

ÉVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Rapport de mission :
28 novembre–2 décembre 2016



Organisation
mondiale de la Santé

ÉVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Rapport de mission :
28 novembre–2 décembre 2016

WHO/WHE/CPI/REP/2017.31

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République du Sénégal. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

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

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

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

Design and layout by Jean-Claude Fattier

REMERCIEMENTS

Le secrétariat de l'évaluation externe conjointe OMS tient à remercier de leur appui et de leur engagement en faveur des principes du Règlement sanitaire international (2005) les entités et organisations ci-après qui ont permis à la mission d'évaluation d'atteindre ses objectifs :

- Le Gouvernement et les experts du Sénégal pour leur appui et les efforts qu'ils ont consentis pour préparer la mission d'évaluation ;
- Les Gouvernements marocain et des États-Unis d'Amérique qui ont fourni des experts techniques pour le processus d'examen par les pairs ;
- L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), pour leurs compétences techniques et la contribution apportée par leurs experts ;
- Les Gouvernements allemand, finlandais, et des États-Unis d'Amérique pour le soutien financier apporté à la mission ;
- Les bureaux de l'OMS en Guinée, Sénégal, et Sierra Leone, le Bureau régional OMS de l'Afrique et le Département du Siège de l'OMS Préparation des pays aux urgences sanitaires et RSI ;
- Le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (PASSM) pour sa collaboration et son soutien.

Table des matières

Liste des abréviations et signes -----vi	
Résumé analytique - Conclusions de l'évaluation externe conjointe ----- 1	
Scores du Sénégal -----4	
PRÉVENIR ----- 7	
Législation, Politique et financement nationaux -----7	
Coordination, communication et promotion du RSI ----- 11	
Résistance aux antimicrobiens----- 13	
Zoonoses ----- 17	
Sécurité sanitaire des aliments ----- 21	
Sécurité et sûreté biologiques ----- 23	
Vaccination ----- 25	
DÉTECTER ----- 28	
Système national de laboratoires----- 28	
Surveillance en temps réel----- 33	
Notification ----- 36	
Développement du personnel----- 38	
RIPOSTER ----- 41	
Préparation ----- 41	
Interventions d'urgence----- 45	
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité----- 49	
Moyens médicaux et déploiement de personnel----- 51	
Communication sur les risques ----- 53	
AUTRES ----- 57	
Points d'entrée ----- 57	
Événements d'origine chimique ----- 61	
Situations d'urgence radiologique ----- 64	
Annexe 1 Contexte de l'évaluation externe conjointe ----- 67	
Annexe 2 : Principaux participants et institutions du Sénégal ----- 69	
Annexe 3 : Liste des participants à l'atelier de mise à niveau ----- 73	
Annexe 4 : Liste des participants à l'atelier d'analyse de la situation ----- 75	
Annexe 5 : Documents justificatifs fournis par le pays hôte ----- 77	

Liste des abréviations et sigles

AIEA	Agence Internationale de l'Énergie Atomique
ARSN	Autorité Sénégalaise de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
BMR	Bactéries Multirésistantes
BREIPS	Bureau Régional de l'Éducation et de l'Information pour la Santé
CDC	Center for Disease Control
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNB	Comité national de Biosécurité
COGIC	Centre opérationnel de Gestion Interministérielle de Crise
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaires
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GAVI	Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GHSA	Programme d'Action pour la Sécurité Sanitaire Mondiale
GOARN	Réseau Mondial d'Alerte et d'Action en cas d'Épidémie
IAS	Infections Associées aux Soins
ISRA	Institut Sénégalais de Recherche Agricole
JEE	Évaluation Externe Conjointe
LANAC	Laboratoire National d'Analyses et de Contrôle
LNERV	Laboratoire National de l'Élevage et de Recherche Vétérinaire
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NRBC	Risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques
OIE	Organisation Mondiale de la Santé Animale
OIM	Organisme International des Migrants
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORSEC	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PFNRSI	Point Focal National du Règlement Sanitaire International
PON	Procédures Opérationnelles Normalisées
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
RAM	Résistance aux Anti microbienne
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence



RSI	Règlement Sanitaire International
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
SNSE	Service National de Surveillance de l'Élevage
SSA	Sécurité Sanitaire des Aliments
PASSM	Programme d'Action pour la Sécurité Sanitaire Mondiale
USPPI	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

Résumé analytique - Conclusions de l'évaluation externe conjointe

Introduction

Lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé le 23 mai 2005, les 194 Etats membres de l'OMS ont adopté le Règlement Sanitaire International (RSI) (2005), dont l'objectif vise à « Prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, la maîtriser et 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 internationaux ».

Par conséquent, trois défis se posent aux pays de la Région africaine: (i) s'approprier le RSI grâce à une sensibilisation adéquate des politiques et des ONG et à l'adaptation des textes législatifs et réglementaires, (ii) mettre en place les ressources humaines adéquates et l'approche multisectorielle, (iii) ont trois défis à relever renforcer les capacités dans la mise en place des dispositifs conformément à l'Annexe 1 du RSI (2005).

Déroulement de la mission d'Evaluation Externe Conjointe au Sénégal

Le Sénégal est le premier pays francophone et le septième de la région africaine de l'OMS, ayant effectué une évaluation externe conjointe. Celle-ci a été réalisée du 28 novembre au 2 décembre 2016 à Dakar, Sénégal, avec la participation de 106 experts nationaux représentant 9 ministères et une équipe externe constituée de 15 experts internationaux de l'OMS, de la FAO, de l'OIE, des US CDC et d'autres pays. L'équipe d'évaluation externe multidisciplinaire, possédait une vaste expérience dans le domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Les membres de cette équipe ont participé activement aux discussions concernant les 19 domaines techniques.

L'évaluation externe conjointe (l'EEC) a permis d'identifier les forces, les pratiques optimales, les domaines à renforcer et les défis. Elle a également permis d'attribuer des notes et d'identifier trois à cinq actions clés prioritaires pour chaque domaine technique, qui accroîtront plus efficacement la capacité du Sénégal à prévenir, détecter et répondre rapidement aux urgences de santé, qu'elles soient naturelles, d'origine délibérée ou accidentelle. Il ne s'agissait pas d'une « analyse approfondie » mais d'un « passage au crible » des informations disponibles couplé à l'avis d'experts internes et externes.

L'évaluation externe a été réalisée en deux étapes : (1) une auto-évaluation initiale menée par le Sénégal en utilisant l'outil d'EEC (2016) et (2) une évaluation dans le pays, effectuée par une équipe externe constituée d'experts en la matière, en étroite collaboration avec les autorités nationales.

Le processus d'auto-évaluation du RSI (2005) a démarré au mois de juillet 2016 et a été « un temps fort pour une concertation et une réflexion approfondie entre les experts nationaux de diverses compétences sur les voies et les moyens pour relever les défis du pays dans l'application des dispositions du RSI ». A cet égard, le Sénégal, en utilisant l'outil EEC, s'est engagé à faire un diagnostic précis de ses capacités dans les 19 domaines prioritaires.

L'EEC a pris en compte les résultats de l'auto-évaluation et des autres évaluations mentionnées ci-dessus dans les discussions au cours de la réunion, sauf l'analyse des écarts réalisée en novembre 2016 avec l'appui de l'OIE. Les visites sur le terrain ont approfondi et éclairci les débats sur l'état des domaines techniques. L'équipe externe a reconnu la qualité du travail de l'équipe nationale, marquée par une transparence et une crédibilité affirmées tout au long de l'exercice d'auto-évaluation et de l'EEC. Durant l'EEC,

on a noté que les scores proposés par les pays étaient réalistes, facilitant le consensus sur quelques indicateurs où il y a eu des avis partagés entre les évaluateurs externes et les experts nationaux. Cela a mis en évidence le professionnalisme déjà observé durant le processus d'EEC. Ainsi, la plupart du temps de l'évaluation externe était consacré à ajuster les actions prioritaires dans chaque domaine technique.

Constat général

Les principales conclusions ont été les suivantes :

1. Le Sénégal dispose d'une base solide pour prévenir, détecter et répondre aux menaces en santé publique. Beaucoup d'efforts ont été réalisés. Ils démontrent que le pays peut et veut avancer pour renforcer et pérenniser ses capacités en vue d'une action plus rapide, plus efficace et plus efficiente pour la sécurité sanitaire.
2. Le Sénégal a réussi à vaincre le virus Ébola avant qu'il ne s'implante. Néanmoins, l'épidémie a démontré clairement que le niveau de capacité doit être plus élevé et résilient pour faire effectivement face, non seulement aux épidémies sévères, mais aussi aux autres maladies zoonotiques graves telles que la grippe aviaire hautement pathogène, ainsi que d'autres événements de santé publique majeurs qui pourraient être d'origine chimique ou radiologique.
3. Le Sénégal dispose d'une plateforme multisectorielle de coordination et de suivi des interventions dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche « Une Seule Santé ». A travers les conseils interministériels, la primature s'est engagée à assurer la mission de coordination de l'ensemble des activités gouvernementales, y compris celles des différents secteurs couverts par le RSI (2005). En outre, le pays dispose de ressources humaines qualifiées pour l'application adéquate du RSI (2005).
4. Le Sénégal a démontré qu'il dispose d'une expérience et d'une direction d'envergure régionale et même mondiale, en déléguant six représentants des différents ministères clés à l'occasion de la récente réunion ministérielle du Programme d'Action pour la Sécurité Sanitaire Mondiale (GHSA), organisée en Octobre à Rotterdam, aux Pays-Bas. Au Sénégal, l'évaluation internationale intervient dans un contexte où la mise en œuvre du GHSA et de l'approche « Une Seule Santé » ont démarré depuis 2015. La mise en œuvre de ces initiatives bénéficie de l'appui technique et financier des partenaires au développement notamment, l'OMS, l'USAID, le CDC, la Banque Mondiale, la FAO et l'OIE.
5. Le Sénégal ne dispose pas à ce jour d'un mémorandum d'accord ou de toute autre entente entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité au niveau national. En général, certaines actions multisectorielles sont effectuées de façon informelle, indiquant l'absence d'institutionnalisation dans la mise en place des mécanismes nationaux solides pour la préparation et la riposte aux événements majeurs de santé publique dans le cadre du RSI.
6. Le pays devrait continuer à saisir les opportunités des engagements effectués et des efforts entrepris par les autorités compétentes dans l'organisation récente de la Réunion ministérielle « Une Seule Santé » et également d'autres cadres connexes tels que le GHSA pour accélérer le processus de mise en œuvre du RSI (2005).
7. L'environnement favorable, créé par la mise en œuvre du GHSA et le lancement du projet Régional d'Amélioration des Systèmes de Surveillance des Maladies en Afrique de l'Ouest (REDISSE), a non seulement facilité le déroulement de cette évaluation mais contribuera certainement de façon significative à une meilleure application du RSI (2005) au Sénégal.
8. Il faut noter que le haut niveau de financement de l'extérieur menace sérieusement la pérennité des progrès réalisés par le Sénégal.
9. La Surveillance des maladies, notamment celles à potentiel épidémique, et la riposte sont séparées et il n'y existe pas de coordination effective entre les deux fonctions.

10. La discussion avec les experts nationaux au cours de la mission d’EEC mis en évidence plusieurs exemples de bonnes pratiques. Elles montrent de la volonté et du professionnalisme de la part des personnels. A ce propos, la coordination et les mécanismes formels pour le travail conjoint des différents secteurs sont quasiment inexistantes et cette situation n’est pas favorable à la gestion adéquate des maladies émergentes et ré- émergentes.

Les prochaines étapes

A l’issue des cinq jours d’EEC avec les experts nationaux, les membres de l’EEC ont formulé à l’endroit du Gouvernement du Sénégal, les recommandations générales suivantes :

1. Accélérer le renforcement et la mise en œuvre du cadre législatif pour une collaboration effective entre les secteurs clés dans le cadre de la prévention, de la préparation, de la détection et de la riposte aux événements de santé publique.
2. Promouvoir l’augmentation de façon significative de la contribution financière dans la mise en œuvre des activités liées au renforcement des capacités du RSI (2005).
3. La Primature est encouragée à poursuivre son rôle de coordination générale et de facilitation pour permettre une approche multisectorielle dans l’amélioration de la sécurité sanitaire tout en renforçant la direction du Ministère de la Santé dans la coordination opérationnelle.
4. Le point focal national RSI (2005), qui doit être un bureau et non un individu, devrait être logé dans une structure ayant les compétences ainsi qu’une autorité administrative et légale dans le cadre de la surveillance et l’intervention.
5. Elaborer un plan d’action avec le même dynamisme observé pendant l’auto-évaluation et la EEC. Il est aussi primordial que l’élaboration du plan national d’action prenne en compte les résultats de l’évaluation externe et soit finalisé avant la fin du premier trimestre 2017.

Conclusion :

L’équipe externe conjointe félicite le Gouvernement du Sénégal pour avoir préparé minutieusement cet exercice d’auto-évaluation sans complaisance. L’outil d’EEC a permis de réunir les membres de l’équipe d’évaluation externe et les experts nationaux pour identifier les actions prioritaires. Les leçons apprises au cours de cette mission confirment que les efforts effectués par le pays peuvent contribuer à l’amélioration de la sécurité sanitaire mondiale dans la lutte contre la propagation des maladies et d’autres risques pour la santé.

Scores du Sénégal

Capacités	Indicateurs	
Législation, Politique et financement nationaux	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI.	2
	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et harmonisé la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).	2
Coordination, communication et promotion du RSI	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI.	1
Résistance aux antimicrobiens	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	3
	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	1
	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	3
	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.	1
Zoonoses	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	2
	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale.	3
	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.	1
Sécurité sanitaire des aliments	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.	2
Sécurité et sûreté biologiques	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	2
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.	2
Vaccination	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	3
	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.	4
Système national de laboratoires	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	3
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	3
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	3
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	3
Surveillance en temps réel	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	3
	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	3
	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	3
	D.2.3 Systèmes de surveillance syndromique.	4
Notification	D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE.	3
	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.	2

Développement du personnel	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI.	3
	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type programme de formation à l'épidémiologie de terrain).	4
	D.4.3 Stratégie pour le développement du personnel.	2
Préparation	R.1.1 Un plan national multi-dangers de préparation et d'action en cas d'urgence en santé publique existe et est appliqué.	2
	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.	2
Interventions d'urgence	R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence.	3
	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence.	2
	R.2.3 Programme d'interventions d'urgence.	3
	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.	2
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés d'appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé.	2
Moyens médicaux et déploiement de personnel	R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.	2
	R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.	2
Communication sur les risques	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	1
	R.5.2 Communication et coordination interne et avec les partenaires.	2
	R.5.3 Communication publique.	3
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	4
	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.	2
Points d'entrée	PoE.1 Capacités de routine à mettre en place aux points d'entrée.	1
	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée.	1
Événements d'origine chimique	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.	3
	CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique.	2
Situations d'urgence radiologique	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	2
	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique	2

Note sur le système de notation des domaines techniques de l'outil d'évaluation externe conjointe

Le processus d'EEC est un examen par les pairs. Il s'agit donc, à ce titre, d'un exercice impliquant une collaboration entre les experts du pays hôte et les membres de l'équipe d'évaluation externe. L'autoévaluation est le prélude à une évaluation externe et constitue la première étape du processus d'EEC. Ainsi en procédant à cette autoévaluation, les pays hôtes sont invités à fournir des renseignements sur leurs capacités en s'appuyant sur les indicateurs et les questions techniques figurant dans l'outil d'EEC.

Le pays hôte peut attribuer un score à son autoévaluation ou proposer un score lors de la visite sur place de l'équipe externe. L'ensemble de l'EEC, y compris les discussions autour des scores, des points forts/bonnes pratiques, des volets à renforcer/défis et des mesures prioritaires se fait dans un esprit de collaboration, et dans le but de trouver un consensus entre les membres de l'équipe d'évaluation externe et les experts du pays hôte.

En cas de désaccord important et irrémédiable intervenant entre les membres de l'équipe externe et les experts du pays hôte, entre les experts externes ou entre ceux du pays hôte, le chef d'équipe de l'EEC décide du score final, et le point de désaccord est consigné dans le rapport final, ainsi que les arguments justifiant la position de chaque partie.

PRÉVENIR

Législation, politique et financements nationaux

Introduction

Le RSI (2005) s'accompagne de droits et d'obligations pour les États Parties. Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Même si une législation nouvelle ou révisée n'est pas spécifiquement requise en vertu du système juridique d'un État Partie, celui-ci peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace, efficace et bénéfique. L'application des lois peut servir à institutionnaliser et à renforcer le rôle du RSI (2005) ainsi que les opérations au sein de l'État Partie. Elle est également propre à faciliter la coordination entre les différentes entités intervenant pour leur application. (Voir les conseils détaillés sur l'application du RSI (2005) dans la législation nationale à http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html). En outre, les politiques définissant les structures et les responsabilités nationales ainsi que la distribution de ressources financières suffisantes revêtent également la plus haute importance.

Cible

Les États Parties doivent disposer d'un cadre juridique adéquat pour les soutenir, leur permettre de s'acquitter de leurs obligations et faire valoir leurs droits, afin de respecter et d'appliquer le RSI (2005). Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Même lorsqu'une législation nouvelle ou révisée n'est pas spécifiquement requise en vertu du système juridique d'un État Partie, celui-ci peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace, efficace et bénéfique.

Les États Parties doivent garantir la mise à disposition de financements suffisants pour mettre en œuvre le RSI (2005), qu'ils proviennent du budget national ou d'un autre mécanisme.

Niveau des capacités du Sénégal

Le Sénégal a réalisé l'examen de la législation lors de l'atelier d'évaluation des capacités minimales requises (novembre 2011), lors des suivis annuels de la mise en œuvre du RSI (dont le dernier est celui de 2015) et lors de l'atelier de cartographie et du suivi de la mise en œuvre du RSI (du 23 mai 2016). À l'issue de ces ateliers, des recommandations ont été formulées, notamment l'élaboration d'un projet d'arrêté primordial en vue de renforcer le fonctionnement du Point Focal National RSI (PFNRSI) dans une approche multisectorielle et multidisciplinaire. Ce projet d'arrêté est en cours de finalisation.

Le Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018) intègre des dispositions du RSI (2005) notamment avec les axes stratégiques sur le «Renforcement de la prise en charge de la maladie» et le «Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte». De plus, il existe une législation éparse se rapportant à quelques domaines du RSI (2005), notamment :

- Le Code de l'Hygiène qui traite de la lutte contre les épidémies par des dispositions relatives à la désinfection, au contrôle sanitaire aux frontières, à l'hygiène publique et individuelle et à l'hygiène de l'eau et des denrées alimentaires.

- L'arrêté ministériel N° 11 047 du 4/12/95 relatif aux modalités d'exercice du Mandat Sanitaire au Sénégal dont l'une des dispositions porte sur l'exécution des opérations de prophylaxie collective contre les maladies animales.
- Le Code de l'Assainissement défini par la loi n°2009-24 du 08/7/2009.
- Le Code de l'Eau défini par la loi n° 81-13 du 04/03/81.
- Le Code de l'Environnement défini par la loi n°2001-01 du 15/01/2001.

Sur le plan institutionnel, le PFNRSI a été nommé en 2011, et l'Institution qui l'abrite est la Direction de la Prévention. L'actuel PFNRSI a été désigné par le Ministre de la Santé de l'Action sociale par la note de service n° 02167 MSAS/DGS/DP du 27 février 2014.

Le Sénégal n'a pas considéré la publication de l'adoption du RSI (2005) au Journal Officiel nécessaire. La Primature, à travers les conseils interministériels, assure une mission de coordination de l'ensemble des activités gouvernementales, y compris celles des différents secteurs couverts par le RSI (2005).

Décider comment organiser le PFNRSI est un défi pour le Sénégal. Au cours de la mission, le concept cité dans le RSI (2005) a été discuté. A cet effet, il a été clarifié que le PFNRSI n'est pas une personne mais une structure et qu'il s'agit actuellement de la Direction de la Prévention.

Il y a une volonté d'améliorer les capacités. Il faut cependant garder à l'esprit que le PFNRSI n'a pas un rôle technique de surveillance et de réponse mais qu'il est en charge de notifier l'OMS les cas d'urgence de santé publique de portée internationale. Il est donc nécessaire que toutes les informations relatives à des événements susceptibles de menacer la santé publique convergent vers lui. Si sa structure doit être revue, ces éléments devront être pris en considération.

La coordination transfrontalière n'est pas organisée. Pourtant, les maladies ne connaissent pas de frontières. Il est donc ainsi il est nécessaire d'adapter les moyens de lutte. Le cadre juridique de la collaboration avec les pays voisins, à travers les structures de coopération ou les projets régionaux (Union européenne UE), CDC Ouest-Africain, Projet de l'Union européenne UE, Projet de la Banque Mondiale) n'a pas été présenté et discuté.

Le Sénégal collabore avec les pays voisins de façon ponctuelle, non institutionnalisée, ni systématisée. Un accord existe entre le Sénégal et la Mauritanie pour les maladies transfrontalières. Le Sénégal a conduit (novembre 2016) l'évaluation de l'OIE qui a identifié des écarts sur le thème de la santé animale.

Les recommandations émises à l'issue des différents ateliers (depuis 2011) n'ont pas été mises en œuvre. Des contraintes financières existent. Toutefois, les recommandations qui ne nécessitent pas de ressources financières peuvent être initiées. Pour une approche multisectorielle, la coordination entre le PFNRSI et le « délégué de l'OIE », le point focal pour la santé animale, est importante, notamment pour permettre l'échange d'informations.

Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser la signature du projet d'arrêté ministériel portant création et fixation des règles d'organisation et de fonctionnement du PFNRSI.
- Mettre en place un cadre juridique pour la collaboration transfrontalière relative à l'échange rapide d'informations sur les événements de santé publique et à une réponse multisectorielle.
- Créer une plateforme de collaboration et d'échange d'informations entre le PFNRSI et le point focal santé animale (le délégué de l'OIE) dans le contexte de l'initiative « Une Seule Santé ».

Indicateurs et scores

P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques et les autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI (2005) - Score 2

Point forts/meilleures pratiques

- La Primature, à travers les conseils interministériels, assure une mission de coordination de l'ensemble des activités gouvernementales, y compris celle des différents secteurs couverts par le RSI (2005).
- Le projet d'arrêté ministériel de mise en place du PFNRSI a identifié les adaptations nécessaires pour l'application du RSI (2005).
- La législation s'intéresse à d'autres domaines spécifiques en dehors de la fonction du PFNRSI. Les domaines inclus sont l'assainissement, l'hygiène, et l'environnement.
- Le Sénégal a adopté la Stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) et le guide pour son application a été révisé en 2013 (voir document de référence numéro 33).
- Un examen de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et d'autres instruments du gouvernement pertinents a été réalisé pendant l'atelier national du 23 au 29 novembre 2011. Des recommandations ont été formulées, notamment pour le cadre législatif ; ces recommandations n'ont pas été appliquées en raison d'un manque de suivi et de ressources.
- Il existe des textes juridiques sur la réglementation sanitaire dont le décret n°2016-933 du 5 juillet 2016 relatif à la santé des gens de mer. En outre, le projet d'arrêté sur les maladies à déclaration obligatoire et le projet d'arrêté pour le PFNRSI permettront de faciliter la mise en œuvre du RSI (2005).
- La législation actuelle comporte certains textes spécifiques adaptés aux prescriptions du RSI (2005). Il s'agit notamment:
 - De la loi n°2016-05 du 06 janvier 2016 autorisant le Président de la République à ratifier la Convention de Minamata sur le mercure adopté à Kumamoto (Japon) le 10 octobre 2013.
 - De la loi n°2009-14 du 02 mars 2009 relative à la sécurité en matière nucléaire et à la radioprotection.
 - Du décret n°2010-893 du 30 juin 2010 portant l'organisation et le fonctionnement de l'Autorité de Radioprotection et de Sureté Nucléaire (ARSN).
 - Du décret n°2009-1408 du 23 décembre 2009 portant les missions, l'organisation et le fonctionnement du Comité National de Biosécurité (CNB).
 - De l'arrêté primatorial n°23019 du 21 décembre 2016 portant la création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un Comité National des Mesures Sanitaires et Phytosanitaires au Sénégal.
 - De l'arrêté n°02443 du 24 février 2016 portant création, organisation et fonctionnement du GHSA.
- Elaboration annuelle d'un recueil des textes relatifs à la santé.

Volets à renforcer/défis

- L'absence de coordination entre les cadres juridiques et réglementaires des différents secteurs concernés.
- La mise en place, par arrêté du Premier Ministre ou du Ministre de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), d'un Centre National RSI (PFNRSI) conformément aux orientations du RSI (2005).
- L'adaptation des textes nationaux aux dispositions du RSI (2005).
- L'application des textes relatifs au fonctionnement du PFNRSI.

P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005)

– Score 2

Point forts/meilleures pratiques

- La disponibilité d'expertise pour travailler sur la révision des dits textes de base notamment le Code de l'Hygiène, le Code de l'Environnement et le Code de l'Assainissement.
- L'existence de textes de base.
- L'existence, au niveau du Ministère des Affaires étrangères, d'un organe chargé du suivi et de l'application des conventions ratifiées.
- L'existence, au niveau de la Primature, d'un comité interne d'examen et de validation des textes législatifs et réglementaires à la Primature qui a pour missions entre autres de vérifier la conformité des textes aux dispositions internationales.
- L'existence d'un service juridique au niveau du MSAS chargé de l'élaboration des textes législatifs et réglementaires.
- La coordination au niveau de la Primature.

Volets à renforcer/défis

- L'accélération du processus d'adoption du Code Pastoral et du Code de l'Aquaculture.
- La coordination transfrontalière n'est pas organisée. Pourtant, les maladies ne connaissent pas de frontières. Il est donc nécessaire d'adapter les moyens de lutte.
- La mobilisation de ressources financières pour l'adaptation, la vulgarisation et l'application des textes adaptés.

Coordination, communication et promotion du RSI (2005)

Introduction

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application réelle du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans le pays entier, y compris le fonctionnement pérenne d'un PFNRSI, est une exigence clé de l'application du RSI (2005).

Cible

Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des Points Focaux nationaux qu'ils doivent également mettre à jour continuellement et confirmer tous les ans.

Niveau des capacités du Sénégal

Le Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE) a été mis en place par la Note de service du MSAS N°05304/MSAS/DGS du 9 mai 2016. Le MSAS joue le rôle d'une instance de coordination multidisciplinaire et multisectorielle. Conformément aux directives du RSI (2005), un PFNRSI a été nommé, mais il est limité pour l'instant à la personne du Directeur de la Prévention sans aucune représentation des autres services et secteurs concernés par l'application du RSI(2005). Il en découle ainsi un certain nombre d'insuffisances, notamment :

- L'absence de coordination entre le PFNRSI et les autres secteurs concernés.
- L'absence d'un mécanisme fonctionnel pour la collaboration intersectorielle incluant les laboratoires et les unités de surveillance de la santé animale et humaine.
- L'absence d'échange d'informations systématiques et en temps utile entre les unités de surveillance de la santé animale, humaine, des laboratoires et autres secteurs concernés en matière de risque zoonotique ou d'urgence liées à une zoonose.

Le Projet d'arrêté de mise en place du PFNRSI, destiné à faciliter l'amorce du processus, est dans le circuit administratif et n'a pas encore été approuvé.

Dans l'état actuel, la Primature assure la coordination, et le MSAS la mise en œuvre des activités de ripostes, compte tenu de l'absence d'unité et l'expertise technique au niveau de la Primature.

Considérant ces contraintes, il apparaît difficile d'évaluer l'efficacité et la fonctionnalité du PFNRSI, encore moins ses performances.

Il devient alors impératif de :

- Accélérer la signature du projet d'arrêté pour le fonctionnement du PFNRSI.
- Mettre en place une unité de coordination opérationnelle intersectorielle.
- Elaborer les Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) de collaboration intersectorielle.

- Tester régulièrement et/ou évaluer le fonctionnement de l'unité de coordination opérationnelle intersectorielle.

Mesures prioritaires recommandées

Trois mesures prioritaires ont été proposées et libellées comme suit :

- Accélérer la signature du projet définissant la composition multidisciplinaire et multisectorielle, et les missions du PFNRSI.
- Elaborer des procédures opérationnelles normalisées pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés par la mise en œuvre du RSI.
- Mobiliser les ressources nécessaires pour le fonctionnement du PFNRSI.

Indicateurs et scores

P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI – Score 1

Le score de 1 a été retenu pour cet indicateur par les autorités du pays ainsi que par le groupe des experts car, étant donné que le PFNRSI est conçu comme une structure et non comme une personne, et que sa mission principalement à notifier, il est indispensable de mettre en place une équipe multisectorielle au lieu d'une seule personne. Cette équipe devra s'appuyer sur des outils, notamment ceux cités en l'annexe II du RSI (2005).

Point forts/meilleures pratiques

- L'ancrage, le rôle et la fonction du PFNRSI ne constitue pas des problèmes pour le Sénégal.

Volets à renforcer/défis

- Un PFNRSI a été nommé, mais se limite à une seule personne. Le grand défi reste à faire fonctionner le cadre multisectoriel de coordination.

Résistance aux antimicrobiens

Introduction

Les bactéries et d'autres microbes évoluent en réaction à leur environnement, et conçoivent inévitablement des mécanismes pour se défendre et éviter d'être éliminés par les agents antimicrobiens. Pendant de nombreuses décennies, le problème était gérable car la résistance aux antimicrobiens a lentement augmenté et l'industrie pharmaceutique n'a cessé de créer de nouveaux antibiotiques.

Toutefois, ce problème s'est mué en crise au cours de la dernière décennie. La résistance aux antimicrobiens (RAM) croît désormais à un rythme alarmant au point de surpasser la mise au point de nouveaux moyens de lutte capables de contrer les infections chez les humains. Cette situation menace les soins aux patients, la croissance économique, la santé publique, l'agriculture, la sécurité économique et la sécurité nationale.

Cible

Appuyer le travail coordonné par l'OMS, la FAO et l'OIE pour préparer un ensemble intégré d'activités à l'échelle mondiale pour combattre la résistance aux antimicrobiens, couvrant les domaines de l'humain, de l'animal, de l'agriculture, de l'alimentation et de l'environnement (approche « Un monde, une santé »), notamment : a) mise en œuvre, dans chaque pays, d'un plan national global pour combattre la résistance aux antimicrobiens; b) renforcement de la surveillance et des capacités des laboratoires aux niveaux national et international en suivant les normes internationales convenues, élaborées dans le cadre du plan d'action mondial et en tenant compte des normes existantes; et c) amélioration de la conservation des traitements existants et de la collaboration pour soutenir le développement durable de nouveaux antibiotiques, de traitements alternatifs, de mesures préventives, de tests diagnostiques rapides sur le lieu des soins, y compris de systèmes pour conserver les nouveaux antibiotiques.

Niveau de capacités du Sénégal

Des laboratoires assurent la détection et la notification de certains agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens au niveau du MSAS et des autres ministères. Des progrès notables ont été réalisés dans le domaine de la santé humaine et de la santé animale, et la lutte contre la RAM suit une approche multidisciplinaire. Une inspection et des campagnes d'information et de sensibilisation ont été réalisées (formation des pharmaciens pour la sensibilisation). Il existe un comité national interministériel chargé de la lutte contre la vente illicite des médicaments, et des structures sont dédiées à la gestion des médicaments.

Toutefois l'absence ou l'insuffisance des données suite à un manque des capacités des laboratoires à réaliser des études systématiques intégrées de surveillances des agents pathogènes constitue un problème pour l'évaluation des risques et l'élaboration des politiques de lutte. Par ailleurs, l'utilisation irrationnelle des antimicrobiens et notamment des antibiotiques (mauvaise prescription, automédication, marché illicite et contrefaçon) est encore constatée; elle est la cause des niveaux élevés de résistance observée chez les humains et les animaux.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer un plan national de lutte contre la RAM en tenant compte du plan mondial de lutte contre la résistance à RAM qui couvre la santé animale et la santé humaine.
- Mettre en place un mécanisme de coordination des différentes interventions multisectorielles sur la RAM.

- Renforcer la surveillance multisectorielle intégrée sur la RAM.
- Renforcer la coordination des différentes interventions multisectorielles sur la RAM et des liens entre les laboratoires de santé publique et les laboratoires de santé animale.
- Renforcer la capacité des acteurs pour la mise en œuvre du plan national de lutte contre la RAM.

Indicateurs et scores

P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens - Score 3

Point forts/meilleures pratiques

Pour la santé humaine :

- Surveillance mise en place par la Direction des Laboratoires/MSAS depuis 2 ans.
- Utilisation des méthodes référencées Société française de microbiologie et Clinical & Laboratory Standards Institute pour l'antibiogramme.
- Surveillance de la résistance aux antituberculeux, réalisée par le Programme National de lutte contre la Tuberculose.

Pour la Sécurité Sanitaire des Aliments :

- Le Laboratoire national d'analyses et de Contrôle (LANAC) dispose de personnel formé sur les résistances aux antimicrobiens.

Pour la santé animale :

- Le Laboratoire national de l'élevage et de la recherche vétérinaire (LNERV) dispose d'un équipement et d'un personnel qualifié pour la mise en place de la surveillance de l'antibiorésistance dans le secteur animal.
- Mise en place d'une cellule de diagnostic et d'analyse pour la gestion des prélèvements (codification, conservation, analyse, transmission des résultats).

Volets à renforcer/défis

Pour la santé humaine :

- Amélioration de la coordination entre les secteurs humain, animal et alimentaire.
- Elaboration du plan national de lutte contre la RAM.
- Etablissement des liens entre la surveillance et l'utilisation des antimicrobiens.
- Elaboration des études élargies sur toutes les molécules d'antibiotiques utilisées en santé humaine et en santé animale.
- Renforcement des capacités des techniciens et approvisionnement des disques antibiotiques.

Pour la santé animale :

- Renforcement du suivi de la vente des antibiotiques.
- Identification de taux d'exposition des animaux.

Pour la Sécurité Sanitaire des Aliments :

- Dotation du laboratoire de souches de référence, de matériels et de réactifs.

P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens - Score 1

Point forts/meilleures pratiques

Lors de l'évaluation externe, les meilleures pratiques du Sénégal n'ont pas été présentées.

Volets à renforcer/défis

Aucun plan de surveillance n'a été approuvé par les principaux secteurs.

- Renforcement de la supervision.
- Intégration des activités des différents secteurs.
- Mise en place d'un plan de surveillance national multisectoriel pour la lutte contre la RAM.
- Renforcement des capacités techniques des acteurs intervenant dans la lutte contre la RAM.

P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé - Score 3

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'un programme national de lutte contre les Infections Associées aux Soins (IAS).
- Existence d'un plan national de Gestion des Déchets Biomédicaux.
- Existence des Comités Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).
- Existence d'un comité de pilotage pour la stratégie Prévention Contrôle des Infections.
- Elaboration en cours d'un plan de formation sur la prévention et le contrôle de l'infection dans les structures de santé.
- Supervisions formatives régulières de l'équipe de coordination sur les activités d'hygiène hospitalière au niveau des structures sanitaires sur toute l'étendue du territoire.
- Production d'aide-mémoires et de guides sur la prévention des IAS.
- Partenariat avec le FBR (Financement Basé sur les Résultats).
- Des rapports annuels sont disponibles, des programmes de formations ont lieu régulièrement pour renforcer les capacités du personnel de santé.
- Mise en place des unités de banalisation des déchets biomédicaux au niveau de 2 formations sanitaires.
- Installation de quatre unités de fabrication de solution hydro-alcoolique.
- Fabrication des solutions hydro-alcooliques dans certaines structures sanitaires.
- Formations périodiques des acteurs de la santé sur l'hygiène hospitalière.

Volets à renforcer/défis

- Redynamisation des CLIN et CHSCT.
- Élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention et le contrôle de l'infection.
- Systématisation des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales.
- Systématisation de la prévention et de la gestion des bactéries multirésistantes (BMR) par une surveillance continue.
- Renforcement des capacités des acteurs de la santé dans la lutte contre les IAS.
- Extension des unités de banalisation des déchets biomédicaux.

- Meilleur suivi des recommandations issues des supervisions.
- Elaboration d'un plan national de lutte contre les Infections Associées aux Soins.
- Fonctionnalité des CLIN/CHSCT.

P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens - Score 1

Point forts/meilleures pratiques

Lors de l'EEC, les meilleures pratiques du Sénégal n'ont pas été présentées.

Volets à renforcer/défis

- Aucun plan national pour la gestion des antimicrobiens n'a été approuvé.
- Renforcement de la promotion de l'usage rationnel des antimicrobiens.
- Application de la réglementation sur la délivrance des antimicrobiens.
- Meilleur suivi de la qualité et de la pharmacovigilance des antimicrobiens.
- Renforcement de la lutte contre le marché illicite de médicaments.
- Réalisation des enquêtes sur l'usage des antibiotiques.
- Elaboration et mise en œuvre du plan de gestion des antimicrobiens.
- Evaluation des quantités d'antibiotiques importées et utilisées en médecine vétérinaire.
- Renforcement de la réglementation.
- Bon usage des antibiotiques (contrôle de la mauvaise prescription, automédication, marché illicite et contrefaçon).

Zoonoses

Introduction

Les zoonoses sont des maladies et des microbes transmissibles qui se propagent aux populations animales et humaines. Ces maladies sont causées par des bactéries, des virus, des parasites et des champignons véhiculés par des animaux et des insectes ou par le biais de vecteurs inanimés nécessaires à la transmission du microbe. Environ 75% des maladies infectieuses apparues récemment et affectant les humains sont d'origine animale ; environ 60% de l'ensemble des agents pathogènes humains sont d'origine zoonotique.

Cible

Adoption de comportements, de politiques et/ou de pratiques mesurables qui minimisent la transmission de zoonoses de l'animal à l'homme.

Niveau des capacités du Sénégal

Une étude récente sur les maladies infectieuses a montré que la majorité des maladies émergentes humaines des six dernières décennies étaient zoonotiques et que la principale source d'agents responsables était la faune sauvage. Celle-ci a aussi été décrite comme une source importante d'agents pathogènes pour les animaux domestiques (Manuel OIE 2010). La forte demande en moutons de tabaski du Sénégal, appréciés par les pays de la sous-région, nécessite un contrôle plus accru au niveau des frontières. La fièvre de la vallée du Rift, la rage, la tuberculose, le charbon bactérien et la grippe aviaire sont surveillées. Avec le nouveau Programme d'Action pour la Sécurité Sanitaire Mondiale (PASSM), la maladie à Virus Ebola a été également intégrée dans le système de surveillance.

Le pays dispose d'un personnel technique de santé animale au niveau central, régional, départemental et communal, respectivement avec une direction des services vétérinaires, 14 inspecteurs régionaux des services vétérinaires, 45 inspecteurs départementaux des services vétérinaires et 157 chefs de postes vétérinaires.

En outre, il existe au niveau des aires protégées, un personnel de santé animale en charge de la surveillance de la faune sauvage (7 docteurs vétérinaires, des ingénieurs des travaux d'élevage et des agents techniques d'élevage). En 2016, l'Etat a procédé au recrutement de 160 Agents Techniques d'Élevage, 40 Ingénieurs des Travaux d'Élevage et 40 Docteurs Vétérinaires. L'Etat a aussi autorisé l'installation de 110 vétérinaires en clientèle privée. Au niveau du LNERV, 8 Docteurs, 4 Techniciens supérieurs et un assistant de recherche sont impliqués dans le diagnostic des zoonoses virales, bactériennes et parasitaires.

Vu qu'il n'existe pas de mécanismes établis, le pays a mis à point un plan d'intervention d'urgence multisectorielle et des procédures opérationnelles standard pour la lutte contre la Grippe Aviaire. Les agents du niveau central et régional ont été formés avec de bonnes méthodes de gestion de crise sanitaire. Des exercices de simulation pour la gestion d'un foyer impliquant différents services (Ecole inter-états des sciences et médecine vétérinaires, Ministère de l'élevage et de la production animale, Ministère de l'Environnement et du Développement Durable, MSAS, LNERV) ont été effectués en 2007 et 2010. En outre, une stratégie de riposte aux zoonoses est prévue dans le cadre du PASSM (REDISSE, EPT-2).

Mesures prioritaires recommandées

- Développer un plan national de surveillance intégrée incluant le laboratoire prenant en compte l'approche « Une seule santé » suivi de la mise en place d'un plan de riposte conjoint entre les secteurs de la santé animale, de la santé humaine et de la faune sauvage.

- Réviser les curricula de formation des écoles de formation en santé animale, santé humaine et santé environnementale en prenant en compte l'approche "Une Seule Santé".
- Améliorer la couverture géographique en ressources humaines pour atteindre les normes fixées par l'OIE et l'OMS.

Indicateurs et scores

P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses*/agents pathogènes prioritaires - Score 2

Le pays a identifié les zoonoses et les agents pathogènes les plus menaçants pour la santé publique nationale mais n'a pas mis en place de systèmes de surveillance des zoonoses.

D'une manière générale, il existe un dispositif de surveillance notamment pour la grippe aviaire et certaines zoonoses ont été identifiées. Les systèmes de surveillance, même si robustes, sont juste au niveau de la surveillance humaine ou de la surveillance animale, sans interconnexion entre les deux entités. Les plans existants n'intègrent pas non plus l'interface homme-animal et, de ce fait, n'inscrivent pas le système dans l'approche « Une seule santé ». Par ailleurs, les réponses dans le questionnaire sont en majorité négatives.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'un programme de lutte contre les chiens errants.
- Existence d'un programme de renforcement de la protection zoo-sanitaire qui prend en charge la surveillance des maladies animales.
- Existence d'arrêtés portant création du Comité national de Lutte contre la Grippe aviaire (CONAGA) et des Programmes d'Appui au Plan national de prévention et de lutte contre la Grippe aviaire (PAPLUGA et SPINAP-AHI).
- Mise en place du PASSM (REDISSE, EPT-2, PREDICT).
- Existence d'organisations professionnelles d'éleveurs bien structurées.
- Existence de l'Arrêté n°005917 du 25 octobre 2005 portant création du Système national de Surveillance épidémiologique des maladies animales (SNSE).
- Existence d'un réseau de laboratoires (LNERV, Ecole inter-états des sciences et médecine vétérinaires et Institut Pasteur de Dakar) capables de poser le diagnostic à temps réel ; existence d'un programme de lutte contre la rage et d'un comité national de prévention et de lutte contre la rage (arrêté).
- Arrêté n°009250 du 02 octobre 2007 portant création du Comité scientifique et de Surveillance zoo sanitaire.
- Projet d'élaboration de Code de Santé animale et de Santé publique vétérinaire en cours avec l'appui de l'OIE.
- Arrêté n°007717 du 24 novembre 2005 portant interdiction d'importer des produits de l'aviculture et de matériels avicoles usagés.

Volets à renforcer/défis

- Renforcement de façon durable des moyens financiers, logistiques et humains dédiés à la surveillance.
- Mise en place d'un budget spécifique pour le SNSE.
- Actualisation de l'arrêté portant création du SNSE.
- Prise d'un acte officiel instituant la liste des maladies à surveiller.

- Recensement du cheptel national.
- Renforcement de la dotation du (LNERV) en équipement de confinement, de réactifs et de consommables.
- Renforcement de la surveillance multisectorielle intégrée pour la prise en charge de l'interface entre animaux sauvages/ domestiques et l'homme.
- Etablissement des liens entre les laboratoires de santé publique et les laboratoires de santé animale
- Mise en place des normes des locaux prévus au niveau des points d'entrée (aéroport international Blaise Diagne).
- Capacités de surveillance intégrée et de diagnostic.
- Collaboration entre les laboratoires de santé publique et de santé animale.
- Renforcement et la mise aux normes des Postes d'inspection frontalière.
- Recensement et traçabilité animale.
- IECCC des populations.

P.4.2 Personnels vétérinaires et santé animale - Score 3

Le pays dispose de personnel de santé animale au sein du système national de santé publique et dans moins de la moitié des niveaux infranationaux.

En dépit du bon maillage du pays que reflète la distribution du personnel des services vétérinaires, il apparaît aussi évident que les compétences de cette ressource humaine se retrouvent pour la grande majorité au niveau central. Le niveau infranational en est, en réalité, dépourvu pour assurer la surveillance et la gestion des zoonoses, malgré la politique de recrutement mise en œuvre par le gouvernement.

Point forts/meilleures pratiques

- Volonté manifeste de l'Etat à renforcer les ressources humaines.
- Maillage du territoire avec le personnel du service public et l'installation de vétérinaires en clientèle privées.
- Existence de structures de formation des vétérinaires et autres agents de santé animale (Ecole Inter-Etats des Sciences et Médecine Vétérinaires, Centre National de Formation des Techniciens en Elevage et des Industries Animales, l'Institut Supérieur de Formation Agricole et Rurale et l'Ecole Nationale Supérieure d'Agriculture).

Volets à renforcer/défis

- Opérationnalisation de la plate-forme « Une seule santé » au niveau communautaire.
- Révision des curricula de formation des écoles de formation en santé animale en prenant en compte l'approche « Une seule santé ».
- Exécution des programmes de formation continue sur la prévention, la détection et la riposte.
- Suivi de la politique de recrutement au niveau du Ministère de l'Elevage et des Productions Animales, du Ministère de l'Environnement et du Développement Durable et de l'Institut Sénégalais de Recherches Agricoles (ISRA/LNERV).
- Formation du personnel de santé animale en santé publique.
- Formation intégrée des acteurs.
- Motivation des acteurs de la santé publique et de la santé animale.
- Capacités logistiques.

P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles - Score 1

Actuellement pas de mécanisme en place

Point forts/meilleures pratiques

- Etablissement et mise en place d'un mécanisme fonctionnel pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.
- Mise en place d'une stratégie et d'un plan de riposte conjoints entre les secteurs de la santé animale, de la santé humaine et de la faune sauvage.
- Mise en place d'une législation adaptée.

Volets à renforcer/défis

- Développer un Plan national de surveillance intégrée mettant en collaboration la santé animale et humaine incluant les réseaux de laboratoires tout en prenant en compte le concept « Une seule santé ».
- Mettre en place un plan de riposte conjoint entre les secteurs de la santé animale, de la santé humaine et de la faune sauvage.
- Réviser les curricula de formation des écoles de formation en santé animale, santé humaine et santé environnementale en y incluant des formations diplômantes et de la formation continue permettant de prendre en compte l'approche "Une seule santé".
- Améliorer la couverture géographique en ressources humaines pour atteindre les normes fixées par l'OIE et l'OMS.

Sécurité sanitaire des aliments

Introduction

Les maladies diarrhéiques d'origine hydrique et alimentaire arrivent en tête des causes de morbidité et de mortalité, en particulier dans les pays moins développés. La rapide mondialisation de la production et du commerce alimentaires a multiplié les probabilités de risque d'incidents internationaux dus à des aliments contaminés. L'identification de l'origine d'une flambée épidémique et son confinement sont essentiels à son contrôle. La capacité de gestion du risque en ce qui concerne le contrôle tout au long du continuum de la chaîne alimentaire doit être développée. Si l'analyse épidémiologique indique que des aliments sont à l'origine d'un événement, il convient, en s'appuyant sur une évaluation des risques, de mettre en place des formules de gestion des risques idoines afin de se prémunir contre tous cas humains (ou d'autres cas).

Cible

Les États Parties doivent avoir la capacité de surveiller et de riposter aux événements/risques de maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité de l'eau et de l'assainissement.

Niveau de capacités du Sénégal

Au Sénégal la sécurité sanitaire des aliments (SSA) est réalisée, de façon indépendante, par sept Ministères (Élevage, Pêche, Commerce, Santé, Agriculture, Industrie, Environnement). Le pays dispose de normes nationales relatives à la SSA élaborées par l'Association Sénégalaise de Normalisation. Actuellement les actions d'harmonisation et de coordination des activités relatives à la SSA sont réalisées dans le cadre du Comité National du Codex Alimentarius en attendant la création d'une structure à cet effet.

Avec l'appui de la FAO et de la Coopération Luxembourgeoise, un Plan National de Réponse aux Urgences en matière de SSA est en cours d'élaboration sous l'égide du Comité National du Codex Alimentarius. Ce plan a pour objectif de coordonner les réponses en matière d'urgences liées à la SSA. Il existe également un réseau national de laboratoires d'analyse de la qualité des aliments. Le pays a prévu la mise en place d'un mécanisme national de surveillance et d'alerte à travers la structuration d'un réseau INFOSAN composé de points focaux issus des principales structures en charge de la SSA en lien avec les réseaux qui seront créés aux niveaux sous régional et régional. Pour la mise en œuvre de cette initiative, des points focaux INFOSAN ont été désignés au niveau des départements ministériels en charge de la SSA. Une stratégie nationale de SSA est en cours d'élaboration pour servir de document de référence. Parmi les acquis figure un plan d'action de lutte contre les aflatoxines, élaboré en 2016.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un mécanisme de coordination multisectorielle (personnel de surveillance, d'alerte et d'intervention) des activités de SSA, qui soit fonctionnel.
- Opérationnaliser les procédures (définir les rôles et les responsabilités des parties prenantes, les modes opératoires, la communication sur les risques, etc.) de notification et de riposte en cas d'urgences en matière de SSA.
- Réviser et harmoniser les textes législatifs et réglementaires relatifs à la SSA pour une prise en charge de la gestion des crises.

- Créer une plateforme électronique, multisectorielle, pour partager les données de surveillance de l'innocuité des aliments en liaison avec les systèmes d'information existants.
- Créer officiellement la Cellule Nationale Multisectorielle d'Évaluation des Risques pour déterminer les menaces réelles en fonction des signaux détectés.

Indicateurs et scores

P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments - Score 2

Des points focaux sont identifiés parmi les parties prenantes concernées (secteur de la sécurité, sanitaire des aliments, secteur de la santé humaine, personnel de surveillance et d'intervention, secteur de la santé animale, principaux laboratoires).

Point forts/meilleures pratiques

- Volonté politique marquée par la tenue d'un conseil interministériel qui a permis la relance des activités de SSA.
- Processus en cours de mise en place d'un système de surveillance, d'alerte et de riposte aux urgences en matière de SSA.
- Existence d'un réseau national de laboratoires d'analyses de la qualité des aliments.
- Stratégie nationale de la SSA en cours d'élaboration.
- Atelier de lancement du projet GCP/SEN (Renforcement de la capacité de surveillance, d'alerte rapide et de préparation à la gestion des urgences de sécurité sanitaire des aliments dans la région de l'UEMOA, et mise en œuvre au Sénégal) et Séminaire régional pour l'amélioration de la capacité de surveillance et alerte rapide en matière de sécurité sanitaire des aliments.

Volets à renforcer/défis

- Révision et harmonisation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la SSA.
- Soutien de la mise en œuvre du système de surveillance d'alerte et de riposte.
- Mise en place des mécanismes coordonnés de surveillance, d'alerte et de riposte aux urgences en matière de SSA.
- Mise en place d'un système de notification des maladies d'origine alimentaire.
- Mise en place d'un questionnaire standard à répondre en cas de riposte à un évènement ou/et à la propagation épidémique d'une maladie d'origine alimentaire.
- Renforcement du réseau national des laboratoires d'analyses de la qualité des aliments (équipement, capacité de personnel, etc.).
- Création d'une plateforme électronique multisectorielle pour partager rapidement des données de surveillance relatives à l'innocuité des aliments.

Sécurité et sûreté biologiques

Introduction

La manipulation d'agents pathogènes en laboratoire est vitale pour veiller à ce que la communauté mondiale dispose d'un ensemble robuste d'outils, tels que les médicaments, les produits diagnostics, et les vaccins - pour faire face aux maladies infectieuses, qui représentent une menace en perpétuelle évolution.

La recherche impliquant des agents infectieux est cruciale pour la mise au point et mise à disposition d'outils médicaux et de santé publique indispensables pour détecter, diagnostiquer, reconnaître et riposter aux flambées épidémiques de maladies infectieuses d'origine naturelle ou intentionnelle. Dans le même temps, la multiplication des infrastructures et des ressources dédiées à la manipulation des agents infectieux suscite des inquiétudes liées à la nécessité de garantir une bonne sécurité biologique afin de protéger les chercheurs et les populations. La sécurité biologique est importante afin de mettre les agents infectieux à l'abri d'individus qui pourraient en faire un mauvais usage délibéré pour nuire aux personnes, aux animaux, aux végétaux ou à l'environnement.

Cible

Mise en place d'un système national de sécurité et sûreté biologique impliquant l'ensemble du gouvernement, qui soit en mesure d'identifier, de stocker, de sécuriser et de surveiller les agents pathogènes particulièrement dangereux dans un nombre réduit de structures conformément aux pratiques exemplaires; offre de formations et campagnes de sensibilisation par la pédagogie à la gestion des risques biologiques pour promouvoir une culture partagée de la responsabilité, réduire les risques de double usage, limiter la prolifération biologique et les menaces liées à un usage délibéré, et assurer le transfert des agents biologiques en toute sécurité. Mise en place d'une législation sur la sécurité et la sûreté biologiques propre à chaque pays, de l'homologation des laboratoires, et de mesures de lutte contre les agents pathogènes.

Niveau de capacités du Sénégal

Le Sénégal n'a pas de système global, intégré de gestion de la bio sûreté et de la biosécurité des pathogènes dans les laboratoires. La législation existe pour la sûreté biologique à travers l'Autorité Nationale de Biosécurité par la Loi 2009-27.

Il y a eu une série de sessions de formation en biosécurité pendant la crise Ebola dans la sous-région Ouest-africaine. Par ailleurs, la Direction des laboratoires du MESA organise des sessions de sensibilisation en biosécurité pour le personnel de laboratoires.

L'évaluation de la sécurité et de la sûreté biologique est partielle. Elle a été réalisée avec l'appui de l'Agence Américaine de Défense pour la Réduction des Menaces (DTRA) au niveau du LNERV de l'ISRA du 14 au 17 mars 2016. Il ressort de cette évaluation que le LNERV reçoit en moyenne 10 000 à 15 000 échantillons de germes divers, en particulier des virus et des bactéries. Les écarts identifiés durant cette évaluation ont fait l'objet de recommandations afin d'améliorer la biosécurité au niveau du laboratoire.

La formation en matière de biosécurité et de bio sûreté est réalisée de façon sectorielle au niveau des laboratoires nationaux. Pour la santé animale, le laboratoire de l'ISRA, effectue des formations systématiques pour le personnel à risques.

Au niveau de l'Institut Pasteur de Dakar, qui est un centre collaborateur de l'OMS pour les arboviroses et le seul laboratoire du pays certifié Biosécurité Niveau 3 (BSN-3), le dispositif pour la sécurité et la sûreté

biologique est partiel et concerne pour le moment l'unité de virologie. Une extension au niveau des autres unités est envisagée. L'Institut Pasteur de Dakar réalise des audits internes périodiques. Les souches du virus de la poliomyélite au Sénégal sont stockées à l'Institut Pasteur de Dakar avant d'être détruites par la suite.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer des textes réglementaires pour harmoniser le cadre institutionnel de bio sûreté et biosécurité.
- Elaborer des normes et directives pour renforcer les capacités nationales dans la sécurité et la bio sûreté.
- Mettre en place des cursus de formation commun en biosécurité et bio sûreté.
- Renforcer les capacités en logistique et en formation continue du personnel des laboratoires.

Indicateurs et scores

P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles – Score 2

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'une autorité nationale de biosécurité par la Loi 2009-27.
- Existence de l'Association Sénégalaise de la Biosécurité.

Volets à renforcer/défis

- Elargissement du champ de compétences de l'Autorité Nationale de Biosécurité aux autres domaines, autre que l'environnement.
- Mise sur place des cursus de formation commun en biosécurité et bio sûreté.

P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques - Score 2

Point forts/meilleures pratiques

- Existence de personnel hautement qualifié dans le domaine dans certaines institutions.

Volets à renforcer/défis

- Mettre en place des cursus de formation commun en biosécurité et bio sûreté.

Vaccination

Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé les plus performantes dans le monde et l'un des moyens les plus économiques pour sauver des vies et de prévenir les maladies. D'après les estimations, la vaccination permet de prévenir plus de deux millions de décès par an dans le monde.

Objectifs

Un système national pour délivrer les vaccins – envergure nationale, distribution efficace, accès des populations marginalisées, chaîne du froid adaptée et contrôle systématique de la qualité – en mesure de répondre aux nouvelles menaces de maladies.

Niveau des capacités du Sénégal

Le pays dispose d'une division de vaccination chargée du Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui cible 12 maladies. Le plan pluriannuel complet du PEV est aligné sur le Plan d'Action mondial pour les Vaccins (GVAP). Le plan national ne tient pas compte des zoonoses qui sont gérées par le ministère de l'élevage. La vaccination est volontaire, toutefois il existe un plan de communication mis en œuvre pour renforcer l'adhésion des populations.

Les facteurs qui entravent la vaccination de routine ont été identifiés lors de l'enquête Connaissances, Attitudes, Pratiques sur la vaccination en 2013.

Les données administratives aussi bien que les données d'enquête ont montré que les vaccinations pour la rougeole atteignent 80% des besoins. Dans la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination de la rougeole, une deuxième dose a été introduite en 2014 et est administrée aux enfants à partir de 15 mois. De plus, l'organisation régulière d'activités de vaccination supplémentaires tous les 3 à 4 ans a pour objectif de renforcer l'immunité des enfants. Les couvertures vaccinales se mesurent au niveau de la population par les enquêtes de couverture et les Enquêtes démographiques et sanitaires. Les évaluations de la couverture vaccinale administrative sont effectuées de façon mensuelle et centralisées au niveau de la division de l'immunisation. Les données pour l'estimation des couvertures proviennent de l'Agence Nationale de la démographie et des statistiques.

La vérification des données se fait à tous les niveaux de la transmission des rapports de vaccination (district, régions et niveau central). Les réunions de monitoring trimestrielles permettent une harmonisation et une validation des données par tous les gestionnaires. Le DQS (outil d'autoévaluation des données de vaccination) est en cours d'introduction au niveau des districts pour l'année 2016.

Tous les districts et régions médicales disposent de points focaux PEV qui transmettent les données entre les différents niveaux à travers le support électronique DVDMT (District Vaccines Data Management Tool). Par ailleurs une plateforme électronique de transmission et de partage de données existe (District Health Information System DHIS2).

Le niveau central dispose d'une chambre froide fonctionnelle pour la conservation des vaccins. La capacité nette totale positive de 47 000 litres est suffisante pour la conservation des vaccins (2 chambres froides positives de 40 m³ et 2 chambres froides positives de 30 m³). La mise en place au niveau des régions se fait à travers des camions frigorifiques appropriés. Toutes les 14 régions disposent d'une chambre froide. Le transport des vaccins de la région vers les districts et les structures se fait dans des chaînes du froid passives homologuées. Tous les vaccins prévus pour une administration dans la communauté sont conservés et transportés dans des conditions de maintien de la chaîne du froid.

Depuis 2001, le Sénégal a élaboré et mis en œuvre un plan d'approvisionnement utilisant les outils de l'OMS ("forecast tool", SMT pour la gestion informatique des stocks de vaccins) pour l'estimation des besoins en se basant sur la population cible. Les vaccins sont achetés à travers l'UNICEF et le pays finance la totalité des vaccins traditionnels et paie le co-financement pour les nouveaux vaccins et les vaccins sous-utilisés. La disponibilité des vaccins est bonne à tous les niveaux et les ruptures de stocks sont quasi inexistantes au niveau central sauf en cas de tension mondiale. La dernière Enquête continue sur la prestation des services de soins de 2015 a montré que 82% des structures disposait de tous les vaccins. Lors des activités de vaccination supplémentaires plus de 95% des personnes ciblées sont régulièrement atteintes.

En 2013, une campagne contre la rougeole et la rubéole sur l'étendue du territoire a été menée.

En plus des moyens mis par l'Etat pour la mise en place des vaccins, il existe une participation communautaire pour l'accompagnement du processus.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer de façon exhaustive des plans « Atteindre chaque enfant ».
- Superviser les points d'entrée (aéroport, port, frontière terrestre).
- Elaborer un plan de maintenance de la logistique (chaîne du froid, logistique roulante).
- Supervision rapprochée au niveau district pour une bonne gestion de la chaîne de froid et des vaccins.
- Proposer une étude sur les entraves aux performances à la vaccination.
- Mettre en place un comité de proposition des actions prioritaires et de la possibilité de la prise en compte des zoonoses.

Indicateurs et scores

P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national - Score 3

Entre 70 % et 89 % de la population pédiatrique âgée 12 mois dans le pays a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, d'après les enquêtes de couverture ou les données administratives ; un plan a été mis en place pour parvenir à 90 % dans les trois prochaines années.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'un programme national de vaccination.
- Formation sur le PEV à tous les niveaux : Infirmiers Chef de Poste, Service fraternel d'entraide, Points focaux, Médecins.
- Tenue régulière des supervisions.
- Augmentation constante des couvertures.
- Introduction d'une deuxième dose de rougeole et organisation régulière d'activités de vaccination supplémentaires.
- Surveillance performante avec atteinte régulière des deux indicateurs majeurs de la surveillance des paralysies flasques aiguës et de la rougeole.

Volets à renforcer/défis

- Elaboration de façon exhaustive des plans « Atteindre chaque enfant ».
- Mise en œuvre des activités dans le cadre des plans « Atteindre Chaque Enfants » pour atteindre les populations difficiles d'accès et pour rattraper les irréguliers.

P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national – Score 4

La délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne entre 60 % et 79 % des districts dans le pays OU la délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne entre 60 % et 79 % de la population cible dans le pays ; les prévisions et l'approvisionnement en vaccins sont efficaces et n'entraînent pas de ruptures de stocks au niveau central et en entraînent rarement dans les districts.

Point forts/meilleures pratiques

- Bonne disponibilité des vaccins et des consommables au niveau central.
- Existence d'une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et des consommables.
- Bon système de distribution.

Volets à renforcer/défis

- Augmentation de la ligne budgétaire en vue de la sortie de l'éligibilité aux ressources de GAVI.
- Amélioration du système d'information logistique à via le DHIS2.
- Amélioration de la disponibilité au niveau opérationnel par le respect du stock de réserve au niveau des postes de santé.

DÉTECTER

Système national de laboratoires

Introduction

Les laboratoires de santé publique offrent des services essentiels, incluant la détection des maladies et des flambées épidémiques, les interventions d'urgence, la surveillance de l'environnement, et la surveillance des maladies. Les laboratoires de santé publique au niveau local ou de l'état peuvent, grâce à travers leurs fonctions essentielles, faire office de point focal d'un système national de laboratoires, pour assurer la sécurité humaine, vétérinaire et sanitaire des aliments. Ceci inclut la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies ; la gestion des données intégrées ; les analyses spécialisées et de référence ; la supervision des laboratoires ; les interventions d'urgence ; la recherche en santé publique ; la formation et l'éducation ; les partenariats et la communication.

Objectifs

Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.

Niveau des capacités du Sénégal

Le Sénégal est doté d'un système important et diversifié de laboratoires répartis en laboratoires de districts (dans tous les districts et effectuant un certain nombre d'analyses); laboratoires des hôpitaux régionaux; laboratoires nationaux de référence (au niveau central); mais également les laboratoires privés d'analyses médicales et le centre collaborateur OMS sur les arbovirus et les virus des fièvres hémorragiques de l'Institut Pasteur de Dakar (IPD). Les laboratoires de référence (dont celui de la Polio) sont accrédités aux normes OMS, utilisent la démarche qualité ISO 9001 et permettent de réaliser un certain nombre de tests diagnostiques, et un ensemble d'algorithmes en ligne avec les normes internationales (OMS, OIE, FAO).

Le système national de laboratoire réalise les tests diagnostiques de plusieurs maladies prioritaires et autres maladies d'importance en santé publique comme la Sérologie VIH, la Microscopie tuberculeuse (au niveau de tous les centres de santé avec un laboratoire), les tests rapides de Paludisme (dont 98% des cas positifs notifiés au niveau communautaire), la PCR grippe (Surveillance sentinelle syndromique), la Polio, la Méningite et le Choléra.

La Direction des Laboratoires du Ministère de la Santé détient l'autorité pour inspecter les laboratoires et de délivrer les autorisations obligatoires à l'ouverture d'un laboratoire. Il existe une démarche nationale de qualité comprenant un système d'audit pour la préparation à l'accréditation des laboratoires.

Le LNERV, l'École Inter-Etats des Sciences et Médecine Vétérinaires et l'Institut Pasteur de Dakar sont les structures sollicitées pour le diagnostic des maladies animales. Ces institutions non seulement assurent la formation des cadres et techniciens de laboratoires sur les techniques de laboratoires, mais servent aussi de laboratoire régional de référence pour le RESOLAB couvrant les laboratoires des 15 pays de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest. A ce titre ils réalisent tous les tests de diagnostic pour les maladies transfrontalières, dont les maladies zoonotiques (Fièvre de la Vallée du Rift, rage, tuberculose et charbon bactérien).

Pour la sécurité sanitaire des aliments, le Sénégal dispose du Laboratoire National d'Analyses et de Contrôle accrédité ISO 17025 logé au Ministère du Commerce plus précisément à la Direction du Commerce Intérieur divisé en deux sections : chimie et microbiologie.

S'agissant de l'acheminement des échantillons pour la surveillance des maladies (méningite, rubéole, fièvre jaune, grippe, polio, tétanos, rougeole, dengue, choléra, et chikungunya), le Ministère de la Santé avec le soutien des partenaires a mis en place un système pour transférer des districts envers les centres nationaux de référence. En appui à ce système s'ajoute celui via la poste pour les échantillons en provenance des sites de surveillance sentinelle syndromique.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un groupe de coordination technique multisectoriel (santé humaine ; santé animale, environnementale et alimentaire) de travail sur le système de laboratoire dans le cadre du RSI (2005).
- Faire un état des lieux des différents laboratoires existants au niveau national et dans tous les secteurs (santé humaine ; santé animale, environnementale et alimentaire).
- Elaborer un plan stratégique national des laboratoires intégrant les différents secteurs et abordant les différents aspects des laboratoires.
- Produire une réglementation type "Guide de bonne exécution des analyses" GBEA pour réglementer les pratiques d'analyses au niveau des laboratoires des différents secteurs.
- Améliorer la collaboration et le partage d'information intersectoriel sur des domaines clés (transport des échantillons, biosécurité, approvisionnement en consommables et réactifs, etc).
- Renforcer la détection précoce des pathogènes dangereux et émergents en soutenant les Laboratoires nationaux de référence dans leur volonté de développer de nouveaux outils de diagnostic adapté à notre contexte de pays à faible ressources.

Indicateurs et scores

D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires - Score 3

Le système national de laboratoire est en mesure de réaliser trois à quatre tests principaux.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'une volonté politique de renforcer le système des laboratoires.
- Existence de LNR affiliés à des réseaux internationaux (OMS, OIE, FAO).
- Existence de centres collaborateurs de l'OMS et de laboratoire régional de référence pour les Virus des fièvres hémorragiques avec des outils de diagnostic modernes (biologie moléculaire, séquençage) et de tests au chevet du malade.
- Réduction des délais aux différents stades des analyses : délai de rendu des résultats en 3 heures.
- Développement de tests au chevet du malade (POC) avec pour objectif, d'évaluer les performances de la méthode Recombinase Polymerase Amplification (RPA) pour le diagnostic des cas suspects de la maladie à virus Ebola au niveau centre de traitement.
- Existence d'un laboratoire national et à vocation sous-régionale pour les maladies animales transfrontalières avec la mise en place d'un guichet unique de réception des prélèvements.
- Participation à des tests inter-laboratoires (OMS, AIEA).

Volets à renforcer/défis

- Organisation du fonctionnement du système de laboratoire actuel.
- Identification d'un pôle de laboratoires à compétences spécifiques et renforcer ces laboratoires en termes d'Infrastructures, d'équipement, de plateau technique, de personnel et de logistiques.
- Harmonisation des procédures de diagnostic et organiser des tests de conformité au niveau national.
- Amélioration de la communication entre les différents acteurs du système de laboratoires.
- Renforcement au niveau du plateau technique des laboratoires périphériques.
- Fonctionnalité des six laboratoires régionaux de la santé animale.
- Dotation du LNERV d'un laboratoire de confinement de niveau 3.
- Renforcement en personnel technique les laboratoires de santé animale.

D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons - Score 3

Un système est mis en place pour le transport d'échantillons concernant les maladies sous surveillance dans 50 % à 80 % des districts sanitaires du pays vers les laboratoires nationaux de référence pour réaliser des tests diagnostiques avancés.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'un système national d'acheminement des échantillons concernant les maladies sous surveillance (méningite, choléra, fièvre jaune, grippe, polio, tétanos, rougeole, dengue, arboviroses) des districts vers les Centres nationaux de référence.
- Existence d'un système d'acheminement des prélèvements via la poste (échantillons 'sites de la surveillance sentinelle syndromique' (4S) avec 1123 prélèvements de grippe acheminés en 2015 au laboratoire par ce système.
- Existence d'un système nationale d'épidémiologie-surveillance des maladies prioritaires animales depuis 2001 couvrant tous les départements du Sénégal. En 2015, ce système a traité plus de 400 échantillons dans le cadre de la surveillance passive et plus de 8 000 échantillons de sérums dans le cadre de la surveillance active.
- Existence d'un circuit fonctionnel d'acheminement de prélèvement des maladies sous surveillance.
- Désignation de points focaux de surveillance au niveau du district sanitaire et des régions médicales.
- Bonne compréhension du circuit par tous les acteurs de la surveillance.
- Existence d'un appui financier des partenaires à l'acheminement des prélèvements du niveau périphérique vers les laboratoires nationaux de référence.
- Existence de guide précisant les seuils de suspicion légitime pour les maladies prioritaires, les types de prélèvements à réaliser, et les fiches de collecte d'information pour le volet animal.
- Existence d'un guichet unique qui reçoit tous les prélèvements (éleveurs, vétérinaires publics et privés)
- Existence d'une base de données électronique partagée au niveau de toutes les directions du ministère de l'élevage.

Volets à renforcer/défis

- Mise en place d'un système de coordination et d'harmonisation pour l'acheminement des échantillons (pour parer à l'existence de plusieurs systèmes d'acheminement des échantillons du niveau périphérique vers le niveau central).
- Mise en place de procédures standardisées pour le prélèvement, l'emballage et le transport

d'échantillons vers les centres de référence.

- Renforcement des mesures de bio-sûreté et de biosécurité.
- Mise en place un système national harmonisé et sécurisé de collecte, de stockage, d'acheminement et de conservations des échantillons biologiques.

D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire - Score 3

Des stratégies de tests diagnostiques spécifiques à plusieurs niveaux existent

Point forts/meilleures pratiques

- Capacité à réaliser les tests classiques des maladies prioritaires.
- Existence de laboratoires de référence et des laboratoires privés.
- Mise en place de stratégies de diagnostic au niveau district, régional et central, documentées et pleinement appliquées par maladie (VIH, paludisme, tuberculose).
- Existence d'algorithmes de diagnostic utilisant des techniques modernes de biologie moléculaire au niveau des laboratoires de référence.
- Existence de tests diagnostiques au point d'intervention pour les maladies prioritaires (VIH, paludisme, tuberculose).
- Existence d'un laboratoire mobile pour le diagnostic des fièvres hémorragiques.
- Existence d'un centre collaborateur OMS pour les arbovirus et virus des fièvres hémorragiques.
- Existence de laboratoires nationaux et sous-régionaux de référence.
- Existence d'un laboratoire de haute sécurité biologique de niveau 3 au niveau de l'Institut Pasteur de Dakar.
- Existence d'un Laboratoire vétérinaire de référence régionale (RESOLAB) pour toutes les maladies transfrontalières et couvrant les 15 pays de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest, appuyé par des laboratoires de référence internationaux.
- Existence de points focaux pour toutes les maladies prioritaires.

Volets à renforcer/défis

- Etablissement d'un système de collaboration des laboratoires de tous les secteurs concernés par le RSI (2005).
- Elaboration d'un plan stratégique des laboratoires.
- Disponibilité des tests diagnostiques sur les lieux de soins.
- Révision des stratégies de diagnostic par niveau.
- Renforcement et modernisation du plateau diagnostique au niveau des laboratoires des hôpitaux régionaux.
- Organisation de la maintenance préventive et corrective des équipements de laboratoires.
- Amélioration de la collaboration entre le ministère de la santé et le ministère de l'élevage concernant le volet laboratoire, mais aussi concernant le partage des données de laboratoire relatives aux zoonoses.
- Amélioration de la collaboration entre le ministère de la santé et les autres ministères concernant les politiques élaborées conjointement dans l'esprit « un monde, une santé ».
- Appui pour rendre fonctionnels les laboratoires vétérinaires régionaux.
- Mobiliser davantage de ressources pour le renforcement du système de laboratoires.

D.1.4 Système de qualité des laboratoires - Score 3

Il existe un système d'homologation des laboratoires d'analyses médicales, qui implique la conformité à des normes de qualité nationales, mais la démarche est volontaire et ne constitue pas une obligation pour tous les laboratoires.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'une autorité chargée d'inspecter les laboratoires.
- Obtention obligatoire d'une autorisation pour ouvrir un laboratoire.
- Existence d'un système d'audit national des laboratoires.
- Existence de laboratoires accrédités.
- Existence de laboratoires de référence accrédités selon les normes OMS et qui participent à des tests d'évaluation externes.
- Existence de laboratoires engagés dans le processus d'accréditation SLIPTA (Stepwise Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation), norme ISO 15089, et norme 9001.
- Participation aux tests inter- laboratoires concernant la grippe aviaire et d'autres maladies.

Volets à renforcer/défis

- Plan stratégique laboratoire à élaborer qui prendrait en compte les aspects relatifs à la gestion de la qualité dans nos laboratoires.
- Renforcer la biosécurité dans les laboratoires.
- Améliorer l'implication des personnels des laboratoires dans le contrôle de la qualité.
- Aider les laboratoires à s'engager dans une démarche d'assurance qualité.

Surveillance en temps réel

Introduction

La surveillance en temps réel vise à faire progresser la sûreté, la sécurité et la résilience du pays en conduisant une démarche de surveillance biologique intégrée qui favorise l'alerte précoce ainsi qu' une bonne connaissance de la situation des événements biologiques.

Cible

Renforcement de l'indicateur fondamental et des systèmes de surveillance des événements qui soient en mesure de détecter des événements intéressant la santé publique, la santé animale et la sécurité sanitaire; amélioration de la communication et de la collaboration à travers les secteurs et entre les autorités au niveau infranational, national et international dans le domaine de la surveillance des événements relevant de la santé publique; amélioration des capacités aux niveaux national et régional pour l'analyse et la mise en relation des données provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Ces données peuvent être des données épidémiologiques, cliniques, de laboratoire, d'analyses environnementales, de sécurité et de qualité des produits, et bio-informatiques; enfin, la poursuite du développement des principales compétences pour répondre aux exigences en matière de surveillance conformément aux normes établies par le RSI (2005) et l'OIE.

Niveau des capacités du Sénégal

Santé humaine:

Le pays dispose d'une liste de maladies à déclaration obligatoire conformément au guide technique SIMR 2013 et à l'arrêté du ministère en charge de l'élevage. Dans le cadre de la SIMR, toutes les structures sont concernées avec des définitions de cas codifiées, des supports homologués et un circuit validé. Les données transmises sont vérifiées et validées à tous les niveaux (district, région et national). Les contenus des supports papiers disponibles au niveau des structures sont transmis au niveau supérieur par téléphone, mail ou plateau électronique (DHIS2) en vue d'une reconstitution. Le système électronique est utilisé dans la circulation des données de la surveillance depuis le niveau district, à travers un support Excel (IDSSSEN).

Une plateforme électronique (DHIS2) est en cours de validation et sera partagée en temps réel à tous les niveaux et les partenaires. La rétro-information se fait à travers le bulletin hebdomadaire de la surveillance

Pour les maladies virales (polio, rougeole, fièvre jaune), il y a une bonne corrélation entre les données épidémiologiques et les données de laboratoire. En revanche, pour les données bactériennes, ce n'est pas le cas. Les laboratoires disposent de formulaires standardisés pour recueillir les données.

Il n'y a pas de procédures d'échanges d'informations entre les laboratoires relevant de la santé humaine et ceux relevant de la santé animale. Chaque secteur gère son système d'informations

Le pays dispose de 15 « sites de surveillance sentinelle syndromique » pour la recherche des étiologies des épisodes fébriles et des cas suspects d'arbovirose. Les prélèvements répondant aux définitions des cas sont envoyés à l'unité centrale avec une partie épidémiologique et virologique. Le système est intégré dans le système national à côté de la SIMR. Il est géré par un comité de pilotage composé du ministère de la santé, de l'Institut Pasteur et de l'OMS.

La surveillance sentinelle syndromique produit un bulletin hebdomadaire qu'elle partage avec les districts et les régions médicales.

La communication au public est assurée par d'autres services du ministère : Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé et cellule de communication du Cabinet.

Santé animale:

Une plateforme électronique (Vgtropic) fonctionnelle existe pour la surveillance dans le domaine de la santé animale. Il s'agit d'un système électronique en temps réel bien rodée, qui capture les données du niveau central jusqu'aux niveaux les plus périphériques incluant le niveau communautaire. Le système permet de faire une analyse cartographique et s'intègre dans le système global incluant aussi le réseau de laboratoires vétérinaires. Les données relatives à la surveillance en santé animale sont sécurisées et disposées au niveau d'un serveur de l'état en respectant les obligations de notification au niveau international.

Mesures prioritaires recommandées

- Développer dans le système de surveillance la composante Surveillance Fondée sur les Événements (SFE) incluant la surveillance à base communautaire.
- Intégrer les hôpitaux et le secteur privé dans le système de surveillance : y identifier les points focaux pour la surveillance ainsi que les circuits de communication de l'information et les rendre fonctionnels.
- S'assurer de l'interopérabilité du système de notification électronique en temps réel pour la santé humaine et de son interconnexion avec l'application informatique utilisée pour la surveillance en santé animale.
- Elaborer et valider un protocole d'accord pour le partage des informations de surveillance entre la santé humaine et la santé animale en mettant l'accent sur la coordination entre ces deux secteurs.
- Renforcer les capacités d'analyse des données de surveillance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Indicateurs et scores

D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements - Score 3

Des systèmes de surveillance basés sur des indicateurs et sur la surveillance des événements sont en place pour détecter les menaces pour la santé publique.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence du guide SIMR adapté en 2013.
- Régularité des activités de soutien (formation, supervision, réunion de coordination trimestrielle).
- Mise en œuvre de la SIMR.
- Existence de points focaux surveillance dans les régions, hôpitaux et districts.
- Bonne couverture du réseau téléphonique et de l'internet.

Volets à renforcer/défis

- Renforcement du système de surveillance des événements.
- Intégration du secteur privé dans le système de surveillance.
- Renforcement de l'intégration des hôpitaux dans le système de surveillance.

D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté - Score 3

Le pays a mis en place un système de notification électronique interopérable et interconnecté, pour les systèmes de surveillance de la santé publique ou de la santé animale. Le système n'a pas encore la capacité de partager des données en temps réel.

Point forts/meilleures pratiques

- Intégration de la SIMR dans le DHIS2.
- Disponibilité des outils informatiques.
- Accès internet.
- Formation des acteurs.

Volets à renforcer/défis

- Promotion d'une gestion autonome du serveur DHIS2.
- Renforcement de l'utilisation au niveau opérationnel du DHIS2.

D.2.3 Analyse des données de surveillance – Score 3

Les données sont consignées dans des rapports régulièrement établis avec un certain retard ; des équipes ad hoc sont en place pour analyser les données.

Point forts/meilleures pratiques

- Bonne complétude des données.
- Publication régulière du bulletin épidémiologique hebdomadaire.

Volets à renforcer/défis

- Analyser systématiquement toutes les données reçues au niveau central.
- Elaborer et produire un rapport annuel de la surveillance en format dur.

D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique - Score 4

Des systèmes de surveillance syndromique sont en place pour détecter au moins trois syndromes majeurs révélateurs de situations d'urgence de santé publique.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence de surveillance sentinelle syndromique dans le cadre de SIMR au niveau du district.

Volets à renforcer/défis

- Procéder à l'extension de la mise en place de la surveillance syndromique dans les autres régions.

Notification

Introduction

Les menaces sanitaires à l'interface humain-animal-écosystème se sont multipliées au cours des dernières décennies, au fur et à mesure que les pathogènes continuent d'évoluer et de s'adapter à de nouveaux hôtes et environnements, imposant de ce fait une menace pour les systèmes de santé humaine et animale. Les notifications multidisciplinaires et collaboratives liées à la santé des humains, des animaux et des écosystèmes réduisent le risque de maladies à l'interface entre ces composantes.

Cible

Notification précise et en temps utile des maladies conformément aux exigences de l'OMS, et coordination systématique avec la FAO et l'OIE.

Niveau de capacités du Sénégal

Le PFNRSI est en place et notifie l'OMS en cas de besoin. Le PFNRSI a suivi des formations lors des différentes évaluations. Aussi, des procédures sont en cours de validation pour la mise en place d'une équipe multisectorielle et multidisciplinaire conforme aux directives du RSI (2005). Par ailleurs, il existe un point focal de contact OIE au niveau du ministère en charge de l'élevage.

Cependant, il n'existe pas de mécanisme de collaboration entre le PFNRSI, et les autres secteurs. En outre, le pays ne dispose pas de mécanisme permettant au PFNRSI et au point de contact OIE d'échanger des informations si nécessaire. Il faut aussi noter que, le Sénégal n'a pas une obligation de notification avec aucun des pays voisins. L'une des dernières notifications à l'OMS a concerné un cas confirmé de fièvre de Crimée-Congo détecté en Novembre 2015 par le système de surveillance de routine. Une investigation commune entre le Ministère de la Santé et celui de l'Élevage a été menée.

Mesures prioritaires recommandées

- Procéder à l'évaluation multisectorielle des événements pouvant représenter des urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) à partir de la cartographie des risques (prendre en compte les événements inhabituels).
- Élaborer des PON multisectorielles permettant le partage d'informations entre le PFNRSI et le Délégué National OIE du Sénégal.
- Mettre en place un système de notification interopérable et interconnecté entre la santé humaine et la santé animale concernant les maladies prioritaires communes (zoonoses).

Indicateurs et scores

D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE - Score 3

Le pays a démontré sa capacité à identifier une USPPI potentielle et à la notifier à l'OMS, lors d'un exercice ou d'un événement réel, et sa capacité à notifier une zoonose à l'OIE

Point forts/meilleures pratiques

- Mise en place de plans d'action pour résorber les insuffisances dans la mise en œuvre du RSI.
- Existence d'un système de surveillance efficace au niveau de la santé humaine et animale.

Volets à renforcer/défis

- Amélioration de la promptitude de la notification à tous les niveaux.
- Mise en place un cadre multisectoriel d'évaluation des USPPI.

D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays - Score 2

Le pays est en train de développer et de mettre en place des protocoles, des procédures, une réglementation et/ou une législation régissant la notification, dont l'application est prévue dans le courant de l'année.

Point forts/meilleures pratiques

- Bonne performance des systèmes de notification de la santé humaine et de la santé animale.
- Communication informelle entre acteurs de différents secteurs.

Volets à renforcer/défis

- Accélération de la validation des procédures de fonctionnement du PFNRSI.
- Orientation des niveaux intermédiaire et périphérique dans la prise de décision pour la notification (Annexe 2 RSI).
- Mise en place d'un système de notification:
 - Intersectorielle: entre la santé publique, la santé zoonotique et autres secteurs;
 - Efficace: capable de communiquer dans les délais requis toute USPPI à l'OMS, à l'OIE ou à la FAO;
 - Pérenne.

Développement du personnel

Introduction

Le développement du personnel est important afin de bâtir un système de santé publique durable dans le temps grâce au perfectionnement et au maintien d'un personnel de santé publique hautement qualifié, doté d'une formation technique, de compétences scientifiques, et d'une expertise spécialisée idoines.

Cible

Pour assurer durablement et efficacement les activités de surveillance de la santé publique et de riposte, à tous les niveaux du système de santé, ainsi que la mise en œuvre effective du RSI (2005), les États Parties doivent disposer de personnels de santé formés et compétents. Ces personnels de santé comprennent des médecins, des agents de santé animale ou des vétérinaires, des biostatisticiens, des scientifiques de laboratoire, des professionnels de l'agriculture/l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, tous en mesure de coopérer de manière systématique pour assurer les compétences essentielles relevant du RSI et des performances des services vétérinaires.

Niveau de capacités du Sénégal

Les ressources humaines sont disponibles aux niveaux national et régional. Les cliniciens se trouvent au niveau des centres hospitaliers nationaux et régionaux. Les épidémiologistes se trouvent au niveau central et dans chaque région médicale. Dans chaque région, il y a un service régional de l'élevage dirigé par un médecin vétérinaire. Toutes les régions disposent de pharmaciens biologistes et/ou de techniciens de laboratoire. Il existe environ 300 épidémiologistes dans le pays diplômés de l'Institut de Santé et développement (ISED), du Programme de formation-action EPIVAC et du Programme de formation à l'épidémiologie de terrain. Le taux global se situe à plus d'un épidémiologiste pour 46 000 habitants.

Mesures prioritaires recommandées

Les interventions suivantes ont été recommandées par les experts de l'équipe d'évaluation du pays et discutées avec celle des évaluateurs externe afin de répondre aux besoins constatés lors de cette évaluation:

- Définir et appliquer des procédures de coordination technique entre les différents secteurs en matière de stratégie de développement du personnel de santé publique.
- Procéder au redéploiement et à l'affectation aux fonctions de santé publique humaine, animale et environnementale, des biostatisticiens, des informaticiens et des techniciens de biologie.
- Institutionnaliser les programmes de formation à l'épidémiologie de terrain intermédiaire et avancé.
- Elaborer une politique adaptée de formation, de motivation et de suivi permettant le développement d'un personnel qualifié en santé publique.

Indicateurs et scores

D.5.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI - Score 3

Le pays a démontré l'existence de ressources pluridisciplinaires disponibles aux niveaux national et intermédiaire, même si leurs effectifs ne sont pas encore suffisants pour répondre à tous les besoins du pays.

Point forts/meilleures pratiques

Les ressources pluridisciplinaires sont disponibles aux niveaux national et intermédiaire et travaillent de façon coordonnée. Il existe :

- Des écoles de formation pour les médecins, les biologistes, les vétérinaires, et les techniciens
- Des ressources humaines qualifiées dans le cadre du RSI
- Des efforts du gouvernement pour le recrutement du personnel qualifié
- Une organisation pyramidale des ministères clés (santé, élevage, environnement, commerce) avec des missions définies par niveau

Volets à renforcer/défis

Les principaux défis définis par les parties prenantes sont :

- La mise en place d'une gestion prévisionnelle des effectifs
- La difficulté de maintenir des ressources humaines dans les zones dites "difficiles"

D.5.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place – Score 4

Le Sénégal a actuellement un programme de formation à l'épidémiologie de terrain de base en place dans le pays (Frontline FETP) et fait partie du programme FETP avancé régional (West African Field Epidemiology Training Program: WAFETP) basé au Burkina Faso.

Point forts/meilleures pratiques

Il existe des formations en épidémiologie de tous niveaux, accessibles au personnel de santé publique :

- Pour les niveaux intermédiaire et avancé, dans le cadre du master en épidémiologie de l'ISED
- Il existe actuellement 2 niveaux de formation à l'épidémiologie de terrain :
 - Niveau avancé : il est organisé au niveau régional depuis le Burkina Faso (durée: 2 ans); 4 personnels vouées à travailler au niveau central ont déjà été formées : 2 médecins, 1 pharmacien et un biologiste.
 - Niveau Frontline d'une durée de 3 mois; Initialement à l'attention des médecins chefs de district, avec l'objectif de former au moins 1 agent par district. A ce jour, 90% des districts ont été ciblés. Dans un second temps, les points focaux surveillance des districts seront également ciblés.
 - Niveau intermédiaire d'une durée de 9 mois n'est pas encore fonctionnel mais il est programmé pour 2017

Il existe également le projet de formation «Une Seule Santé» qui sera intégré dans le mastère de santé publique qui cible le personnel de la santé humaine, de la santé animale et de l'environnement. Cette formation est conçue en collaboration avec l'Université du Minnesota.

Volets à renforcer/défis

- Institutionnalisation des 3 niveaux de formation à l'épidémiologie de terrain
- Pérennisation du financement des programmes de formation

D.5.3 Stratégie pour le personnel - Score 2

Bien qu'il existe un plan de développement national pour les ressources humaines de la santé, ce plan ne comprend pas actuellement des professions en santé publique, y compris les épidémiologistes, vétérinaires et techniciens de laboratoire.

Point forts/meilleures pratiques

L'équipe pays a mise en valeurs les bonnes pratiques citées ci-dessous :

- Recrutement régulier par l'Etat.
- Dépôt en ligne des candidatures.
- Existence d'un logiciel de gestion des ressources humaines (IHRIS).
- Existence d'agents qualifiés en gestion des ressources humaines.

Volets à renforcer/défis

- Elaborer et mettre en œuvre des plans de développement des ressources humaines dans tous les secteurs liés à la santé publique, avec prise en compte des aspects relatifs au RSI.
- Mettre en place des politiques incitatives pour la fidélisation des ressources humaines.

RIPOSTER

Préparation

Introduction

La préparation comprend l'élaboration et le maintien de plans d'action d'urgence de santé publique aux niveaux national, intermédiaire et local, ou au niveau primaire d'action, pour faire face aux dangers biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires. Elle comprend la cartographie des dangers potentiels, l'identification et le maintien des ressources disponibles, notamment des réserves nationales, ainsi que la capacité à appuyer les interventions aux niveaux intermédiaire et local ou au niveau primaire d'action, pendant une situation d'urgence de santé publique.

Cible

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application réelle du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, y compris le fonctionnement pérenne d'un PFNRSI est une exigence clé de l'application du RSI (2005). Le PFNRSI doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFNRSI qu'ils doivent mettre à jour continuellement et confirmer tous les ans.

Niveau des capacités du Sénégal

Au Sénégal, il existe une plateforme sur la réduction des risques majeurs de catastrophe dirigée par le premier ministre par l'intermédiaire d'un comité Interministériel sur la réduction des risques de catastrophes. Néanmoins, cette plateforme n'est pas encore fonctionnelle.

Ainsi, la gestion des crises au Sénégal se fait dans le cadre du plan ORSEC adopté par Décret N°99-172 du 4 mars 1999 abrogeant et remplaçant le Décret N° 93 1288 du 17 Novembre 1993, en prévision d'événements graves susceptibles de mettre en péril de nombreuses vies humaines, des biens importants ou l'environnement.

Il s'agit d'un plan permettant d'établir à l'avance la mise en œuvre rapide et rationnelle de l'ensemble des moyens d'emplois exceptionnels.

Du point de vue fonctionnel, le plan ORSEC est divisé en deux parties :

- Une première partie, à caractère permanent, expose les principes généraux, le fonctionnement du plan
- Une deuxième partie, à mettre à jour périodiquement, est constituée par les cartes de risques des secteurs, l'inventaire des moyens en personnel et en matériel et le répertoire téléphonique.

Le plan ORSEC est un plan d'urgence générique en cas de catastrophe, lorsque les moyens locaux ne suffisent pas (catastrophe à moyens dépassés). Les plans de contingences sont des plans sectoriels spécifiques.

Les secteurs d'activités aéroportuaires, portuaires et les postes-frontaliers doivent être dotés de plan de contingence en articulation avec le plan de contingence nationale et le plan ORSEC national désignés.

Le Plan de contingence national (Inondations, Invasion acridienne, épidémies (choléra et méningite), élaboré en 2009, incorpore les domaines relevant du RSI, cependant, il doit être révisé et actualisé.

Aux points d'entrée, le plan exige le respect du règlement sanitaire international dans tout le pays en continu et nécessite un cadre de coordination et une formation permanente des personnels des Forces de Défense et de Sécurité affectés aux postes frontaliers et une large diffusion des protocoles et des normes RSI.

En outre, il existe une stratégie nationale permettant d'assurer la coordination des activités de préparation, de réponse et de réhabilitation dans le cadre des mécanismes existants aux niveaux national, régional et international.

Le plan ORSEC est renforcé par les plans de contingence sectoriels tels que :

- Le Plan de contingence national de 2008-2009 (inondations, épidémies (choléra et méningites), invasion acridienne) : élaboré du 24 au 26 juillet 2008 et couvre une période de 12 mois (juillet 2008-Juin 2009).
- Le plan de contingence COUS.
- Le Plan National de réponse aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (plan NRBC élaboré) mais pas encore validé (atelier et exercice prévu pour Octobre 2016).
- Le Plan de contingence Elevage : élaboré en juillet 2016 mais pas encore validé.
- Le Plan national de préparation et d'intervention en cas de pandémie de grippe : décembre 2013.
- Le Plan de contingence du secteur de la protection de l'enfance 2015 non encore validé (Délégation générale à la Protection de l'enfance).
- Le Plan d'urgence de Soutien militaire aux autorités civiles en cas de catastrophe : Décembre 2013.
- Le Plan de réponse aux urgences de sécurité sanitaire des aliments élaboré et non encore validé.
- Le Plan d'urgence des Forces armées sénégalaises en cas de pandémie 2013.

Il existe des mécanismes de déclenchement du plan de contingence:

- Le comité de gestion des épidémies.
- L'intégration de la réponse humanitaire au sein du plan d'organisation des secours : Plan ORSEC.
- La mise à profit de la solidarité nationale et internationale en cas de dépassement des capacités de réponse nationales.

Dans les plans de contingence, il est bien défini:

- Les situations où la réponse se limite au MSAS avec principalement la surveillance épidémiologique et la prise en charge des cas. La coordination se fera grâce au Comité national de gestion des épidémies (CNGE).
- Les situations avec atteinte progressive des autres secteurs et des services de santé sont rapidement débordés. Actuellement, la réponse se fait dans le cadre du plan ORSEC coordonné par le ministère de l'intérieur et de la Sécurité publique.
- Si dans cette même situation, les capacités nationales de riposte du pays sont dépassées, le Sénégal fera appel à la solidarité internationale.

Suite à l'épidémie de Ebola, le Centre des opérations d'urgence sanitaire (COUS) a réalisé la cartographie des risques en santé publique. Les résultats globaux sont contenus dans le document de référence annexé. Dakar, la capitale, présente le plus de risques (technologique, industriel, naturel et même infrastructurel).

Cette cartographie a été inclusive et a bénéficié de la participation de tous les secteurs (santé animale, environnement, forces de sécurité, etc.).

La cartographie des ressources est en cours de finalisation.

Actuellement, la cartographie des ressources du plan ORSEC est disponible au niveau du ministère de l'Intérieur.

Il est prévu que l'analyse des risques et des ressources au niveau national soit mise à jour tous les ans.

Mesures prioritaires recommandées

- Accélérer la mise en place du Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle de Crise rattaché au Ministère de l'Intérieur (COGIC) pour une meilleure articulation entre le plan ORSEC et les plans de contingence sectoriels.
- Définir les mécanismes de collaboration et de coordination entre le COGIC et les COU sectoriels
- Intégrer la gestion des urgences sanitaires au niveau des points d'entrée dans le plan de contingence des urgences sanitaires et catastrophes.
- Accélérer la cartographie des ressources pour la gestion des dangers et les risques prioritaires relevant du RSI.

Indicateurs et scores

R.1.1 Un plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué - Score 2

Un plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI a été élaboré (annexe 1A, article 2).

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'un plan ORSEC (plan national d'organisation des secours) et d'un plan de contingence national qui sont opérationnels (mise en œuvre en 2005, 2009 et 2012 pour le plan ORSEC avec un atelier de retour d'expérience en 2012).
- Réalisation d'un exercice de simulation du plan civil-militaire en cas de pandémies en 2013.
- Réalisation d'un exercice de validation du plan NRBC en 2016.
- Réalisation d'exercices annuels pour tester les plans SAR, SUMAR et POLMAR.
- La large participation responsable de tous les acteurs/structures gouvernementales et acteurs communautaires en passant par les collectivités locales, la société civile, le secteur privé, les organisations humanitaires, les agences du système des Nations Unies, les partenaires techniques et financiers, les médias, etc.
- Existence d'une plateforme nationale de Gestion du Risque et même de plateformes locales dans certaines communes conformément aux recommandations du code des collectivités locales.
- Mise en place de réseaux socioprofessionnels (universitaires et chercheurs, parlementaires, journalistes, société civile,) pour réduire les risques de catastrophes s'activent sur le terrain.
- Des associations de quartier et organisations communautaires de base sont constamment mobilisées dans leurs localités pour participer à la gestion des catastrophes.

Volets à renforcer/défis

- La révision et la réactualisation de tous les plans existants suivie de l'organisation d'exercices de simulation.
- Amélioration du cadre institutionnel et juridique de la préparation et de la gestion des risques et des urgences.
- Harmonisation du format de cartographie des zones à risques pour l'ensemble des acteurs de la préparation.
- Renforcement de la sensibilisation des communautés sur la prévention des risques.
- Meilleure articulation des plans sectoriels avec le plan ORSEC.
- Renforcement des mécanismes et des moyens financiers des intervenants.
- Intégration du Plan ORSEC national dans des plans de contingence, au niveau national, régional, départemental ainsi que local.
- Renforcement de la coordination entre les différents intervenants et acteurs de la sécurité civile.
- Finalisation du processus de mise en place du cadre de concertation et d'échange entre les parties prenantes (plateforme pour le stockage et disponibilité des données et documents).
- Activation de COUS bien équipés en technologies de l'information et de la communication modernes au niveau national, régional, départemental et local.
- La mise en place par d'un centre régional de prévision d'événements météorologiques extrêmes.

R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités - Score 2

Une évaluation des risques au niveau national a été réalisée pour identifier les urgences de santé publique potentielles, et les ressources ont été cartographiées

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'une cartographie des risques technologiques, industriels, liés aux bâtiments (ruine et effondrement) et naturels du département de Dakar.
- Création du COUS qui dispose de capacités d'évaluation des risques et des ressources à l'échelle nationale
- Schéma National de cartographie des risques en cours de validation Direction de la protection civile-Brigade nationale des Sapeurs pompiers.

Volets à renforcer/défis

- Extension de la cartographie des risques naturels, technologiques, industriels et liés aux bâtiments, aux treize autres régions du pays.
- Renforcement des capacités et des ressources de la Direction de la protection civile pour une meilleure coordination des actions et des activités de réduction et de gestion des risques.
- Actualisation du Plan de contingence national multi dangers.
- Elaboration des documents d'information sur les risques majeurs dans les communes (DCRIM).
- Accélération de la mise en place du COGIC Ministère de l'Intérieur pour une meilleure articulation entre le plan ORSEC et les plans de contingence sectoriels
- Organisation de la validation politique du nouveau décret portant Plan National d'Organisation des Secours afin d'avoir un dispositif opérationnel maîtrisé, partagé et pérenne, quel que soit le type de risque ou catastrophe auquel la nation est appelée à faire face.

Interventions d'urgence

Introduction

Le centre des opérations d'urgence sanitaire est un site central permettant la coordination des informations et des ressources opérationnelles pour la gestion stratégique des urgences de santé publique et les exercices d'urgence. Ces centres mettent à disposition des outils et services de communication et d'information ainsi qu'un système de gestion lors de la riposte à une situation d'urgence ou lors d'un exercice de situation d'urgence. Ils assurent également d'autres fonctions essentielles à l'appui de la prise de décision, de la mise en œuvre, de la coordination et de la collaboration.

Cible

Existence d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique dans chaque pays, dont le fonctionnement suit des normes communes minimales; maintien d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles formées et fonctionnelles, de réseaux de laboratoires pour la surveillance biologique et de systèmes d'information en temps réel; et présence de personnel au sein du centre d'opérations d'urgence en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une situation d'urgence de santé publique.

Niveau des capacités du Sénégal

Le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) constitue une institution permanente, responsable de la coordination, de la détection précoce et du pilotage de la réponse aux crises sanitaires.

Après la gestion Ebola tous les acteurs impliqués dans la riposte étaient d'accord sur la nécessité de doter le ministère d'une structure permanente de coordination des urgences de portée nationale. C'est ainsi que sous l'impulsion du Ministre, le COUS fut créé le 1 décembre 2014 par arrêté ministériel n°17973 MSAS/SG/BL. Le COUS est une structure de coordination des interventions d'urgence qui vient donc répondre à la nécessité de mettre la préparation au cœur de notre stratégie dans la gestion des urgences sanitaires. Ses missions principales sont :

- Définir les mesures d'urgence à mettre en œuvre selon les situations d'urgence sanitaires.
- Coordonner l'action des différents acteurs impliqués dans la réponse aux urgences sanitaires.
- Superviser les opérations de terrain.
- Assurer la liaison entre les acteurs de la réponse d'urgence et le Ministre de la Santé.
- En matière de communication, le COUS dispose :
 - D'une ligne téléphonique classique: 33 8251413
 - D'un système de Vidéo Télé Conférence (cousenegal@liveconf.net)
- Le COUS dispose avec TIGO d'une connexion internet avec une Ligne Spécialisée avec TIGO.

Le COUS a un accès internet avec tous les services. Une adresse professionnelle est disponible @cousenegal.sn pour le staff et le personnel additionnel.

Le COUS a une procédure de notification des décideurs et des partenaires qui définit le circuit de l'information avec les autres entités.

Le COUS dispose d'un numéro disponible 24/7, activable durant les situations d'urgence.

Mais il n'existe pas pour le moment un bureau de veille capable d'orienter les cliniciens. Par contre le Service national de l'Éducation et de l'Information pour la Santé a un numéro vert 800 50 50 destiné à la population.

L'activation du COUS est du ressort du Ministre en charge de la santé sur avis du Coordonnateur du COUS comme stipulé dans ses procédures d'activation.

Les PON sont révisés sur une base annuelle. Après chaque exercice les PON testées sont adaptées selon le plan d'amélioration proposé. Les procédures validées seront regroupées dans le classeur physique des PON.

Mesures prioritaires recommandées

- Définir un mécanisme formel de collaboration et de coordination avec les services ou directions clés et les secteurs concernés par la gestion des urgences sanitaires selon l'approche «Une Seule Santé».
- Elaborer les plans et procédures spécifiques des maladies prioritaires identifiées.
- Elaborer/finaliser les plans et procédures du COU au niveau des différents secteurs dans ses fonctions principales (investigation, soins, communication, collaboration avec les partenaires clés).
- Mettre en place des équipes d'intervention rapide à tous les niveaux du système de santé.
- Elaborer une stratégie de mobilisation des ressources (mise en place d'un fonds d'urgence, mise en place d'une logistique adéquate, financement des projets, fonctionnement du COU).

Indicateurs et scores

R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence - Score 3

Le personnel du COU est formé à la gestion des situations d'urgence et aux PON des COUS, et il est disponible pour intervenir si nécessaire.

Point forts/meilleures pratiques

- Définition d'un système de gestion des urgences/Plan de contingence.
- Organisation d'exercices de simulation sur l'Ebola.
- Formation du personnel.
- Encadrement, simulation sur table et simulation fonctionnelle par les partenaires.
- Soutien des partenaires techniques et financiers.
- Réalisation d'exercices avec les partenaires.

Volets à renforcer/défis

- Planification:
 - Plan de contingence spécifique des maladies prioritaires.
 - Renforcement du personnel durant une activation.
- Formation des intervenants:
 - Procédures: procédure de mise à disposition du personnel additionnel.
 - Renforcer la gestion des urgences au niveau des localités.
 - Mise en place des équipes d'intervention rapide.

- Renforcement du staff avec un personnel dédié et formé.
- Mise en place d'un mécanisme formel de collaboration avec les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale à travers les commissions qui existent déjà: Task force GHSA Primature; Point Focal RSI, codex alimentarius.
- Avoir une structuration du COU au niveau décentralisé.

R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence - Score 2

Des plans/procédures décrivant la structure de gestion des incidents (ou équivalent) sont en place au sein du COU ; un plan décrit les principaux éléments structurels et opérationnels des rôles fondamentaux (notamment la gestion des incidents ou le commandement, les opérations, la planification, la logistique et les finances).

Point forts/meilleures pratiques

- Existence de plans de contingence.
- Existence de Procédures internes.
- Reference "EOC Framework" de l'OMS.
- Révision des procédures par les partenaires.

Volets à renforcer/défis

- Elaboration des Procédures internes du COUS.
- Prise de décision.
- Elaboration des plans du COU.
- Elaboration du manuel du COU.
- Personnel pour la rédaction des documents.

R.2.3 Programme d'interventions d'urgence - Score 3

Un exercice fonctionnel a été réalisé pour tester les capacités d'intervention mais le centre d'opérations d'urgence n'a pas encore été activé pour une riposte. Le système n'est pas encore en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une urgence de santé publique.

Point forts/meilleures pratiques

- Formation sur les exercices de simulation avec la participation des autres secteurs et autres services du MSAS.
- Accompagnement/ Appui techniques et financiers des partenaires.
- Réalisation d'exercices de simulation.
- Formation en simulation avec l'ensemble des secteurs intervenant dans la riposte.
- Implication des autres secteurs et services du ministère de la Santé.

Volets à renforcer/défis

- Planification des exercices de simulation à tous les niveaux.
- Organisation d'exercices de simulation :
 - Exercices d'activation d'une intervention d'urgence dans les 120 minutes.
 - Organiser des exercices en impliquant les autres secteurs.

- Formation: Former les régions à mener les exercices de simulation

R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI - Score 2

Des lignes directrices pour la prise en charge des cas sont disponibles pour les maladies prioritaires à tendance épidémique.

Point forts/meilleures pratiques

- Rédaction de PON EBOLA.
- Formation du personnel de santé sur les PON EBOLA.
- Organisation d'exercices de simulation sur EBOLA.
- Implication de personnes dans le système de santé pour l'élaboration des modules et dans les sessions de formation du personnel médical.

Volets à renforcer/défis

- Rédaction de procédures spécifiques pour chaque maladie prioritaire.
- Etablissement d'un plan de formation du staff médical sur les plans et procédures.
- Organiser des exercices de simulation sur les plans et les procédures de chaque maladie prioritaire.
- Manque de personnel et disponibilité des experts en la matière pour la rédaction.

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

Introduction

Les urgences de santé publique posent des difficultés particulières pour l'application des lois, que la menace soit naturelle (par exemple les pandémies de grippe) ou bien due à l'activité humaine (par exemple, attaques terroristes à l'anthrax). Dans une situation d'urgence de santé publique, les autorités chargées de la sécurité devront coordonner rapidement leur riposte avec celle des autorités médicales et de santé publique.

Cible

En cas d'événement biologique d'origine suspectée ou confirmée délibérée, un pays sera capable de mener une action rapide et multisectorielle, notamment en établissant un lien entre la santé publique et les services chargés de faire appliquer la loi, et de fournir et/ou demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour mener des investigations sur les événements soupçonnés d'origine criminelle.

Niveau des capacités du Sénégal

L'absence d'un mémorandum d'accord ou d' autre d'entente entre le département de la santé publique et les autorités chargées de la sécurité au niveau national était un défi important suite à l'apparition de nouveaux cas confirmés de maladie à virus Ebola en Guinée dans le courant du mois de Mai 2015, et en Sierra Leone. La Direction de la Police de l'Air et des Frontières, à travers ses services extérieurs, à savoir les aéroports, les ports et les postes frontaliers, a été confrontée à quelques difficultés pour mettre en place un dispositif efficace, faute d'avoir un document organisant la riposte au niveau national. Néanmoins une série d'actions concertées allant dans le sens de la riposte ont été organisées par le Ministère de la Santé.

L'équipe Sénégalaise a émis le souhait d'améliorer la collaboration entre les services de santé et ceux chargés de la sécurité nécessaire dans la gestion des flux migratoires au niveau des points de passage et sur les bandes frontalières lors des grands événements religieux. De même, des formations conjointes ont été menées au niveau national, régional et local sur des thèmes liés au partage d'informations et aux investigations/ interventions conjointes. Néanmoins, les modes opératoires normalisés font défaut, pour la coordination des interventions conjointes lors des situations d'urgence de santé publique au niveau des postes frontaliers. Toutefois, au niveau de Moussala, point d'entrée entre le Mali et le Sénégal dans la région de Kédougou, l'Organisme international des Migrants en collaboration avec la région médicale de Kédougou a élaboré une procédure incluant la police dans le dispositif de contrôle sanitaire.

En résumé, la collaboration est donc réelle mais doit être améliorée notamment par l'élaboration d'un mémorandum d'entente au niveau national ainsi que l'élaboration et la généralisation de modes opératoires normalisés pour la coordination d'une action conjointe en cas de situation d'urgence de santé publique sur des sites tels que les points d'entrée. En plus, il faudrait créer un Poste de contrôle médicale aux frontières : avec une équipe mixte médicale et vétérinaire.

Suite à la gestion de la maladie à virus Ebola, quelques formations ont été dispensées conjointement (au niveau intermédiaire – régional – et au niveau national), à la fois pour les personnels de santé publique et pour ceux des services chargés de la sécurité, sur les thèmes liés au partage d'informations et aux investigations/interventions conjointes.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer un mémorandum d'accord entre le secteur de la santé publique et les autorités chargées de la sécurité au niveau national, intermédiaire et local pour promouvoir le partage d'information et la collaboration.
- Améliorer la communication pour un échange d'information plus formalisé avec plus de célérité qui inclut, en plus de la santé humaine, la santé animale et tous les autres acteurs.
- Faire une action ou un exercice d'intervention conjoint annuel qui implique un échange d'information entre services de santé publique et responsables de la sécurité sur la base du mémorandum élaboré.
- Mettre au niveau de chaque poste frontalier une équipe mixte de contrôle sanitaire couvrant la santé humaine et vétérinaire.
- Renforcer les capacités du personnel de santé publique et ceux des services chargés de la sécurité sur les thèmes liés au partage d'informations et aux investigations/interventions, et les doter de moyens suffisants.

Indicateurs et scores

R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé - Score 2

Des points de contact et des éléments déclencheurs pour la notification et le partage d'information ont été identifiés et partagés entre les secteurs de la santé publique, de la santé animale et les autorités chargées de la sécurité.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence d'un partage d'informations relevant de la santé humaine et animale, lors des situations d'urgence
- Formations conjointes sur des thèmes liés au partage d'informations, aux investigations/ interventions lors des situations d'urgence

Volets à renforcer/défis

- Elaboration et diffusion des modes opératoires normalisés pour la coordination d'une action conjointe en cas de situation d'urgence de santé publique sur des sites tels que les points d'entrée.
- Renforcement du personnel des secteurs de la santé et de l'élevage au niveau, des postes à grands flux migratoires pour, le contrôle des entrées, conformément au Règlement C/REG.21/11/10 du 26 Novembre 2010.
- Mise en place d'un cadre formel pour la collaboration entre le secteur de la santé et celui de la sécurité afin de faciliter les échanges d'informations.
- Actuellement, les rapports émanant de la santé publique ne sont pas régulièrement partagés avec les autorités chargées de la sécurité.
- Actuellement, les rapports émanant des autorités chargées de la sécurité ne sont pas régulièrement partagés avec la santé publique.
- Le Sénégal n'a pas encore défini quel ministère est chargé d'interagir avec Interpol et aucun expert de santé publique ne participe à l'action d'urgence liée à la Convention relative aux armes biologiques et aux toxines.
- Mise en place au niveau des points d'entrée et en nombre suffisant, des dispositifs provisoires d'accueil de certains passagers dont l'état de santé nécessite un isolement avant leur transfert vers un établissement sanitaire de référence.

Moyens médicaux et déploiement de personnel

Introduction

Les moyens médicaux sont cruciaux pour assurer la sécurité nationale et protéger les pays de menaces de maladies infectieuses potentiellement catastrophiques. Investir dans les moyens médicaux permet d'améliorer la santé publique en général. En outre, il est important de disposer de personnel formé que l'on peut déployer pour riposter en cas d'urgence de santé publique.

Cible

Un cadre national pour le transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et de personnels de santé publique et médical parmi les partenaires internationaux lors d'urgences de santé publique.

Niveau des capacités du Sénégal

Le Sénégal avait mis en place des plans portant l'organisation des secours en cas de catastrophes depuis de nombreuses années. Ces dernières décennies, le pays a particulièrement amélioré ses capacités quant à l'envoi de moyens médicaux et de déploiement de personnel sur les lieux d'un sinistre avec la création du SAMU National, du COUS et de l'unité NRBC de Brigade nationale des sapeurs-pompiers. Pour le stock de médicaments, il a été imaginé sous l'égide de l'OMS, un stock virtuel géré par la Pharmacie nationale d'approvisionnement. Aussi, l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé) a mis en place une équipe d'intervention rapide qui permet de suppléer aux manquements dans les pays concernés.

Le Sénégal est en train de faire des exercices de simulations pour mettre à l'épreuve ces différents plans et structures. Le Sénégal a fait plusieurs exercices avec les éléments nécessaires pour envoyer et recevoir des moyens médicaux et des personnels médicaux en cas de catastrophe. Toutefois, le pays n'a pas fait d'exercices qui soulignent ce domaine (notamment le déplacement de personnel vers ou depuis l'étranger) ou le concept "Une Seule Santé".

Mesures prioritaires recommandées

- Evaluer les capacités nationales de stockage des moyens médicaux et d'intervention et prévoir l'adaptation de ces capacités aux exigences des interventions de santé publique imposées par les urgences de santé publique de portée nationale et internationale.
- Elaborer un plan de contingence sectoriel pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et de personnel de santé dans le cadre de la coopération régionale et internationale en prenant en considération les aspects de la santé humaine et animale.
- Etablir les procédures et les modalités d'implication du secteur dans la réception de moyens médicaux et de personnel dans le cadre des urgences sanitaires liées au RSI.
- Tester le plan de contingence sectoriel pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et de personnel de santé.

Indicateurs et scores

R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique -Score 2

Des plans ont été préparés pour la mise en place d'un système permettant l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence de plusieurs autres plans d'envoi et ou de réception de moyens médicaux dont certains sont en phase de validation et d'autre en test (simulation).
- Capacité de production de vaccins, antibiotiques (15% des besoins) et autres matériels (Institut Pasteur et autres laboratoires, ISRA).
- Disponibilité de réserve de moyens médicaux pour usage lors d'une urgence de santé publique (lots catastrophes du plan NOVI SAMU).
- Le pays est partie prenante d'accords régionaux et internationaux pour l'acquisition, le partage et la distribution de moyens médicaux. (Ex Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie : GOARN /OMS).
- Actuellement tous les plans de contingences sectoriels sont en phase test notamment le plan NRBC.

Volets à renforcer/défis

Les questions réglementaires liées à la réception de médicaments ou dispositifs provenant de l'étranger ne sont pas abordés dans les plans.

- Valider et tester en simulation tous les plans de gestion des urgences.
- Capacité de stockage des moyens médicaux.

R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique - Score 2

Des plans ont été préparés pour la mise en place d'un système pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.

Point forts/meilleures pratiques

- Existence de plans pour l'envoi et/la réception de personnels en cours de validation et de test.
- Définition des critères et normes de formation du personnel en cas de catastrophes (Plan NOVI).
- Plusieurs secteurs participent à l'envoi réception de personnels de santé pendant une situation d'urgence (santé, armée).
- Existence de personnels qualifiés et expérimentés souvent sollicités dans les missions d'assistance humanitaire internationale.
- Le pays est partie prenante d'accords régionaux et internationaux pour le déploiement de personnels de santé. (GOARN/OMS).
- Existence d'une structure (SAMU) spécialisée dans l'envoi de personnel sur les lieux de catastrophe.

Volets à renforcer/défis

- Réglementer la responsabilité et les droits liés à l'emploi de personnel médical lors d'un déploiement international.
- Déterminer les éléments déclencheurs qui donnent lieu à une demande de personnels provenant d'autres pays.

Communication sur les risques

Introduction

La communication sur les risques est un processus ayant vocation à aider les parties prenantes à définir les risques, à identifier les dangers, à évaluer les vulnérabilités et à favoriser la résilience des collectivités, rehaussant ainsi leur capacité à faire face à la survenue d'une urgence de santé publique. Un volet essentiel de la communication des risques consiste à diffuser à la population des informations sur les événements et risques pour la santé tels que les flambées de maladies. Pour que la communication sur les risques causés par un événement spécifique soit efficace, il convient de prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que l'avis des populations touchées. Les communications de ce type favorisent la mise en place de mesures de prévention et de contrôle appropriées par le biais d'interventions communautaires aux niveaux individuel, familial et communautaire. La diffusion de l'information par le biais de canaux appropriés est essentielle. Il y a lieu de recenser les partenaires et intervenants liés à la communication dans le pays, et de mettre sur pied des mécanismes fonctionnels de coordination et de communication. En outre, la diffusion en temps opportun de l'information et la transparence dans la prise de décision sont essentiels pour instaurer une relation de confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Les plans de communication d'urgence doivent être testés et mis à jour au besoin.

Cible

Les États Parties doivent avoir une capacité de communication sur les risques qui soit multiniveaux et multiformes, un échange d'informations, de conseils et d'avis en temps réel entre experts et représentants/ personnes faisant face à une menace ou un danger pour leur survie, un bien-être économique et social de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées pour limiter les effets de la menace ou du danger et adopter des mesures de protection et de prévention. Cela implique un ensemble de stratégies de communication et de collaboration, comme la communication dans les médias et les médias sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la population.

Niveau de capacités du Sénégal

Le pays dispose d'une cellule de communication qui coordonne la communication institutionnelle tandis que la communication pour le changement de comportements au niveau du ministère de la Santé et de l'Action sociale est assurée par le Service national de l'Education et de l'Information pour la Santé. Il existe également un Comité multisectoriel de mobilisation sociale. Ces services, qui incluent aussi la recherche sociale sur le changement des comportements, répondent aux besoins d'information du public aussi pendant les situations d'urgence.

Il est aussi à noter que le Sénégal a un dispositif de services multisectoriels de communications aux niveaux national et local dont la coordination est assurée par les démembrements du Service national de l'Education et de l'Information pour la Santé (Bureau régional de l'éducation et de l'information pour la santé et Education Information pour la Santé).

En matière de communication sur les risques au Sénégal, il n'existe pas encore de compétences ni de plan national multisectoriel spécifique. Le personnel responsable de la communication n'est pas encore spécialisé, ni formé dans la communication sur les risques et urgences de santé publique.

Un numéro vert, permet de recueillir les avis de la population par rapport aux messages, et de collecter certaines fausses informations. Ce système devrait être renforcé et formalisé.

Il faut noter que dans la gestion de la crise à EBOLA, le rôle des anthropologues a été décisif dans la prise en charge psycho sociale. Ces pratiques devraient être renforcées par une collaboration plus formelle pour assurer une meilleure synergie des stratégies et actions.

Mesures prioritaires recommandées

- Officialiser le cadre de coordination de la communication des risques sur les crises sanitaires dans le cadre du RSI.
- Elaborer un plan stratégique national multirisque de communication sur les crises sanitaires dans le cadre du RSI (en révisant et adaptant les documents comme le plan national de communication contre la maladie à virus Ebola).
- Etablir un programme de travail organisant la mise à niveau des capacités de communications des équipes des différents intervenants sur les crises sanitaires dans le cadre du RSI.
- Organiser et fixer les mécanismes de gestion des rumeurs lors de la gestion des crises et les urgences de santé publique de portée nationale et internationale.

Indicateurs et scores

R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.) - Score 1

Il n'y a pas de dispositions gouvernementales officielles pour la communication sur les risques.

Point forts/meilleures pratiques

Les points forts sont :

- Existence de Services gouvernementaux chargés de la communication.

Une bonne pratique :

- Il existe un Comité multisectoriel de mobilisation sociale incluant la recherche sociale sur le changement des comportements et répondant aussi aux besoins d'information du public aussi pendant les situations d'urgence.

Volets à renforcer/défis

Les domaines à renforcer sont :

- Elaboration du plan national de communication des risques pour les urgences sanitaires.
- Dotation des services chargés de la communication en ressources humaines supplémentaires.
- Renforcement des capacités des acteurs sur la communication des risques.
- Mise en place officielle d'un cadre de coordination de la communication des risques.
- Valider les procédures opérationnelles de communication en cas d'urgence.
- Assurer la mobilisation des ressources financières.

Les défis à relever :

- Elaboration d'un plan national à sur les communications relatives aux multi risques des urgences sanitaires dans le cadre de RSI conformément à l'approche « Une Seule Santé ».

R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires - Score 2

Une certaine coordination ad hoc de la communication existe, à travers des réunions avec certains partenaires, par exemple, et/ou il y a un partage d'information bien que ce dernier soit irrégulier.

Point forts/meilleures pratiques

- Tenue des réunions du Comité national de gestion des épidémies avec un point sur la communication.
- Multiplicité et engagement des partenaires.

Volets à renforcer/défis

- Mise en place d'un mécanisme de partage régulier de l'information.
- Formalisation du cadre de coordination et extension du partenariat à toutes les parties prenantes, conformément au terme de l'arrêté.
- Organisation des exercices de simulation pour améliorer la coordination de la communication des risques en situation d'urgence.

R.5.3 Communication publique - Score 3

En plus du niveau 2 (capacité limitée), il y a une diffusion des informations proactive auprès du public sur un ensemble de plateformes (journaux, radios télévisions, médias sociaux, web) correspondant aux préférences nationales et locales et dans les langues utilisées au niveau national et local de manière à ce que les messages soient compris par les populations. Utilisation de technologies pertinentes au niveau local pour la communication publique (téléphone portable, etc.)

Point forts/meilleures pratiques

- Des résultats des études comportementales et études sur les déterminants socio culturels, en plus de données bibliographiques sont utilisés pour élaborer les stratégies de communication en direction des groupes cible identifiés.
- Les expériences et bonnes pratiques des organisations partenaires ont été capitalisées en vue d'une amélioration continue des stratégies de communication.
- Implication des acteurs communautaires dans les stratégies de communication.
- La santé occupe une bonne place dans les programmes des médias nationaux et locaux.
- Le SNEIPS dispose de moyens de conception de supports audiovisuels pour la diffusion des messages.

Volets à renforcer/défis

- Renforcement de la formation des journalistes en communication des risques et l'approche « Une seule santé »
- Maintien des séances d'information et/ou diffuser régulièrement des bulletins d'informations pendant les situations d'urgence.
- Documentation et partage des bonnes pratiques.
- Elaboration et utilisation des procédures pour la communication publique pour les urgences sanitaires.

R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées - Score 4

Des séances d'information régulières sont organisées ainsi que des formations, et des équipes faisant intervenir des volontaires assurent la mobilisation sociale et la participation de la communauté. Des mécanismes pour mobiliser des capacités en vue d'intensifier l'action existent et sont opérationnels. Un système de renvoi d'informations issues de l'écoute (domaine 5) pour améliorer la participation communautaire est déjà en place.

Point forts/meilleures pratiques

- Le Sénégal dispose d'un réseau associatif très dense, notamment au niveau communautaire (communicateurs traditionnels, relais, marraines de quartiers, groupements de femmes, associations sportives et culturelles, leaders religieux), qui participe aux activités de communication
- Le Service national de l'Éducation et de l'Information pour la Santé avec ses démembrements au niveau régional et départemental impulse et coordonne les interventions en communication.
- Disponibilité et participation des médias communautaires et nationaux (émissions interactives et autres plateaux) dans les activités de communication

Volets à renforcer/défis

- Formation des réseaux d'acteurs communautaires et les radios communautaires sur la communication des risques en vue d'une meilleure participation ;
- Mise en place dans chaque district d'un point focal chargé de collecter les renvois d'information et les questions émanant du public ;
- Dotation du numéro vert en ressources humaines supplémentaires
- Dotation du numéro vert d'un logiciel d'analyse des données

R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs – Score 2

Des systèmes Ad Hoc d'écoute et de gestion des rumeurs existent y compris à travers les agents de santé mais ils ne sont pas pleinement utilisés.

Point forts/meilleures pratiques

- Bonne couverture du numéro vert sur le territoire national
- Bonne couverture des médias nationaux et communautaires

Volets à renforcer/défis

- Désignation d'un responsable de la communication chargé de surveiller et de préparer la réponse aux rumeurs et fausses informations.
- Généralisation de la mise en place des groupes d'écoute à tous les districts sanitaires et renforcer leur capacité dans la surveillance et la remonté des rumeurs et fausses informations.
- Création d'un répertoire des fausses informations et exploitation des bases de données.
- Renforcement des Capacités des acteurs de la communication sur la gestion des rumeurs et fausses informations.
- Renforcer la synergie entre les acteurs de la communication et les universitaires (anthropologues, sociologues, psychologues).

AUTRES

Points d'entrée

Introduction

Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique, un État Partie peut désigner des postes-frontières) chargées d'appliquer des mesures de santé publique nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.

Cible

Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique, un État Partie peut désigner des postes-frontières) chargées d'appliquer des mesures de santé publique nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.

Niveau des capacités du Sénégal

Au Sénégal, 3 points d'entrée ont été désignés. Il s'agit du Port autonome de Dakar, de l'aéroport international Léopold Sédar Senghor, et du poste frontalier terrestre de Kalifourou.

Le port est essentiellement commercial quoiqu'il accueille également des navires de croisière qui laissent débarquer leurs passagers. L'aéroport voit transiter 1 million de voyageurs par an.

Les autorités portuaires et aéroportuaires sont des structures publiques ayant une autonomie de gestion.

Au port et à l'aéroport, le service de contrôle sanitaire aux frontières est présent. Il est sous la tutelle du Ministère de la Santé. Au port, tout le personnel à l'exception du médecin relève de la direction de l'hygiène bien que la supervision soit assurée par la Direction de la Prévention. La situation n'est pas définie à l'aéroport où les activités de contrôle relèvent à la fois de la Direction de la Prévention surveillance et vaccination) et de la Direction de l'Hygiène (mesures contraignantes de police sanitaire)

Les missions du Service de Contrôle sont d'assurer la surveillance de la frontière et d'effectuer la police sanitaire.

Lors de l'accostage d'un navire ou de l'atterrissage d'un avion, les procédures d'inspection sont connues et systématiquement menées. Au port, elles se soldent par la délivrance de la libre pratique qui permet ensuite aux services des douanes et de police d'opérer.

Sur les deux sites, les services de contrôle ne possèdent pas de local équipé pour l'examen des voyageurs malades. Lorsque les autorités portuaires ou aéroportuaires sont avisées de l'arrivée d'un passager ou d'un membre d'équipage malade qui nécessite une évacuation, la référence vers l'hôpital le plus adapté est organisée avec les pompiers ou le SAMU.

Seul le contrôle sanitaire à l'aéroport dispose de locaux permettant d'isoler les malades dans l'attente de leur transfert. Cependant, les kits de protection ne sont pas en nombre suffisant.

De nombreuses activités qui ont un lien avec le contrôle sanitaire, telles le traitement et le contrôle des eaux ou la gestion des déchets ou la lutte anti-vectorielle sont déléguées par les autorités à des opérateurs privés. Il n'existe pas de plan de lutte anti-vectorielle. Cette lutte n'est pas systématique mais s'effectue sur instruction des autorités administratives, et non selon un programme préétabli.

Il n'existe pas de capacité pour inspecter ou mettre en œuvre des mesures de contrôle en cas d'incident chimique ou radionucléaire.

Dans chacun de ces deux points d'entrée, il existe également un centre médical dirigé par des médecins : celui du port assure la prise en charge médicale des 1600 travailleurs et de leurs familles ; à l'aéroport, il assure la consultation et la prise en charge du personnel et des voyageurs malades.

Ces centres sont sous la responsabilité de l'autorité portuaire et aéroportuaire qui sont respectivement sous la tutelle du Ministère de la Pêche et de l'Economie maritime et du Ministère des Transports. Ils contribuent au Système National d'Information Sanitaire à l'aide d'outils fournis par le Ministère de la Santé, mais pas à la SIMR alors qu'ils enregistrent de nombreux cas de maladies prioritaires pour le pays.

Les services de contrôle sanitaire ne sont pas tenus au courant des résultats des activités de contrôle et de surveillance et n'assurent pas les activités de coordination de santé en raison de l'absence d'un système d'information à des fins de gestion.

Le cadre juridique et institutionnel qui régit la mise en place du RSI aux points d'entrée n'est pas suffisamment clair. La coordination se résume à des réunions organisées par les autorités des points d'entrée. Elles sont hebdomadaires au port et mensuelles à l'aéroport avec l'objectif de discuter des questions de sécurité (en incluant la sécurité sanitaire).

Il n'existe pas de procédures écrites, de protocoles d'accord liant l'autorité sanitaire à celle du point d'entrée. La répartition des rôles entre le service de contrôle et le centre médical n'est pas claire. Les centres médicaux disposent de nombreuses informations de surveillance mais ne les partagent pas avec le Ministère de la Santé. Il n'existe pas de procédures de communication régulière entre la santé vétérinaire chargée de l'inspection des produits animaux et la santé humaine. La coordination multisectorielle doit particulièrement être renforcée.

Des plans de gestion des urgences ont été développés. Celui du Port développé par le Contrôle sanitaire n'a pas été partagé avec les autres opérateurs. Le Contrôle sanitaire de l'aéroport est en train d'élaborer un plan spécifique aux urgences de santé publique, comme exigé par le RSI.

Le budget alloué au fonctionnement des services de contrôle sanitaire est faible. Il s'élève à 1500 Euros/an, en 2016. Cette allocation budgétaire a diminué depuis 2014.

Un exercice de simulation de gestion d'un événement de santé publique a été tenu à Kalifourou en juillet 2015.

Mesures prioritaires recommandées

- Actualiser et renforcer le cadre juridique et institutionnel qui régit la mise en place du RSI aux points d'entrée.
- Développer des procédures opératoires normalisées qui définiront les rôles et obligations des services de contrôle sanitaire, l'implication des autres secteurs dans les activités de santé aux points d'entrée, et les mécanismes de coordination et de communication au sein du pays et avec les autres pays.
- Doter les services de contrôle sanitaire aux frontières de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes pour opérer leurs missions d'inspection, de surveillance, de réponse, et de coordination des activités de santé aux points d'entrée.
- Développer les capacités de surveillance et de réponse aux points d'entrée terrestres.
- Développer, tester et mettre en œuvre des plans d'intervention pour les urgences de santé publique aux points d'entrée qui soient intégrés dans les plans stratégiques existant.

Indicateurs et scores

PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée - Score 1

Pas de capacité aux points d'entrée pour assurer les services médicaux appropriés.

Point forts/meilleures pratiques

- Il existe des services de contrôle sanitaire et des centres médicaux au port et à l'aéroport.
- Le screening sanitaire des passagers débarquant à l'aéroport est systématique (caméras thermiques).
- Le transfert des malades vers les hôpitaux de référence est organisé avec l'aide du SAMU et de la Brigade Nationale des Sapeurs-Pompiers.
- Des réunions de coordination multisectorielle sont organisées par les autorités des points d'entrée hebdomadairement au port et mensuellement à l'aéroport.

Volets à renforcer/défis

- Le cadre juridique et les procédures opératoires normalisées ne sont pas formalisés.
- La coordination multisectorielle n'est pas suffisamment développée : la collaboration avec la santé animale est insuffisante ; les services de contrôle sanitaire ne sont pas informés des activités relevant de leur responsabilité qui sont opérées par des prestataires de service (eau, déchets, lutte antivectorielle) ; les points focaux doivent être identifiés.
- Le personnel des services de contrôle sanitaire est en nombre insuffisant et n'est pas suffisamment formé notamment à l'inspection.
- Les activités d'inspection ne sont pas planifiées.
- Les services de contrôle sanitaire ne disposent pas de locaux, de matériel pour pouvoir accueillir, isoler et transporter dans de bonnes conditions de sécurité les malades (pas de vedette pour l'acheminement entre le bateau et le port, pas de véhicule d'intervention pour la désinfection).
- Les points d'entrée ne contribuent pas au système de surveillance épidémiologique.

PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée – Score 1

Aucun plan d'intervention national pour les urgences de santé publique n'existe pour agir face à une situation d'urgence de santé publique survenant aux points d'entrée.

Point forts/meilleures pratiques

- Il existe un plan d'urgence développé par le service du contrôle sanitaire au port.
- Il existe une agence chargée du secours et du sauvetage maritime (HASSMAR)
- Il existe des plans d'urgence sectoriels mais pas de plan d'intervention national pour les urgences de santé publique survenant aux points d'entrée, ou de plans sectoriels pouvant être intégrés dans les plans nationaux
- Les prestataires pour opérer les activités de réponse aux points d'entrée (traitement de l'eau, désinsectisation etc.) sont identifiés et opérationnels

Volets à renforcer/défis

- Il n'existe pas de capacités de surveillance et de réponse à l'unique point d'entrée terrestre désigné.
- Les plans sectoriels d'urgence existant ne sont pas finalisés et coordonnés aux points d'entrée. Ils doivent être intégrés dans les plans stratégiques nationaux existants, et testés.
- Les protocoles standards d'intervention fixant les rôles des intervenants, les grandes lignes et les actions à mener ne sont pas élaborés.
- Les agents devant intervenir dans les urgences de santé publique et mobilisables 24/7 ne sont pas

identifiés dans chacun des secteurs impliqués.

- Il existe un espace de quarantaine/ isolement à l'aéroport, mais pas au port. De même, il n'y a pas d'espace pour l'isolement des animaux malades.
- Les coordonnées des points d'entrée des pays limitrophes doivent être disponibles aux points d'entrée pour faciliter la coordination entre pays.

Événements d'origine chimique

Introduction

Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits

Cible

Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

Niveau des capacités du Sénégal

Le pays dispose :

- D'une Commission Nationale de Gestion des Produits Chimiques qui s'est investie pour la ratification des Conventions de Stockholm, de Rotterdam et de Bâle, et de la Réglementation Commune CILSS sur l'Homologation des pesticides.
- D'un Centre de Gestion de la Qualité de l'Air au niveau de la Direction de l'Environnement et des Etablissements Classés avec un rayon d'action limité à l'agglomération de Dakar et environ.
- D'un Centre Antipoison qui a pour mission d'assurer la détection et la prévention des intoxications causées par les Xénobiotiques, notamment les produits de santé, les pesticides, les produits ménagers, les produits industriels et les plantes.
- D'un Centre Régional de Recherches en Ecotoxicologie et Sécurité Environnementale, CERES-Locustox, dont la mission est d'analyser les résidus de pesticides, de PCB et de traces de métaux dans eau, sol, air, végétaux.
- Le pays s'est doté également de textes nationaux pour les prendre en compte dans son droit positif. Toutefois, ces textes nécessitent une réactualisation.
- Le Sénégal a une cartographie des producteurs et fournisseurs de produits chimiques.

Mesures prioritaires recommandées

- Développer et mettre en place un plan stratégique de gestion de la sécurité chimique prendre en compte en toutes les régions.
- Elaborer les normes, lignes directrices et protocoles relatifs à l'évaluation, à la surveillance et à la prise en charge des risques chimiques prioritaires et son extension sur l'ensemble du territoire.
- Renforcer la mise en réseau des bases de données existantes avec la centralisation de la collecte et la diffusion des informations.
- Développer et mettre en place un plan de gestion de la santé publique en cas d'incident et d'urgence d'origine chimique prenant en compte le niveau primaire et toutes les régions à travers :
 - Renforcer la capacité des laboratoires sectoriels pour permettre une analyse systématique.
 - Préparer un inventaire des établissements de soins de référence pour la sécurité chimique.
 - Appliquer les protocoles/lignes directrices pour la prise en charge des victimes de danger chimique.

- Assurer la participation aux réseaux chimiques et toxicologiques internationaux.

Indicateurs et scores

CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique - Score 3

Un système de surveillance est en place pour les événements d'origine chimique, les intoxications et les empoisonnements, avec des capacités de laboratoire – ou l'accès à des capacités de laboratoire – pour confirmer les événements prioritaires d'origine chimique.

Point forts/meilleures pratiques

- Mise en place de réseau de suivi de l'environnement des pesticides.
- Suivi des normes et conditions de stockage au plan national.
- Retrait des produits interdits du circuit de distribution et de commercialisation des produits phytosanitaires à usage agricole conformément aux recommandations du Comité Sahélien des Pesticides, produits chimiques à usage industrielle et produits chimiques à usage domestique.
- Elaboration de fiches techniques.
- Délivrance d'agrément et de permis d'importation pour assurer la traçabilité des produits chimiques durant tout leur cycle de vie.
- Organisation de sessions semestrielles de la Commission nationale de gestion des produits chimiques.
- Tenue de sessions d'instruction des dossiers de demande d'importation par la commission ad hoc d'experts sur les pesticides et produits chimiques à usage industriel.
- Elaboration du Plan national de Mise en œuvre de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants et sa révision / 5 ans.

Volets à renforcer/défis

- Renforcement de la sensibilisation entre les différents acteurs concernés par la gestion des pesticides.
- Extension des activités de surveillance des événements chimiques sur l'ensemble du territoire.
- Elaboration des normes et protocoles de prise en charge des risques chimiques prioritaires.

CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique - Score 2

Il existe des politiques, des plans ou une législation au niveau national pour la surveillance, l'alerte et l'action en cas d'événement d'origine chimique.

Point forts/meilleures pratiques

- Définition des orientations stratégiques dans le cadre de la mise en œuvre des conventions internationales sur les produits chimiques.
- Amélioration des infrastructures techniques destinées à la production de données et à la toxicovigilance ;
- Acquisition en 2006 d'un laboratoire mobile pour le contrôle de la qualité de l'air toujours fonctionnel ;
- Existence d'un Centre antipoison national.
- Existence d'un Centre régional de Recherches en Ecotoxicologie et Sécurité Environnementale, dénommé "Fondation CERES-Locustox".
- Travaux du Comité ad hoc d'experts sur les produits chimiques : Inscription du Spinox et du Granox à l'annexe III de la Convention de Stockholm.

- Formalisation de l'analyse de conformité des formulations commerciales de pesticides à l'importation.

Volets à renforcer/défis

- Renforcement de l'application de la réglementation nationale et internationale.
- Renforcement des ressources humaines et financières de la Commission nationale de gestion des produits chimiques à la hauteur de l'importance de sa mission.
- Renforcement des capacités techniques des acteurs concernés par la gestion des événements d'origine chimique pour la veille informationnelle, le suivi et l'action.
- Implication des centres d'expertise privés, notamment des laboratoires dans le contrôle des produits chimiques.
- Amélioration de l'accès et de l'exploitation des données sur la gestion des produits chimiques.
- Renforcement de la mise en réseau des bases de données existantes, la centralisation la formalisation dans la collecte et la diffusion des informations.

Situations d'urgence radiologique

Introduction

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces parmi les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Cible

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces parmi les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Niveau des capacités du Sénégal

Il est à noter que le Sénégal :

- Est parmi les premiers pays de la région à disposer d'un arsenal juridique adapté puisque l'autorité sénégalaise de radioprotection et de sûreté nucléaire a vu le jour en 2004. Le décret N°2010/893 fixe l'organisation et le fonctionnement de l'agence et lui attribue les fonctions, d'autorisation, d'inspection, de suivi de l'utilisation, de la traçabilité des sources radioactives ainsi que celle de la gestion des déchets radioactifs, des équipements ...
- A adopté en 2014 un Plan Intégré d'Appui à la Sécurité Nucléaire avec l'aide de l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA)
- Dispose d'une Unité de riposte aux événements Chimique Biologique Radiologique et Nucléaire (PLAN NRBC) au niveau de la Brigade Nationale des Sapeurs-Pompiers.

Dispose d'un Plan Intégré d'Appui à la Sécurité Nucléaire.

Toutefois, le pays n'assure pas encore :

- Une surveillance territoriale de la radioactivité.

Le contrôle de la radioactivité dans les lots entrants de métaux de récupération et dans les divers flux de produits ; Il ne dispose pas :

- De procédures de notification, sans délai, à l'AIEA et aux États parties susceptibles d'être touchés de toute situation d'urgence radiologique ayant des conséquences transfrontalières, et n'est pas encore prêt à réagir aux notifications adressées par un autre État, conformément aux procédures de l'AIEA

D'un plan adapté pour faire face aux accidents radiologiques et nucléaires.

Mesures prioritaires recommandées

Dans ce cadre, les experts sénégalais, en commun accord avec les experts de l'OMS ont convenu de soumettre les recommandations suivantes concernant les interventions prioritaires:

- Elaboration d'un plan d'urgence spécifique pour la gestion multisectorielle des situations d'urgence radiologique et mise en place d'un programme annuel ou biennuel prévoyant la réalisation d'exercices afin de tester le plan.

- Formation des acteurs engagés dans la détection et la réponse des urgences radiologiques.
- Mise en place d'un réseau national de surveillance de la radioactivité dans l'air.
- Dotation des postes frontaliers ou transitent les véhicules, des ports et des aéroports, des systèmes de détection de la radioactivité.
- Mise en place de directives et équiper les laboratoires concernés pour la détection de la radioactivité dans les aliments.

Indicateurs et scores

RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire - Score 2

Des politiques, des stratégies ou des plans nationaux pour la détection, l'évaluation et la riposte aux situations d'urgence radiologique sont en place et il existe un mécanisme de surveillance des rayonnements pour les situations d'urgence radiologique susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

Point forts/meilleures pratiques

- Le partenariat avec les autres structures concernées (les différents protocoles d'accord)
- La disponibilité des équipements de mesure de rayonnements ionisants
- L'existence d'un laboratoire de dosimétrie pour la dosimétrie passive
- S'agissant des bonnes pratiques, l'équipe sénégalaise rapporte avoir assuré un certain nombre de formations au profit des personnels de l'Autorité sénégalaise de Radioprotection et de Sûreté nucléaire, dans les domaines de la criminalistique nucléaire et des urgences radiologiques
- Par ailleurs, le pays dispose d'un plan intégré d'appui à la sécurité nucléaire (INSSP)

Volets à renforcer/défis

- Mise en place d'une unité de surveillance de la radioactivité du territoire
- Elaboration des guides indiquant aux médecins comment reconnaître les lésions radio-induites ;
- Soumission à un contrôle de la radioactivité, les lots entrants de métaux de récupération et les divers flux de produits ;
- Partage rapide des informations claires aux médias et au public en cas de situation d'urgence radiologique en raison de l'intérêt considérable que suscitent de telles situations. Ceci permettra aussi d'éviter que les mesures d'intervention ne soient indûment gênées
- Mettre des détecteurs de rayonnements ionisants à toutes nos frontières et les relier à une base arrière pour l'évaluation et la validation

RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique –Score 2

Les autorités nationales responsables des événements relevant d'une urgence radiologique ou nucléaire disposent d'un point focal désigné pour la coordination et la communication avec le ministère de la santé et/ou le PFNRSI.

Point forts/meilleures pratiques

- Mise en œuvre progressive du Plan Intégré d'Appui à la Sécurité Nucléaire (INSSP) du Sénégal.
- Existence de disposition réglementaire sur le plan d'action d'urgence pour les situations d'urgence radiologique.

- Existence de dispositions réglementaires relatives à la Planification de la gestion des incidents et accidents et à la mise en œuvre des interventions.
- Réalisation d'Exercices de simulation sur les risques NRBC dans le cadre des projets NRBC de la Communauté européenne.

Volets à renforcer/défis

- Mise et maintien en place des dispositions voulues pour faire face aux situations d'urgence radiologique.
- Etablissement par les responsables des sources de rayonnements ionisants leurs propres dispositions pour intervenir de façon graduée en fonction du niveau de risque en cas d'urgence.
- Mise en place des ressources suffisantes et de définir clairement les responsabilités afin d'assurer une intervention adéquate en cas d'urgence radiologique.
- Préparation des interventions d'urgence.
- Mise en place et maintien des dispositions pour notifier sans délai à l'AIEA et aux États susceptibles d'être touchés toute situation d'urgence radiologique ayant des conséquences transfrontalières, et d'être prêt à réagir à une telle notification adressée par un autre État, conformément aux procédures de l'AIEA.
- Inclusion de la question du risque radiologique dans la formation initiale des premiers intervenants (police, douane, forces armées, protection civile).
- Inclusion de la gestion des situations d'urgence radiologiques dans le plan ORSEC National.

Annexe 1 Contexte de l'évaluation externe conjointe

Lieu et dates de la mission

Dakar, Sénégal, 28 Novembre au 2 Décembre, 2016

Membres de l'équipe de la mission

Dr. Karen Sliter (chef d'équipe)	Brussels, Belgium	United States Department of Agriculture
Dr Yahaya Ali Ahmed (Co-chef d'équipe)	Brazzaville, Congo	OMS/AFRO
Ms Kalondo Ebba	Brazzaville, Congo	OMS /AFRO
Dr Soatiana C. Rajatonirina	Brazzaville, Congo	OMS /AFRO
Dr Sheick Oumar Coulibaly	Brazzaville, Congo	OMS /AFRO
Dr Daniel Yota	Ouagadougou, Burkina Faso	OMS /AFRO/IST
Dr Pierre Nabeth	Lyon, France	OMS
Dr. Anderson Latt	Freetown, Sierra Leone	OMS /WCO
Dr. Barry Ahmadou	Conakary, Guinea	OMS /WCO
Dr. Chris Murrill	USA	US Centers for Disease Control and Prevention
Ms. Dana Schneider	USA	US Centers for Disease Control and Prevention
Dr. Julie R. Sinclair	Paris, France	US Centers for Disease Control and Prevention/ L'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE)
Dr. Mohammed Rbai	Rabat, Morocco	Military Health Service HQ National Coordinating Centre for Epidemics Management PCC
Dr. Pissang T. Dademanao	Ouagadougou, Burkina Faso	FAO
Mr. Roland K. Wango	Congo	OMS /AFRO

Objectif

Évaluer les capacités et les compétences (du pays hôte) pertinentes pour les 19 domaines techniques de l'outil d'évaluation externe conjointe afin de fournir des données de base à l'appui des initiatives prises par (pays hôte) pour réformer et améliorer la sécurité de la santé publique.

Le processus d'évaluation externe conjointe :

Le processus d'évaluation externe conjointe est un examen par les pairs. Il s'agit donc, à ce titre, d'un exercice impliquant une collaboration entre les experts du pays hôte et les membres de l'équipe d'évaluation externe. L'ensemble de l'évaluation externe, y compris les discussions autour des scores, des points forts/bonnes pratiques, des volets à renforcer/défis et des mesures prioritaires se fait dans un esprit de collaboration, et dans le but de trouver un terrain d'entente totale entre les membres de l'équipe d'évaluation externe et les experts du pays hôte sur tous les aspects des conclusions et recommandations du rapport final.

En cas de désaccord important et irrémédiable intervenant entre les membres de l'équipe externe et les experts du pays hôte, entre les experts externes ou entre ceux du pays hôte, le chef d'équipe d'évaluation externe décide du score final et le point de désaccord est consigné dans le rapport final, ainsi que les arguments justifiant la position de chaque partie.

Limites et hypothèses

- L'évaluation fut limitée à une semaine ce qui a restreint le volume et la qualité des informations approfondies qu'il était possible de gérer.
- Il est supposé que les résultats de cette évaluation seront mis à la disposition du grand public.
- L'évaluation n'est pas un audit et les informations fournies par (pays hôte) ne seront pas vérifiées de manière indépendante. Les informations fournies par (pays hôte) seront discutées et la notation de l'évaluation sera décidée d'un commun accord entre le pays hôte et l'équipe d'évaluation. Il s'agit d'une revue par les pairs.

Annexe 2 : Principaux participants et institutions du Sénégal

Coordonnateurs	Membres	Personnes ressources
Législation, politique et financement nationaux		
Mr Amadou Ngom Services législatifs, Secrétariat Général du Gouvernement Tel : 775299145 amadoungom@gmail.com	Mr Souleymane SAMB, DSL/SGG/Primature Tel : 78 262 18 83 sambasouleymane@yahoo.fr Oumar DIALLO DSL/SGG/Primature Tel : 77 647 51 08 77 457 79 70 o.diallo@primature.sn Dr Rokhaya DIAGNE DL/M. Santé Tel : 77 564 58 90 rodiagne1@yahoo.fr Mr Makhtar BA DES/M. Santé Tel : 77 519 03 86 mmakhtar@live.fr Khady Seck BL//MSAS Tel : 77 524 05 07	
Coordination, communication et promotion du RSI		
Dr Mamadou Ndiaye DP/MSAS Tel : 776344057 mamamorph@yahoo.fr	El Hadji DIOUF/SNEIPS/MSAS Tel : 77 647 51 08 semoundiarka@yahoo.fr Aissatou DIOUF NIANG MSAS/Cellule.com Tel : 77 124 58 68 niangaissatu@yahoo.fr Mme Hawa BA MARA Ministere communication Tel :	Ibrahima Fall Junior : 776476006
Résistance aux antimicrobiens		
Pr Rouhyatou Ka DL/MSAS Tel : 776493930 rougyka@gmail.com	Malamine Seck PRONALIN/MSAS Tel : 77 535 62 89 lemzoseck@hotmail.com Dr Alpha Amadou DIALLO 77.657.56.57 /ISRA Mme Fatou BEYE SARRE LANAC /M. Commerce Tel : 77 640 27 61 Fatoube72@yahoo.fr	Pr Iyane Sow/DL/MSAS Tel : 777405999 profisow3@gmail.com Dr Ndella Konaté

Zoonose		
Dr Coumba FAYE DIOUF/ Elevage Tel : 77 551 59 22 coumbafayeniang@yahoo.fr	Dr Baba SALL / Elévage Dr Babacar YOUM Dr Djibril DIOUCK/Environnement Tel : 77 360 11 97 djibrildiouck@hotmail.com Dr Modou Moustapha LO/ISRA Tel : moustaphalo@yahoo.fr Dr Fatou BADIANE/MSAS Tel : 77 571 40 12 badianefifi@yahoo.fr	Dr Ismael Seck/DSV/MEPA Tel : 338271749 ismaila.seck@elevage.gouv.sn,
Sécurité sanitaire des aliments		
Mme Lèye Mame Diarra Faye CAP/MSAS Tel : 775200915 mamediarrafaye@yahoo.fr	Moustapha Kane SNH 776164272 mkndbkane@yahoo.fr Bacary Diatta/LANAC 775493609 bacarydiatta@hotmail.com Dr Coumba KEBE/Elevage, Mme Mame Khady MBAYE/ Commerce Dr Fatou TALL/ISRA, ITA/Industrie	Pr Mamadou Fall/UCAD Dr Coumba KEBE/Elevage Pr Amy GASSAMA SOW/IPD
Sécurité et sûreté biologiques		
Mr Ousseynou Kassé/ANB/ MEDD Tel : 775394829 Ouzin12@gmail.com	Dr Rokhaya Diagne/MSAS Tel : 775645890 rodiagne1@yahoo.fr Mbayame Niang/IPD Dr Assane Gueye Fall/ISRA	Pr Pape Mbacké Sembène/IRD
Vaccination		
Dr Ousseynou Badiane/DP/ MSAS Tel : 776514376 ouzbad@yahoo.fr	Dr Coumba Faye Diouf/Elevage Mr Madické Diagne/DPM/MSAS	Pr Dieye/DPM
Système national de laboratoires		
Dr Mbayame Ndiaye Niang IPD/MSAS Tel : 775603512 niang@pasteur.sn	Mme Fatou Bèye Sarre LANAC Tel : 776402761 fatoube72@yahoo.fr	Pr Amadou Alpha Sall/IPD/MSAS Tel : 78 123 30 68 asall@pasteur.sn Dr Alioune Fall/ISRA 775690204 Alioune.fall@isra.sn
Surveillance en temps réel		
Dr Babacar Ndoye DP/MSAS Tel : 776342254 bdndoye@yahoo.fr	Dr Fatou Ndiaye Badiane DLM/MSAS Tel : 775714012 badianefifi@yahoo.fr	Dr Ismael SECK/Elevage Dr Babacar Youm/MEDD Dr Djibril Diouck/MEDD

Notification		
Dr Mamadou Ndiaye DP/MSAS Tel : 776344057 mamamorph@yahoo.fr	1) Dr Madické Diagne DPM/MSAS Tel : 766807794 dmadicke@yahoo.fr 2) Mme Khadidiatou Diamanka Tel : 777115262 dikhadiamanka@yahoo.fr 3) Dr Sadiya Aidara DP/MSAS Tel : 776563083 4) Mame Diarra Diène Diouf Ministère du commerce Tel : 776311086 dd.diouffy@yahoo.fr	Dr Ismael Seck/Elevage Ablaye Ndiaye, PF SPS/Agriculture Dr Babacar Youm/PF OIE/MEDD Point RASFF/DITP Mme Assome Aminata Diatta/ Direct Com exteR Tel : 775249956 aminataassome@gmail.com
Développement du personnel		
Dr Boly Diop DP/MSAS Tel : 775319963 diopboly@yahoo.fr	1) Brahame Coundoul DRH/MSAS Tel : 775550510 bramecoundoul@yahoo.fr 2) Mbaye Ka CSFA/MSAS Tel : 776350610 kaguille@gmail.com	Pr Anta Tall Dia/ISED/UCAD Pr Kaboré/EISMV Mr Souka Ndella Diouf DRH/MSAS Dr Ditu FETP
Préparation		
Gorgui Gueye DPC/MINT Tel : 774357440 gueyego@hotmail.fr	Mme Coumba Kébé Gueye Elevage	Mr Ablaye Noba DPC/MINTSP Tel : 77 529 05 17
Interventions d'urgence		
Dr Abdoulaye Bousso COUS/MSAS Tel : 777404253 abouso@cousenegal.sn	1) Alioune Badara Ly COUS/MSAS Tel : 706381801 ably@cousenegal.sn 2) Dr Kéba Camara SAMU/MSAS Tel : 775602123	1) Colonel Souleye Ndiaye MEDD 2) Dr Abdallah Wade SAMU/MSAS Tel : 773764125 abdallawade@hotmail.com
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité		
Commissaire Divisionnaire Abdoulaye Diop DSP/MINTSP Tel : 77 529 00 07	Commissaire Divisionnaire Abdoul Wahabou Sall Tel : 775290002	Commandant El Hadj Tidiane Diallo

Moyens médicaux et déploiement de personnel		
Pr Mamadou Diarra Bèye SAMU/MSAS Tel : 776389445 mamadoubeye@yahoo.fr	Dr Allé Baba Dieng COUS/MSAS Tel :	Dr Bakary Danfakha BNSP Tel : 775291418
	Dr Kéba Camara SAMU/MSAS Tel : 775602123	Colonel Mayé Konaté SAPEURS POMPIERS
	Dr Yaya Thiongane ISRA	Colonel Sarré ARMEES
Communication sur les risques		
Dr Aloyse Waly Diouf SNEIPS/MSAS Tel : 776053356 diouf_aloyse@yahoo.fr	Fatou Sar Ministère de l'industrie et des mines Tel : 776532634	Mamadou Sow/Cellule de communication/MSAS 776190985
Points d'entrée		
Dr Ousseynou Ba CSFM/MSAS Tel : 775569927 ousseynouba@yahoo.fr	Aliou Pouye tel : 774852836 mbackeniamar@yahoo.fr	Dr Alioune Fall/CSFA
	Gorgui Lamine Diouf Tel : 776342713 gorguilamine@yahoo.fr	El Hadji Khaly Dièye/Port/Elevage : 775687489
	Adjudant Chef Wade GREP/BNSP Tel : 775291488	Ousmane Gabriel Nazaire Ndiaye Port Tel : 776310173
Événements d'origine chimique		
Papa Sam Gueye CNGPC/MAER papa.samgueye@maer.gouv.sn	Mme Waly Bintou Fall Tel : 781861006	Mr Abdoulaye Ndiaye DPV/MAER Tel : 776111175
		Colonel Moussa Niang SAPEURS POMPIERS Tel : 775291412
Situations d'urgence radiologique		
Moustapha Sadibou Tall Tel : 775391442 moustaphasadibou.tall@arsn.sn	Colonel Moussa Niang SAPEURS POMPIERS Tel : 775291412	Fagamou Sy PF CBRN/DEEC/MEDD Tel : 775547839

Annexe 3 : Liste des participants à l'atelier de mise à niveau

N°	Prénom et Nom	Institution	Tel	Email
1	Dr Boly DIOP	DP/M. Santé	77 531 99 63	Diopboly@yahoo.fr
2	Dr Djibril DIOUCK	DPN/M. Environnement	77 360 11 97	djibrildiouck@hotmail.com
3	Dr Modou Moustapha LO	ISRA/M. Agriculture		moustaphalo@yahoo.fr
4	T.S.G.S. Aliou POUYE	CSFM		mbackeniar@yahoo.fr
5	Dr Bakary DANFAKHA	Sapeur-Pompier/M. Intérieur		Danfakha6062@yahoo.fr
6	Dr Kéba CAMARA	SAMU/M. Santé		Keba_camara@hotmail.com
7	Mme Fatou BEYE SARRE	LANAC /M. Commerce	77 640 27 61	Fatoube72@yahoo.fr
8	Mme Fatou NDIAYE BADIANE	DLM/M. Santé	77 571 40 12	badianeffi@yahoo.fr
9	Dr Coumba FAYE	DSV/M/ Elevage	77 551 59 22	coumbafayeniang@yahoo.fr
10	Mr Gorgui GUEYE	DPC/M. Intérieur	77 435 74 40	gueyego@hotmail.fr
11	Mr Souleymane SAMB	DSL/SGG/Primature	78 262 18 83	sambasouleymane@yahoo.fr
12	Mr Elhadji DIOUF	SNEIPS/M. Santé	77 647 51 08	semoundiarka@yahoo.fr
13	Mr Oumar DIALLO	DSL/SGG/Primature	77 457 79 70	o.diallo@primature.sn
14	Dr Rokhaya DIAGNE	DL/M. Santé	77 564 58 90	rodiagne1@yahoo.fr
15	Mme Aissatou DIOUF NIANG	Cellule Com./M. Santé	77 124 58 68	niangaissatu@yahoo.fr
16	Mme Dioma DIENE DIOUF	DCE/M. Commerce	77 634 10 86	dd.diouffy@yaoo.fr
17	Mr Malamine SECK	PRONALIN/M. Santé	77 535 62 89	lemzoseck@hotmail.com
18	Dr Mbayame NDIAYE NIANG	IPD/Institut Pasteur	77 560 35 12	niang@pasteur.sn
19	Mme Sene Waly Bintou FALL	DPV/M. Agriculture	78 186 10 06	b_walfal@yahoo.fr
20	Mme Mame Diarra LEYE	CNCA/M. Santé	77 520 09 15	mamediarrafaye@yahoo.fr
21	Mme Fatou SOCK	FAO	77 637 44 61	fatou.sock@fao.org
22	Dr Moussa DIAKHATE	USAID	77 656 56 72	
23	Mme Khadidiatou DIAMANKA	DCE/M/ Commerce	77 711 52 62	
24	Mr Makhtar BA	DES/M. Santé	77 519 03 86	mmakhtar@live.fr
25	Mr Mbaye KA	SCSA/M. Santé	77 635 06 10	kaguille@gmail.com
26	Mr Moustaphe Sadibou TALL	Autorité Radio Protection	77 539 14 42	moustall@refer.sn
27	Mr Ablaye DIOUF	CT/COM/M. Santé	77 740 42 50	
28	Dr Abdoulaye BOUSSO	COUS/M. Santé	77 740 42 53	Aboussou@cousenegal.sn
29	Cdt Elhadji Tidiane DIALLO	DPAF/M. Intérieur	77 529 02 08	
30	Mr Khalifa MBENGUE	OMS	77 545 83 81	mbenguek@who.int
31	Dr François LIBAMA	OMS	77 803 35 61	libamaf@who.int
32	Dr Gorgui Lamine DIOUF	DCSF/NSH/M. Santé	77 634 27 13	
33	Mme Khady SECK	BL/M. Santé	77 524 05 07	
34	Mme Fatou SAR	IAAF/M. Industrie	77 653 26 34	
35	Dr Ousseynou BADIANE	DP/M. Santé		aimi_nfa@hotmail.com
36	Dr Adiaratou NDIAYE	Primature		a.ndiaye@primatures.sn
37	Dr Mamadou NGOM	OMS	77 658 80 11	ngomma@who.int

38	Pr brahima SECK	CT1/M. Santé	77 634 13 31	ibouseck@yahoo.fr
N°	Prénom et Nom	Institution	Tel	Email
39	Dr El Hadji Mamadou NDIAYE	DP/M. Santé		mamamorph@yahoo.fr
40	Mr Ousseynou KASSE	DG/ANB/M. Environnement		ouzin12@gmail.com
41	Dr Malick DIAGNE	DPM/M. Santé		dmadicke@yahoo.fr
42	Dr Aloyse DIOUF	SNEIPS/M. Santé		dioufaloyse@yahoo.fr
43	Mr Brahame COUNDOUL	DRH/M. Santé		bramecoundoul@yahoo.fr
44	Mr Ousmane DIALLO	DOC/OMS	77 641 84 67	dialloo@who.int
45	Dr Ibrahim Oumar BA	OMS	77 484 96 79	bai@who.int
46	Dr Malang COLY	OMS	77 474 47 44	malangcoly@yahoo.fr

Annexe 4 : Liste des participants à l'atelier d'analyse de la situation

N°	PRENOMS ET NOM	STRUCTURES	TELEPHONE	E-MAIL
1	Dr Abdoulaye DIAWARA	DSV/MEPA	77 637 91 52	abdoulaye.diawara@elevage.gouv.sn
2	Fatou BEYE SARRE	LANAC/MC	77 640 27 61	fatoube72@yahoo.fr
3	Bacary DIATTA	LANAC/MC	77 549 36 09	bacarydiatta@hotmail.com
4	Moustapha THIOUNE	AR SN	77 540 86 85	moustaphathioune@yahoo.fr
5	Dr François LIBAMA	OMS	77 803 35 61	libamaf@who.int
6	Gorgui GUEYE	DPC/MSP	77 435 74 40	gueyego@hotmail.fr
7	Allé Baba DIENG	COUS/MSAS	70 638 18 06	abdieng@cousenegal.sn
8	Dr Kéba CAMARA	SAMU MUNICIPAL	77 560 21 23	keba_camara@hotmail.com
9	Judith Nguimfack TSAGUE	MEASURE EVALUATION	78 129 00 74	jnguimfack@gmail.com
10	Oumar DIALLO	DSL/PRIMATURE	77 457 79 70	o.diallo@primature.sn
11	Makhtar BA	DES/MSAS	77 519 03 86	mmakhtar@live.fr
12	Mbaye KA	CSFA/AEROPORT	77 635 06 10	kaguille@gmail.com
13	Aliou POUYE	CSFM/PORT	77 485 28 36	mbackeniamar@yahoo.fr
14	Dr Gorgui Lamine DIOUF	DCSF/SNH	77 634 27 13	gorguilamine@yahoo.fr
15	Dr Ousseynou KASSE	ANB/MEDD	77 539 48 29	ouzin12@gmail.com
16	Papa Massar FALL	DPV	77 546 29 27	fallmass18@yahoo.fr
17	Mbayame NDIAYE NIANG	IPD	77 560 35 12	niang@pasteur.sn
18	Mady BA	OMS	77 659 40 05	mba@who.int
19	Sadiya AÏDARA	DP/MSAS	77 656 30 83	sadiya.aidara@sante.gouv.sn
20	Youssef KABORE	FAO/ECTAD	78 179 00 64	youssef.kabore@fao.org
21	Malang COLY	OMS	77 474 47 44	malangcoly@yahoo.fr
22	Ibrahim Oumar BA	OMS	77 484 96 79	bai@who.int
23	Dr Mamadou NGOM	OMS	77 658 80 11	ngomma@who.int
24	Dr ElHadji Mamadou NDIAYE	DP/MSAS	77 634 40 57	mamamorph@yahoo.fr
25	Brahame COUNDOUL	DRH/MSAS	77 555 05 10	bramecoundoul@yahoo.fr
26	Aminata CASSE	DTRA	77 285 50 41	casseag@state.gov
27	Michael KINZER	CDC	77 333 36 34	mkinzer@cdc.gov
28	Jim TING	CDC	77 740 88 78	tingjy@state.gov
29	Magatte NDIAYE	USAID.HEALTH	77 522 96 41	magnidiay@orange.sn mndiaye@usaid.gov
30	Ibrahima SECK	CT1/MSAS	77 634 13 31	ibouseck@yahoo.fr
31	Malamine SECK	PRONALIN	77 535 62 89	lemzoseck@hotmail.com
32	Loty SARR FALL	DP/MSAS	77 421 85 50	loty.fall@yahoo.fr
33	Dr Aloyse Waly DIOUF	SNEIPS	77 605 33 56	diouf_aloyse@yahoo.fr
34	Khadidiatou DIAMANKA	DCE	77 711 52 62	dikhadiamanka@yahoo.fr
35	Baba Gallé DIALLO	CELLULE COM/MSAS	77 458 26 09	bbgd70@yahoo.fr

36	El Hadji DIOUF	SNEIPS	77 647 51 08	semoundiarka@yahoo.fr
37	Khalifa MBENGUE	OMS	77 545 83 81	mbenguek@who.int
38	Mamadou Lamine DIALLO	DSV/MEPA	77 525 84 83	memedoulamine@gmail.com
39	Dr Mamadou Moustapha LO	ISRA/LKERV	77 523 54 57	moustaphalo@yahoo.fr
40	Dr Babacar Ngor YOUM	DPN/MEDD	77 551 22 01	bacaryoum@yahoo.fr
41	Dr Boly DIOP	DP/MSAS	77 531 99 63	diopboly@yahoo.fr
42	Dr Papa Serigne SECK	PRIMATURE	77 740 85 28	paseck@primature.sn drpapaseck@yahoo.fr
43	Dr Coura DIACK	PATH	78 457 87 82	kdiack@path.org
44	Dr Déo NSHIMIRIMANA	OMS	77 644 95 90	nshirimanad@who.int

Annexe 5 : Documents justificatifs fournis par le pays hôte

Documents de référence

Remarque : Le lien ci-dessous, vous permet d'accéder aux documents de référence

<http://www.sante.gouv.sn/page-reader-content-details.php?page=Njg=&jmenu=Mg==>

- EPR-LESSONS LEARNED2012 Situations d'urgence radiologique : enseignements tirés des interventions (1945-2010) ;
- Loi n° 2004-17 du 15 juin 2004, relative à la protection contre les rayonnements ionisants ;
- INSSP du Sénégal ;
- DECRET n° 2010-893 du 30 juin 2010 portant organisation et fonctionnement de l'Autorité de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire ;
- COLLECTION NORMES DE SÛRETÉ DE L'AIEA : Préparation et intervention en cas de situation d'urgence nucléaire ou radiologique PRESCRIPTIONS N° GS-R-2 ;
- Rapport d'évaluation interne RSI, Sénégal, novembre 2016 ;
- Présentations PowerPoint 1) du système de santé du pays, des services sanitaires publics et du système de sécurité sanitaire 2) des 19 domaines techniques.

Législation, Politique et financement nationaux

Documentation pertinente

- Code de l'Hygiène;
- Code de l'Environnement;
- Code de l'Assainissement;
- Code de la Pêche Maritime;
- Décret n°60-121 du 10 mars 1960 instituant le contrôle phytosanitaire au Sénégal;
- Décret n°2016-933 du 05 juillet 2016 relatif à la santé des gens de mer; et
- Rapport atelier RSI-Nov-11.

Coordination, communication et promotion du RSI (2005)

Documentation pertinente

- Rapport de suivi de la mise en œuvre du RSI en 2015;
- Rapport de l'atelier d'élaboration de la cartographie du risque en juin 2016;
- Projet d'arrêté ministériel désignant le PFNRSI.

Résistance aux antimicrobiens

Documentation pertinente

- Feuille de route du PRONALIN ;
- Plan National de gestion des déchets médicaux ;
- Note de service mettant en place le comité de pilotage pour la stratégie Prévention Contrôle des Infections
- Directives sur les activités prioritaires (aides mémoire et guides) ;
- Note de service modèle mettant en place les CLIN et CHSCT.

Zoonoses

Documentation pertinente

- DECRET N°2002-1994 du 4 novembre 2002 abrogeant et remplaçant le décret 62-0258 du 5 juillet 1962 relatif à la police sanitaire des animaux;
- Analyse OIE des écarts du PVS au Sénégal, mars 2010;
- Arrêté Ministériel N°021144 du 16 novembre 2015, portant organisation de la Direction des Services Vétérinaires;
- DECRET N° 95-645 du 6 juillet 1995 relatif à l'institution du mandat sanitaire au Sénégal;
- DECRET N° 2002 – 628 du 25 juin 2002 fixant les modalités d'application de la loi N°79-33 du 24 janvier 1979 portant statut particulier du personnel des Parcs Nationaux;
- Arrêté N° 005917 du 25/10/2005 portant création du Système National de Surveillance Epidémiologique des maladies animales au Sénégal.

Sécurité sanitaire des aliments

Documentation pertinente

- Compte rendu du Conseil Interministériel sur le Codex Alimentarius du lundi 3 mai, 2013 ;
- Note de service du Ministre de la Santé mettant en place un groupe de travail chargé d'élaborer le plan national de réponse aux urgences de la sécurité sanitaire des aliments;
- Note de service no 05997 désignant des points focaux au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN);
- Loi no 66-48 du 27 mai 1966 relative au contrôle des produits alimentaires;
- Rapport atelier national de renforcement du système de surveillance et d'alerte rapide en matière de SSA.

Sécurité et sûreté biologiques

Documentation pertinente

- Rapport vue d'ensemble du transport des échantillons ;
- Rapport DTRA-1 sur la sécurité et la sûreté biologique du laboratoire de l'ISRA-ENLV ;
- Rapport DTRA-2 sur la sécurité et la sûreté biologique du laboratoire de l'ISRA-ENLV.

Vaccination

Documentation pertinente

- Guide du PEV du Sénégal de 2016

Système national de laboratoires

Documentation pertinente

- Guide Technique Pour la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte, Sénégal, 2008 ;
- Rapport de la visite d'évaluation du système de transport des échantillons et des réseaux de référence ASLM ;
- Bulletin hebdomadaire surveillance épidémiologique ;
- Arrêté portant création et organisation du système national de surveillance.

Surveillance en temps réel

Documentation pertinente

- Guide technique SIMR;
- Bulletin hebdomadaire du réseau des 4S;
- Un numéro du BEH;
- Guide DHIS2;
- Capture d'écran des pages surveillance sur DHIS2.

Notification

Documentation pertinente

- Note de nomination du Directeur de la Prévention du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale comme PFN RSI;
- Rapport d'investigation de l'épidémie de la Fièvre Crimée-Congo détectée en Novembre 2015.

Développement du personnel

Documentation pertinente

- Plan national de développement des RH du MSAS.
- Plan national de développement des RH du MSAS-2.
- Cadre logique.

Préparation

Documentation pertinente

- Le Plan ORSEC Décret N° 99-172 DU 04 MARS 1999 adoptant le Plan National ORSEC ;
- Le plan de contingence COUS;
- Le Plan de contingence Elevage : élaboré en juillet 2016 ;
- Le Plan national de préparation et d'intervention en cas de pandémie de grippe DECEMBRE 2013 ;

- Le Plan d'urgence de Soutien militaire aux autorités civiles (SMAC) en cas de catastrophe : Décembre 2013 ;
- L'arrêté n° 4386/M.INT/DPC du 04 juin 1999 fixant les modalités de déclenchement, de mise en œuvre et de levée du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 4386 du 04 juin 1999 fixant les modalités de déclenchement, de mise en œuvre et de levée du plan national d'organisation des secours en cas de catastrophe (PLAN ORSEC) ;
- L'arrêté n° 04387/MINT/DPC du 22 juin 1999 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 10507 du 16 décembre 1993 créant le comité de gestion des moyens du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 04388/MINT/DPC du 22 juin 1999 remplaçant l'arrêté n° 10502 du 16 décembre 1993 créant la Cellule Information et Relations Publiques du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 04389/MINT/DPC du 22 juin 1999 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 10503 du 16 décembre 1993 créant la Cellule Liaisons-Transmissions du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 04390/MINT/DPC du 22 juin 1999 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 10506 du 16 décembre 1993 créant le Groupe « Secours et Sauvetage » du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 04391/MINT/DPC du 22 juin 1999 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 10508 du 16 décembre 1993 créant le Groupe « Santé et Entraide » du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 04392/MINT/DPC du 22 juin 1999 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 10504 du 16 décembre 1993 créant le Groupe « Police-Circulation-Renseignements » du Plan National ORSEC ;
- L'arrêté n° 04393/MINT/DPC du 22 juin 1999 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 10505 du 16 décembre 1993 créant le Groupe « Transports et Travaux » du Plan National ORSEC.

Interventions d'urgence

Documentation pertinente

- Plan Stratégique 2016-2018 du COUS;
- Arrêté Ministériel de création du COUS ;
- Arrêté Ministériel nommant le Coordonnateur du COUS ;
- PON MVE;
- Rapports de simulation Kolda-Tambacounda ;

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

Documentation pertinente

- Note n°00457/DPAF/SP du 7 avril 2015 portant gestion du Daaka de Médina Gounass;
- Note n°00718/DPAF/DLS du 4 juin 2015 portant persistance de la maladie à virus Ebola et apparition de nouvelles maladies en Guinée;
- Note n°00147/DPAF/DLS du 1er février 2016 portant réapparition de la maladie à virus Ebola dans la sous-région;
- Règlement C/REG.21/11/10 portant harmonisation du cadre structurel et des règles opérationnelles en matière de sécurité sanitaire des végétaux, des animaux et des aliments dans l'espace CEDEAO.

Moyens médicaux et déploiement de personnel

Documentation pertinente

- Plan ORSEC DECRET N° 99-172 DU 04 MARS 1999 adoptant le Plan National ORSEC;
- Retour d'expérience sur la mise en œuvre du Plan ORSEC National de 2012;
- Plan NOVI SAMU;
- Plan de contingence COUS;
- RAPPORT D'EXERCICE - Exercice de simulation de la coordination et des opérations du 10 et 11 juin 2015 – pour Ebola – COUS/Sénégal.

Communication sur les risques

- Documentation pertinente
- <http://www.sante.gouv.sn/page-reader-content-details.php?jpage=Njg=&jmenu=Mg==>
- Rapport de réunion du comité national de mobilisation sociale ;
- Bis-1-Canevas de microplan communication Ebola;
- Bis-2-Sénégal Comm Ebola scenarii;
- Bis-3-TDR plan de communication des risques.

Points d'entrée

Documentation pertinente

- Rapport de l'évaluation des Points d'entrée en 2014;
- Rapport de réunion du comité national de mobilisation sociale.

Événements d'origine chimique

Documentation pertinente

- Arrêté ministériel n° 852 en date du 8 février 2002 portant création de la commission nationale de gestion des produits chimiques;
- Décret N° 2006-1257 du 15 novembre 2006 fixant les prescriptions minimales de protection contre les risques chimiques;
- Convention de Bale (adoptée le 22 mars 1989) sur le contrôle des mouvements internationaux de produits chimiques;
- Convention de Rotterdam (entrée en vigueur le 24 février 2004) sur l'échange d'information et consentement préalable (PIC) entre les parties prenantes dans le commerce international de certains produits;
- Convention de Stockholm (entrée en vigueur le 17 mai 2004) sur les Polluants Organiques Persistants (POP) interdisant la production de certains pesticides et polluants chimiques industriels.

Situations d'urgence radiologique

Documentation pertinente

- EPR-LESSONS LEARNED2012 Situations d'urgence radiologique : enseignements tirés des interventions (1945-2010);
- Loi n° 2004-17 du 15 juin 2004, relative à la protection contre les rayonnements ionisants ;
- INSSP du Sénégal;
- DECRET n° 2010-893 du 30 juin 2010 portant organisation et fonctionnement de l'Autorité de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire;
- COLLECTION NORMES DE SÛRETÉ DE L'AIEA : Préparation et intervention en cas de situation d'urgence nucléaire ou radiologique PRESCRIPTIONS N° GS-R-2.

