessment of structural, nonstructural and functional safety after any incident?	Partly
(b) Do procedures exist for ensuring back-up of critical resources (e.g. water, electricity, heating, etc.)?	Partly
(c) Do plans exist for ensuring the continuous delivery of essential hospital services (e.g. maternal care, dialysis, etc.)?	Partly
Essential attribute 40. Prevention and control of communicable diseases and immunization	
(a) Is an active health-surveillance system with early-warning capacity in place?	Yes
(b) Is there sufficient capacity for setting up special immunization programmes to meet specific needs?	Partly
Essential attribute 41. Mother-and-child health care and reproductive health	
(a) Are there mechanisms in place to ensure the continued delivery of core components of reproductive-health programmes in an emergency situation?	No
(b) Are there mechanisms in place to ensure the continued delivery of care for newborn and emergency obstetrical patients?	No
Essential attribute 42. Mental health and psychosocial support	
(a) Are there mechanisms in place to ensure the continuous treatment of patients in an emergency situation?	No
(b) Does capacity exist for identification of the psychosocial needs of high-risk groups (including bereaved families) and for providing them with the appropriate support?	No
Essential attribute 43. Environmental health	
(a) Are there mechanisms in place to ensure the availability of adequate amounts of safe water for service providers and the affected population?	Partly
(b) Are there mechanisms in place to enable health authorities to identify and control environmental factors that are hazardous to health?	Partly
(c) Do procedures and facilities exist for the safe disposal of medical waste in emergencies?	Partly
(d) Do procedures exist for the safe disposal of non-medical waste in emergencies?	Partly
Essential attribute 44. Chronic and noncommunicable diseases	
(a) Are there mechanisms in place to ensure access to essential medicines and essential medical services?	Partly
(b) Are there mechanisms in place to ensure access to rehabilitation services?	Partly
Essential attribute 45. Nutrition and food safety	
(a) Are there mechanisms in place to ensure coverage of food and nutrition needs?	Partly
(b) Are there mechanisms in place to ensure capacity for food quality and safety control?	Partly
Essential attribute 46. Primary health care	
(a) Are there mechanisms in place to ensure patient access to clinical investigation and treatment?	Partly
(b) Are there mechanisms in place to ensure continuity of the referral systems?	Partly
Essential attribute 47. Health services for displaced populations	
(a) Are there mechanisms in place to assure displaced populations have access to essential health programmes, including PHC?	No
(b) Are there mechanisms in place to establish mobile teams that operate outside the existing health facilities (with displaced populations)?	No
(c) Are there mechanisms in place to ensure efficient monitoring of the health status of people living in temporary settlements and at ad hoc sites?	No
(d) Are there mechanisms in place to address cultural barriers in terms of language, insurance and access to care?	No
(e) Are there mechanisms in place to ensure adequate sanitary and personal-hygiene facilities for displaced populations?	No
Key component 6.5. Logistics and operational support functions in emergencies	

■ ANNEXES ■

Essential attribute 48. Emergency telecommunications	
(a) Do guidelines and procedures exist for establishing standardized telecommunications systems across all sectors?	No
(b) Do protocols exist for the use of temporary means of telecommunication?	Partly
(c) Has staff been trained in the use of emergency telecommunications equipment?	No
(d) Are adequate human resources available for emergency telecommunications?	Partly
Essential attribute 49. Temporary health facilities	
(a) Do guidelines and procedures exist for the establishment of temporary health facilities?	No
(b) Are the roles of field hospitals and mobile hospitals clearly defined?	No
(c) Are adequate resources available for establishing temporary basic health facilities?	No
Essential attribute 50. Logistics	
(a) Do guidelines and procedures exist for the management and use of logistics systems in emergency situations?	Partly
(b) Is there a logistics system in place that includes tracking, monitoring and reporting components?	Partly
(c) Has staff been trained in the use of logistics systems in emergencies?	Partly
(d) Are adequate resources available to ensure logistics support in emergencies?	Partly
(e) Are agreements in place with partners and/or private companies for the provision of logistics services to ensure continuity of essential functions?	No
Essential attribute 51. Service-delivery support function	
(a) Is the security of health-care facilities guaranteed during an emergency?	No
(b) Is continuity of lifelines in health-care facilities planned for in case of an emergency?	Partly
(c) Have transportation and fuel requirements for emergencies been taken into consideration in planning?	Yes

INDICATEURS DE PERFORMANCE

1.1	Définition/renforcement du dispositif national de gestion des crises sanitaires :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> Définition des modalités de collaboration avec l'ensemble des contributeurs du système de gestion des urgences sanitaires sénégalais ; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à un minimum de trois réunions du comité <i>One Health</i> chaque année ; Mise en œuvre d'au moins deux projets par an issu des travaux du comité <i>One Health</i> ; Pour chaque type de risque, mise en place d'un comité de rédaction des PON composé d'experts issus de chaque institution nécessaire ; Pour chaque type de risque, mise en place d'un comité de validation des PON constitué de membres ayant autorité pour engager les ressources de leur institution ; Contributions régulières aux travaux de mise en œuvre du COGIC, telles que demandées par sa direction ; Installation d'un relais COUS dans chaque région, formé aux éléments clés du métier du COUS.
1.2	Contribution aux initiatives internationales et régionales de gestion des crises sanitaires :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> [à définir par le COUS, par exemple 6] projets internationaux réalisés au cours d'une période de trois ans ; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à un minimum de trois réunions internationales par an focalisées sur les urgences sanitaires ; Intégration de l'ensemble des réseaux d'intérêt sur une période de trois ans ; Réunions de travail avec un minimum de trois COU par an ; Validation d'une publication scientifique par an ;
1.3	Information, Éducation et Communication sur les risques sanitaires :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> COUS reconnu comme la source privilégiée d'informations sur les risques sanitaires par les institutions ; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse approfondie de cinq cas d'études par an et mise en avant de recommandations d'amélioration du système sanitaire sénégalais ; Procédures de communication de crise rédigées, approuvées et mises en œuvre par le MSAS dès la première année ; Publication trimestrielle de contenu éditorial par lettre e-mail et/ou sur le site internet du COUS ; Deux contributions annuelles aux programmes de communication grand public de la DLM et de la DP.

■ ANNEXES ■

2.1	<p>Cartographie des risques sanitaires susceptibles d'affecter le Sénégal :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un outil cartographique d'ergonomie simple, permettant une priorisation géographique en temps réel des risques sanitaires au Sénégal; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un minimum de 40 risques sanitaires identifiés et caractérisés dès la mi-2016 ; • Une solution informatique de cartographie des risques déployée au sein du COUS dès 2016 et chez ses partenaires d'ici 2018 ; • Une mise à jour permanente de risques sur la période 2016-2018 ;
2.2	<p>Évaluation des capacités disponibles et plan d'extension (Cartographie des ressources) :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une cartographie des ressources faisant référence dans le système sanitaire sénégalais <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une identification de l'ensemble des ressources sanitaires existantes au cours de l'année 2016 ; • Une solution informatique mise en place au sein du COUS d'ici la fin 2016 ; • Une répartition stocks cibles de consommables de riposte définie d'ici la fin 2016 ; • Des recommandations de renforcement des ressources établies pour chaque partenaire d'ici la mi-2017 ; • Un protocole d'accord avec la PNA établi et mis en œuvre d'ici la mi-2017 ; • Une liste des experts sanitaires établie d'ici la fin 2016 ;
2.3	<p>Préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires au Sénégal :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des procédures validées par les institutions chargées de les mettre en œuvre <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 PON approuvées d'ici la fin 2018 ; • Une mise à jour annuelle de cinq PON ; • Des principes de ripostes approuvés pour les risques secondaires et rares des cinq catégories de risques ; • Des stratégies de vigilances définies pour chaque type de maladies émergentes d'ici la fin 2017 ; • Des standards de quarantaine établis d'ici la mi-2017 ;
2.4	<p>Coordination de l'évaluation et de l'allocation des besoins financiers pour la gestion des risques sanitaires :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une vision claire des priorités <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plan d'investissement pour le renforcement et le fonctionnement du système de gestion des crises sanitaires national établi pour la fin 2017 ; • Une évaluation des ressources financières à lever auprès de la sphère privée et des bailleurs d'ici la fin 2016 ; • Un mécanisme d'administration et de contrôle des fonds mis en place dès la mi-2016 ; • Un rapport annuel publié chaque année.

■ ANNEXES ■

3.1	Plan de renforcement des capacités dans la détection/surveillance des risques sanitaires :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des points d'amélioration clairement identifiés, justifiés sur l'ensemble du dispositif de détection/surveillance visant à répondre aux standards du GHSA d'ici 2018; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des indicateurs de suivi syndromique et d'évènement à risque définis et intégrés dans le système DHIS2 ; • Un protocole d'accord avec la DP et la DLM ; • Un réseau de laboratoires conforme aux standards GHSA et capable de couvrir les besoins de 80% des districts sanitaires en 24h.
3.2	Plan de renforcement des capacités de riposte aux risques sanitaires :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des points d'amélioration clairement identifiés, justifiés sur l'ensemble du dispositif de détection/surveillance visant à répondre aux standards du GHSA d'ici 2018 ; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des équipes d'interventions d'urgence conformes aux standards GHSA couvrant 100% des districts sanitaires sénégalais en moins de 5h ; • Un réseau de prise en charge des patients et victimes, validé par l'ensemble des acteurs y contribuant ; • Des stratégies de déploiement de capacité d'appoint claires et validées par l'ensemble des acteurs susceptibles d'y contribuer.
3.3	Formation et maintien de capacités opérationnelles de réponse aux crises :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des équipes régulièrement formées dont la maîtrise des PON est croissante ; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des plans de formation régulièrement mis à jour en fonction de la rédaction des PON incluant stratégie pédagogique, stratégie de formation et modules adaptés; • Deux exercices de simulation annuels concourant à l'identification des domaines d'amélioration et à la montée en compétence des acteurs ; • Trois projets de collaboration avec les pairs de la sous-région permettant d'accroître la montée en compétence et d'optimiser les coûts ; • Un document vivant d'évaluation des faiblesses observées dans les infrastructures du système de gestion des crises sanitaires ;
3.4	Ancrer le dispositif de détection/riposte au sein des réseaux régionaux et internationaux :
	<p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fluidité des échanges d'information avec les pairs et les institutions internationales conforme aux obligations réglementaires et aux ambitions de coopération sous-régionale du COUS ; <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'ici mi-2017, des protocoles de communication avec l'OMS mis en place pour l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire satisfaisant les critères de qualité et délais en vigueur; • Des contributions régulières aux efforts des pays voisins valorisées, notamment au travers de la réutilisation des PON et bonnes pratiques sénégalaises ; • Des protocoles d'accord signés avec les partenaires internationaux pour permettre au système sénégalais d'accéder à des capacités complémentaires le cas échéant.

■ ANNEXES ■

5.1	<p>Organisation alignée à la stratégie et plan d'acquisition des compétences :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plan défini dès mi-2016 permettant de mettre en œuvre une organisation adéquate <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un organigramme détaillé indiquant fonctions, principales missions, liens hiérarchiques défini d'ici mi-2016 pour une cible fonctionnelle courant 2017 ; • Des fiches de poste détaillant les missions détaillées, les indicateurs de performance, les compétences techniques et humaines à déployer pour chaque poste actuel et pour les postes cibles ; • Des plans individualisés de développement de compétences définis pour chaque membre du COUS et revus deux fois par an ; un plan de recrutement annuel.
5.2	<p>Procédures opérationnelles (administratives et financières) :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des fonctions support du COUS dotées de procédures formalisées d'ici la mi-2016
5.3	<p>Système d'information et <i>knowledge management</i> :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des outils informatiques fonctionnels permettant aux équipes du COUS d'assurer la capitalisation, l'analyse et la diffusion de l'ensemble des informations d'intérêt du COUS. <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une architecture modulaire et résiliente permettant l'utilisation de différents terminaux d'ici la fin 2016 • L'ensemble des personnels du COUS formés à l'utilisation des logiciels du COUS d'ici la fin 2016 • Des outils de collecte d'information mobiles mis en place d'ici la fin 2016 • Des outils de veille numérique active opérationnels d'ici la mi-2016 • Une interconnexion entre le COUS et l'ensemble des régions, puis l'ensemble des districts sanitaires d'ici la fin 2017 • Une interconnexion entre le COUS et ses pairs sous-régionaux d'ici la fin 2018
5.4	<p>Plan de formation des Ressources Humaines du COUS :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des plans de formation individuels définis et mis à jour deux fois par an pour chaque membre du COUS <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plans de formation traitant les dimensions expertise technique, managériale et leadership nécessaire à la fonction
5.5	<p>Mettre en place les infrastructures, outils et ressources internes au COUS :</p> <p>Chantier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des infrastructures fonctionnelles d'ici la mi-2017 <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des locaux fonctionnels d'ici la mi-2017 • Une flotte de véhicules disponible à plus de 90% en permanence • Des entrepôts dimensionnés pour accueillir les stocks de consommables de première nécessité du COUS d'ici la mi-2017
5.6	<p>Cadre de planification, de suivi et de mesure des résultats :</p>

ÉVALUATION DES CAPACITES SANITAIRES DE GESTION DES CRISES

Cadre d'analyse produit par le bureau Europe de l'OMS. Évaluation réalisée par le COUS.

Section 1: Leadership & Governance	
Key component 1.1. Legal framework for national multisectoral emergency management	
Essential attribute 1. Laws, policies, plans and procedures relevant to national multisectoral emergency management	
Indicators-related questions	
(a) Does the legislation follow an all-hazards approach?	Yes
(b) Does the legislation consider all phases of emergency management?	Partly
(c) Is the legislation reviewed and revised regularly?	Yes
(d) Are procedures for declaring and terminating a state of emergency at both the national and subnational levels defined in the legislation?	Partly
(e) Does the legislation recognize, and is it consistent with, legally binding international agreements and conventions to which the country is a party and/or which it has ratified (in particular the International Health Regulations (IHR) (2005) and the Sendai Framework for Action - 2015-2030)?	Yes
(f) Does a formal arrangement exist for the protection and identification of infrastructures and personnel?	No
Essential attribute 2. National structure for multisectoral emergency management and coordination	
(a) Does the national structure for emergency management and coordination consist of a high-level multisectoral committee?	Yes
(b) Is it supported by an operational entity and relevant subcommittees on specific technical issues?	Partly
(c) Are the roles and responsibilities of the various partners clearly defined?	No
(d) Is health on board of this committee and have resources been allocated for health-sector disaster-risk reduction, emergency preparedness and response?	Partly
Key component 1.2. Legal framework for health-sector emergency management	
Essential attribute 3. Laws, policies, plans and procedures relevant to health-sector emergency management	
(a) Does the legislation follow a whole-health, all-hazards approach to emergency management?	Partly
(b) Does it cover all phases of emergency management?	Partly
(c) Is it reviewed and revised regularly?	Yes
(d) Does it define the conditions and procedures for quarantine and isolation relevant to emergencies?	No
Essential attribute 4. Structure for health-sector emergency management and coordination	
(a) Does the structure for health-sector emergency management consist of a high-level multidisciplinary committee?	Yes
(b) Is it linked at all levels to similar structures in other sectors?	No
(c) Is it supported by an operational entity and relevant subcommittees on specific technical issues?	Partly
(d) Does it specify the roles and responsibilities of key health-sector stakeholders?	Partly
(e) Does it promote mechanisms to ensure the allocation of resources for disaster risk reduction, emergency preparedness and response?	Yes
Essential attribute 5. Regulation of external health-related emergency assistance	
(a) Are there any regulations relating to the entry of foreign health workers to provide emergency relief services?	No
(b) Are medical relief items exempt from import tax?	Yes
(c) Are there any regulations relating to donations of health and medical items?	Partly
Key component 1.3. National institutional framework for multisectoral emergency management	
Essential attribute 6. National committee for multisectoral emergency management	
(a) Has a national committee for multisectoral emergency management been established?	Partly
(b) If so, does the committee include high-level representatives of all relevant sectors?	Partly
(c) Are the responsibilities and authority of the committee members and secretariat defined?	No
(d) Are procedures for convening meetings defined?	No
(e) Is the committee supported by an operational entity?	Partly





Grafiti Dkr - 00221 77 541 42 91 / Email : mbackiyou56@yahoo.fr

