



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE



**Plan de contingence
multisectoriel
de lutte contre
la COVID-19**

Phase II

Septembre 2020

Plan de contingence multisectoriel de lutte contre le COVID-19

Phase II

Date d'élaboration de la Phase I	19 mars 2020
Période couverte	MARS - AOÛT 2020
Date de mise à jour	1 SEPTEMBRE 2020
Période couverte	SEPTEMBRE 2020 - FÉVRIER 2021
Prochaine mise à jour	FÉVRIER 2021
Pays	SÉNÉGAL

SOMMAIRE

Résumé	7
Introduction	8
I. Contexte et justification	8
II. Présentation du cadre	8
2.1. Système de santé et d'Action sociale	8
2.2. Système de santé Animale	9
III. Analyse situationnelle	10
3.1. Les principales réalisations	10
3.2. Mobilisation des ressources	15
3.3. Continuité des services	16
3.4. Leçons apprises	16
3.5. Défis	17
IV. Objectifs	18
4.1. Objectif général	18
4.2. Objectifs spécifiques	18
V. Méthodologie	18
VI. La portée	18
6.1. Cibles	18
6.2. Populations à risque	18
6.3. Acteurs de mise en œuvre	19
VII. Planification	19
7.1. Hypothèses de planification	19
7.2. Description du scénario	19
7.2. Plan d'action	20
7.4. Budget Synthèse	27
VIII. Documents ressources	30

LISTE FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : l'Evolution des alertes reçues au SAMU National	12
Tableau I : Activités du plan de contingence phase II	20
Tableau II : Coût des activités selon les commissions du CNGE	27
Tableau III : Principaux indicateurs de suivi selon les commissions du CNGE	28

Liste des Abréviations, Sigles et Acronymes

AIBD	Aéroport international Blaise DIAGNE
ANAM	Agence nationale des Affaires maritimes
ANAT	Agence nationale de l'Aménagement du Territoire
ARMP	Autorité de Régulation des Marchés Publics
BRH	Brigade régionale d'Hygiène
CDGE	Comités départementaux de Gestion des Epidémies
CEREEQ	Centre expérimental de Recherches et d'Etudes pour l'Équipement
CHSCT	Comités d'Hygiène et Santé au Travail
CLIN	Comités de lutte contre les Infections nosocomiales
CNGE	Comité National de Gestion des Epidémies
CNRS	Centre national de Réinsertion sociale
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
CREC	Communication sur les Risques et l'Engagement Communautaire
CRGE	Comités régionaux de Gestion des Epidémies
CTE	Centre de Traitement des Epidémies
CEVAC	Comité de Veille et d'Alerte communautaire
DCMP	Direction centrale des Marchés publics
DEPS	Direction des Etablissements publics de Santé
DGAS	Direction générale de l'Action sociale
DGSP	Direction générale de la Santé publique
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DLM	Direction de Lutte contre les Maladies
DP	Direction de la Prévention
DPSP	Direction de la Protection et de la Surveillance des Pêches
DS	District sanitaire
DSV	Direction des Services vétérinaires
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EIR	Equipes d'Intervention rapide
EMPEC	Equipe mobile de Prise en Charge
EPI	Equipements de Protection individuelle
EPS	Etablissement public de Santé
GT	Groupe thématique
HOGIP	Hôpital général Ibrahima POUYE
HPD	Hôpital principal de Dakar
IRESSEF	Institut de Recherche en Santé, de Surveillance Epidémiologique et de Formation
ISRA	Institut sénégalais de Recherches agricoles
LNERV	Laboratoire national de l'Élevage et de Recherches vétérinaires

LNSP	Laboratoire national de Santé publique
MAER	Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement rural
MCR	Médecin Chef de Région
MCTDAT	Ministère des Collectivités territoriales, du Développement et de l'Aménagement des Territoires
MENT	Ministère de l'Économie numérique et des Télécommunications
MEPA	Ministère de l'Élevage et des Productions animales
MINT	Ministère de l'Intérieur
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTTA	Ministère du Tourisme et des Transports Aériens
OCB	Organisation communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAS	Office National de l'Assainissement du Sénégal
ONFP	Office National de Formation Professionnelle
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PCI	Prévention et Contrôle de l'Infection
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme élargi de Vaccination
PFN RSI	Point focal national/ Règlement sanitaire international
PNA	Pharmacie nationale d'Approvisionnement
PoE	Point d'Entrée
PON	Procédure opératoire normalisée
PPS	Points de Prestations de Service
PRA	Pharmacie régionale d'Approvisionnement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RM	Région médicale
RSI	Règlement sanitaire international
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SDAS	Service départemental de l'Action sociale
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
SIG	Système intégré de Gestion
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Transmissibles
SNEIPS	Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé
SNH	Service national de l'Hygiène
SPS	Structures privées sanitaires
SRAS	Service régional de l'Action sociale
TIC	Technologie de l'Information de la Communication
TS	Technicien supérieur
UTA	Unité de Traitement d'AIR

Résumé

Le Sénégal a enregistré son premier cas de COVID-19 le 2 mars 2020, le jour même où s'est tenu le conseil présidentiel pour la validation du plan de préparation à la réponse contre la COVID-19. Depuis cette date, notre pays est entré dans une phase de riposte, soutenue par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de contingence multisectoriel de lutte contre l'épidémie.

Dans le cadre de la lutte contre cette épidémie, le leadership de son Excellence Monsieur le Président de la République Macky SALL, a été fortement affirmé. En effet, le Chef de l'Etat a mobilisé toutes les forces vives de la Nation, en vue de mobiliser d'importantes ressources et d'assurer la protection sanitaire de nos populations.

La pandémie à COVID-19 a constitué un test grandeur nature pour mesurer la capacité de lutte du pays à faire face à une crise sanitaire de cette dimension. L'épidémie à coronavirus a mis notre système à rude épreuve. La crise sanitaire n'a épargné aucun continent, et a affecté nos économies et nos modes de vie. Notre pays a fait preuve de réactivité et a su démontrer ses capacités d'adaptation. Il n'en demeure pas moins que cette situation a davantage révélé nos limites et mis en exergue de nouveaux défis auxquels nous devons faire face.

Il convient de souligner que l'une des caractéristiques majeures de la riposte est la multisectorialité, avec l'implication forte de divers départements ministériels, des acteurs de la société civile, du secteur privé et des collectivités territoriales, de la presse et des partenaires techniques et financiers.

Comme partout dans le monde, la lutte contre cette épidémie se poursuit dans notre pays. Plusieurs mois après l'apparition du premier cas, il a paru important au Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) de faire une mise à jour du plan de contingence multisectoriel de lutte contre la Covid-19 en vue de faire les ajustements nécessaires pour un système de santé et d'Action sociale résilient et pérenne.

Introduction

Dès la fin de l'année 2019, le monde est confronté à une crise sanitaire sans précédent. Il s'agit d'une épidémie à Coronavirus qui a débuté en Chine, dans la ville de Wuhan, province de Hubei, où l'agent pathogène a été identifié le 7 janvier 2020. Les premiers cas en dehors de la Chine ont été confirmés le 20 janvier 2020 en Thaïlande, au Japon et en Corée. Ensuite, l'épidémie a continué à se propager en Asie, puis en Europe et dans le reste du monde.

L'Afrique a connu son premier cas de COVID-19 le 15 février 2020. Le Sénégal a enregistré son premier cas le 02 mars 2020. Dès lors, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a élaboré un plan de contingence multisectoriel.

Six mois après, il s'avère important de faire le point sur la mise en œuvre de la préparation et de la riposte à la COVID-19 et de procéder à sa mise à jour.

I. Contexte et justification

Le premier de plan de contingence a porté sur la période du 02 mars au 31 août 2020. L'analyse de la situation avait classé le Sénégal au stade 4A qui traduit une transmission communautaire et les capacités du système de santé ne sont pas dépassées. Ce plan a été évalué à 64 milliards de FCFA.

La mise en œuvre du plan de contingence a été faite sous la coordination du Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE) à travers huit domaines notamment (i) Coordination, (ii) Prévention et Contrôle de l'infection, (iii) Surveillance, (iv) Contrôle des portes d'entrée, (v) Laboratoire, (vi) Prise en charge des cas, (vii) Communication et engagement communautaire, (viii) Logistique.

Dans le suivi de la mise en œuvre, le CNGE avec l'appui du groupe opérationnel coordonné par le COUS a apporté les adaptations nécessaires aux stratégies prédéfinies dans le plan de contingence, en fonction de la dynamique de l'épidémie. Ces différentes orientations ont été déclinées aux niveaux opérationnels par les régions médicales et les districts sanitaires sous la supervision des comités régionaux et départementaux de gestion des épidémies (CRGE, CDGE).

Ces actions du CNGE et du CRGE ont été soutenues, confortées par les orientations de la commission recherche qui a été mise en place en cours d'exécution du plan de contingence.

Cette démarche s'est inscrite dans une approche multisectorielle et le respect des principes qui gouvernent la sécurité sanitaire mondiale à travers l'approche One Health.

Arrivé à terme, le plan doit être mis à jour en vue de mieux adapter les stratégies en fonction de la dynamique actuelle de l'épidémie.

II. Présentation du cadre

2.1. Système de santé et d'Action sociale

L'organisation du secteur de la santé et de l'action sociale est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays. Elle comprend :

- ◆ Un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales et les services centraux rattachés ;
- ◆ Un niveau intermédiaire qui regroupe les Régions médicales, les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH), les Services régionaux de l'Action Sociale (SRAS) ;
- ◆ Et un niveau périphérique avec les Districts sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, et les Services départementaux de l'Action Sociale.

En matière de prestations de soins et services de santé et d'action sociale, l'offre publique de services de soins de santé compte plusieurs types de structures. Les Établissements publics de Santé (EPS), structurés en trois niveaux, sont au nombre de 40 dont 36 hospitaliers et 04 non hospitaliers. Les EPS hospitaliers de Niveau 3 sont localisés uniquement dans deux régions (Dakar et Diourbel)¹. Bien que chaque région dispose d'une EPS capable de prendre en charge des cas non compliqués de Covid-19, les capacités d'hospitalisation restent limitées.

¹ Cellule de la Carte sanitaire et sociale, de la Santé digitale et de l'Observatoire de la Santé (CSSDOS), 2019.

Parmi les EPS non hospitaliers, il y a le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) et la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui compte 10 Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), services déconcentrés permettant de rapprocher le médicament des Points de prestations de service (PPS).

Les districts sanitaires, au nombre de 79, comptent 103 centres de santé, 1415 postes de santé polarisant 2 676 cases de santé.

Les structures d'hygiène sont constituées de 14 Brigades régionales de l'Hygiène qui épousent les contours territoriaux des Régions, 2 brigades spéciales d'hygiène à Touba et à Tivaouane, 61 Sous - Brigades de l'Hygiène logées au sein des Districts sanitaires et 12 Postes d'hygiène. Cependant, 17 districts sanitaires ne disposent pas de Sous-Brigades d'hygiène.

Dans le domaine de l'Action sociale, l'offre est composée de 04 Centres nationaux de Réinsertion sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; 14 Services régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; 45 Services départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; et 49 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociales (CPRS). L'offre communautaire de proximité est assurée par des intervenants de première ligne au sein des Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS).

Le secteur privé de la santé compte 2754 Structures privées sanitaires² (SPS) constituées de :

- ◆ 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés ;
- ◆ 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale.

Dans le domaine du diagnostic biologique, l'Institut Pasteur est le laboratoire de référence agréé par l'OMS. A côté, d'autres laboratoires comme celui de l'IRESSEF³, le Laboratoire National de Santé publique, les laboratoires des hôpitaux publics ainsi que certains laboratoires privés participent à l'offre de services.

Dans le cadre de la matérialisation de l'approche « One Health », les services du Ministère de l'Élevage et des Productions animales (MEPA) contribuent à la surveillance et au diagnostic des maladies animales. La Direction des Services vétérinaires (DSV) collabore avec le Laboratoire National de l'Élevage et de Recherches vétérinaires (LNERV) du Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement Rural (MAER) qui est, depuis 2007, le laboratoire régional de référence des maladies zoonotiques pour l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS).

Ces différentes interventions sont accompagnées par la génération de produits de recherche qui tiennent compte des dispositions éthiques.

2.2. Système de santé Animale

Le Ministère de l'Élevage et des Productions Animales (MEPA) est organisé en Directions nationales, autres services et administrations du niveau central et services techniques décentralisés qui sont tous placés sous l'autorité du Secrétaire Général (Rapport MEPA, 2015).

Dans le cadre du diagnostic des maladies animales, la Direction des Services Vétérinaires (DSV) travaille en étroite collaboration avec le Laboratoire National de l'Élevage et de Recherches Vétérinaires (LNERV) qui appartient au Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement Rural (MAER) et fait partie intégrante du système des services vétérinaires au niveau de l'OIE.

Le LNERV est depuis 2007 laboratoire régional de référence dans le cadre du Réseau des laboratoires africains vétérinaires pour la grippe aviaire et les maladies transfrontalières. Depuis 2017, il a été désigné comme laboratoire régional de référence des maladies zoonotiques pour l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS).

² DPRS, Cartographie des structures privées de santé 2017.

III. Analyse situationnelle

3.1. Les principales réalisations

Dans le cadre de la réponse, différentes stratégies ont été mises en œuvre. Elles ont évolué en fonction de la dynamique de l'épidémie, des contraintes socioéconomiques, des capacités techniques et logistiques disponibles, des attitudes, comportements et pratiques des populations afin de garantir sa cohérence et sa pertinence. Cette analyse situationnelle a été faite selon les huit commissions du CNGE :

◆ Surveillance et Contrôle aux points d'entrée (PoE)

Le Sénégal a mis en place un dispositif de surveillance à travers les alertes, les investigations, la recherche et le suivi des contacts, dont le but est d'aider à une détection précoce des potentiels cas de COVID-19 sur le territoire national pour une riposte rapide, organisée et fonctionnelle face aux cas suspects ou probables.

La cellule d'alerte constitue une composante essentielle du dispositif. Son rôle est de centraliser tous les signaux suspects, de les analyser, de les trier selon leur pertinence et au besoin de les valider après investigation préliminaire.

Suite à cette validation, l'alerte est transmise immédiatement au district sanitaire pour investigation secondaire conformément à l'algorithme validé.

Les alertes validées sont reçues par la cellule et sont réparties entre les 14 régions du pays. Elles font l'objet d'une investigation avec comme livrables le remplissage de la fiche d'investigation et sa notification, la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé et l'établissement de la liste préliminaire des présumés contacts.

Au 14 août 2020, 9861 alertes ont été reçues par la cellule et ces dernières sont réparties entre les 14 régions du pays avec 85% provenant de la région de Dakar.

Les alertes traitées par la cellule proviennent de 05 principaux canaux : la communauté, le 1515 du SAMU, les structures de santé, le 800005050 du SNEIPS et les points d'entrée (aérien, terrestre ou portuaire). En ce qui concerne la répartition des alertes, 51% sont issues de la communauté (patients ou entourage de patients), 25,3 % du SAMU et 5% des structures de santé.

La sex-ratio est de 1,77. Les hommes représentent 63.8 % des patients contactant la cellule d'alerte.

Les fiches de collecte de données de la cellule d'alerte renseignent sur les symptômes des patients. Ainsi, 66% des patients présentent des symptômes autres que « fièvre, toux et troubles respiratoires » qui valident une alerte. Parmi ces derniers, la fièvre (supérieure ou égale à 38°C) revient le plus souvent avec 47% des appelants suivie de la toux et des troubles respiratoires dans 21% des cas.

Au total 460 membres des équipes cadre de Région (ECR) et de District (ECD) ont été orientés sur le dispositif de gestion de cette épidémie entre fin février et début mars 2020 dans toutes les régions du pays.

A cela s'ajoutent 6 000 prestataires (médecins, infirmiers et sages-femmes) des centres et postes de santé orientés par les membres des ECD avec l'appui des membres des ECR.

La surveillance et le contrôle ont concerné aussi les portes d'entrée aériennes, maritimes et terrestres. Au niveau des frontières maritimes, un contrôle sanitaire systématique est fait pour tous les navires ayant fréquenté une zone affectée. Les mêmes directives ont été appliquées par les régions médicales au niveau des frontières terrestres. Pour les frontières aériennes, le MSAS et le Ministère du Tourisme et des Transports Aériens (MTTA) ont collaboré à l'élaboration d'un protocole sanitaire visant à réduire les risques de contamination par le virus de la COVID-19 dans les aéroports et les aéronefs exploités au Sénégal et les conditions de voyage.

◆ Laboratoire

Au début de l'épidémie, l'Institut Pasteur de Dakar, centre collaborateur de l'OMS, a été identifié comme l'unique laboratoire pour faire le diagnostic de la maladie à Coronavirus à partir du 2 mars 2020.

Par la suite, le diagnostic biologique de la maladie a été décentralisé par la mise à disposition de laboratoire mobile à Kolda et à Touba.

Il a été mis en place une commission ad hoc de biologie médicale chargée de donner un avis par rapport à toute proposition de méthode de détection de la COVID-19 et aussi de faire des propositions au Ministre de la Santé et de l'Action sociale dans le domaine du laboratoire

L'IRESSEF a intégré le dispositif mis en place le 30 mars 2020. Avec l'appui technique de l'Institut Pasteur de Dakar, des laboratoires de diagnostic sont ouverts à Matam, Kédougou, Kaolack, Ziguinchor, Tambacounda, Rosso-Sénégal, Thiès, Hôpital Militaire de Ouakam, Hôpital Aristide le Dantec, Hôpital Principal de Dakar, Kaolack. Ce processus sera étendu à 07 sites sentinelles.

◆ **Prise En Charge des cas (PEC)**

Le premier patient de COVID-19 a été hospitalisé le 02 mars 2020 au SMIT de Fann. A la date du 31 août, le nombre total de cas enregistré était de 13655, le nombre de patients hospitalisés dans les CTE de 405, le nombre de patients guéris de 9484 soit un taux de guérison de 69,45%, et le nombre de décès était de 284, soit une létalité de 2,07%. Pour la même période, le nombre de districts ayant enregistré au moins un cas est de 69 sur 79 districts sanitaires, soit une proportion de 87% et l'ensemble des régions ont toutes été touchées.

○ **Capacité litière**

Le 02 mars 2020, le Sénégal ne disposait que d'un seul centre de traitement normé, logé au service des Maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital de Fann avec une capacité de 12 lits (6 lits pour les cas suspects et 6 lits pour les cas confirmés).

L'équipe pluridisciplinaire constituée de la DLM, de la cellule opérationnelle du COUS, de la DIEM et de la DEPS, a visité 51 structures sanitaires dans les 14 régions, validé et aménagé 38 sites retenus comme centre de traitement des épidémies. Le pays compte au total 1112 lits d'hospitalisation dont 828 (74%) dans les CTE et 284 (26%) dans les sites extrahospitaliers. Les CTE de Dakar occupent 44% de la capacité d'accueil pour la prise en charge des cas.

○ **Gestion des médicaments et intrants**

Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, le MSAS a fait des commandes de médicaments et produits essentiels auprès de la PNA et des fournisseurs locaux et étrangers pour renforcer les stocks déjà existants. Cela a permis de pourvoir tous les centres de traitement des épidémies des 14 régions et de renforcer le système d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques des structures hospitalières ne disposant pas de CTE.

Dans la même dynamique, la PNA a honoré les commandes des structures décentralisées (CTE) et institutions de l'Etat en matériels de prévention destinés à leurs personnels.

Il s'agit particulièrement des forces de défense et de sécurité (Gendarmerie, Police, Douane...) et autres structures de l'Etat (l'ANAM, l'ANAT, DCMP, ARMP, ONFP, ONAS, CEREEQ, le Ministère du commerce, le Ministère des infrastructures...).

○ **Régulation des malades avant leur hospitalisation**

Le SAMU assure la régulation des malades testés positifs au nouveau coronavirus vers les structures de prise en charge médicale. Il le fait en coordination avec la commission « prise en charge » et les districts sanitaires.

Au total, le SAMU a reçu 1 021 384 appels médicaux dont 76 043 sur la COVID-19. Parmi les appels portant sur la COVID-19, 3653 étaient des alertes transférées à la cellule d'alerte. Il a également reçu 9632 demandes de transfert vers les CTE dont 5117 (53%) ont été satisfaites. De plus, 180 cas graves ont été pris en charge dans le cadre de transferts pour bilan ou soins.

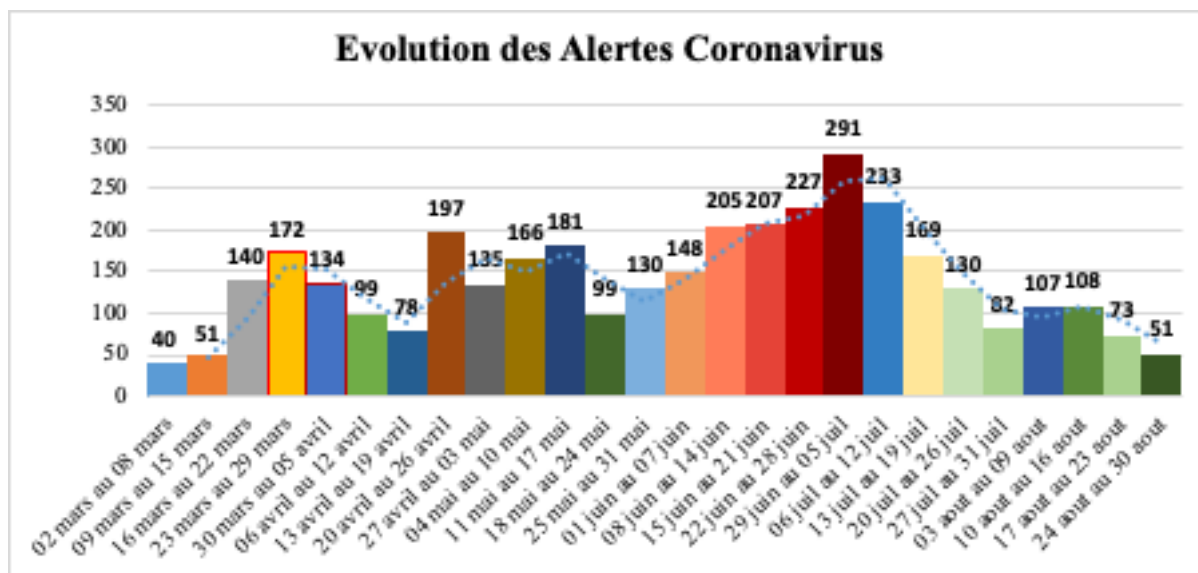


Figure 1 : *l'Evolution des alertes reçues au SAMU National*

○ Stratégies de prise en charge

Le Sénégal a adopté des stratégies de prise en charge évolutives et adaptées en permanence au contexte épidémiologique, socioéconomique et aux moyens logistiques disponibles.

○ PEC hospitalière

Dès le début de la pandémie, l'État du Sénégal a consenti beaucoup d'efforts pour admettre tous les cas positifs, symptomatiques ou non, dans les CTE situés dans les 14 régions.

○ PEC extrahospitalière

Après deux mois de transmission du virus au sein de la population et considérant l'augmentation continue du nombre de cas observé. Le 7 mai 2020, le Sénégal a décidé d'appliquer la stratégie de prise en charge extrahospitalière des personnes COVID-19 positives asymptomatiques ou pauci symptomatiques, sans facteurs de risque d'aggravation dans des sites dédiés. Le centre aéré de Guéréo de l'armée a été mis à disposition pour la prise en charge des nouveaux cas asymptomatiques de la région de Dakar.

○ Prise en charge à domicile

Le 6 juillet 2020, la prise en charge à domicile était identifiée comme une orientation forte pour assurer le suivi de tous les cas positifs. Cette stratégie a été retenue par le CNGE pour anticiper sur les risques de saturation des structures extra hospitalières. Ce volet consiste à la prise en charge des cas simples à domicile selon des conditions d'éligibilité préétablies. Il repose sur deux piliers qui sont la téléconsultation, assurée par les districts sanitaires et l'équipe mobile de prise en charge (EMPEC) qui organise le transfert des patients dans un établissement médical et assure les visites médicales à domicile.

○ Prise en charge psychologique des patients

Dans la phase de riposte, la Division Santé Mentale de la DLM et la DGAS ont procédé à la prise en charge psychologique, à travers la cellule de prise en charge psychosociale qui a pour mission d'assurer l'accompagnement psychologique des patients atteints de la COVID-19, les contacts, les guéris, leurs familles et les professionnels de la santé impliqués dans la riposte.

En mai 2020, 14 cellules psycho-sociales régionales ont été mises en place pour améliorer la coordination de cette prise en charge. Elles étaient composées de psychiatres, d'assistants sociaux, de psychologues et de sociologues.

La prise en charge psychologique s'était faite en respectant les recommandations de l'OMS, par l'assistance psychologique à distance par téléphone, l'organisation de groupe de parole qui permettent d'atténuer la peur, l'angoisse et de relever les questionnements sociaux des victimes. Des visites ont été faites dans les CTE et les familles.

Dans une perspective de décentralisation de la prise en charge psychologique et avec l'appui de l'OMS, 44 formateurs ont été formés à la prise en charge psychosociale dans le cadre du COVID-19. Ils seront chargés de former l'ensemble des districts sanitaires et les acteurs communautaires.

○ **Prise en charge sociale des patients**

La Direction générale de l'Action sociale identifie ses cibles, prépare ses missions, informe les Gouverneurs sur la quantité et la nature des produits à offrir et la localité bénéficiaire. A la date du 31 juillet 2020, le rapport national d'étape de la direction générale de l'action sociale présente les résultats obtenus dans la prise en charge sociale. La DGAS a appuyé en matériels divers les premiers contacts identifiés à l'AIBD, pris en charge 26 personnes isolées à Saint Louis, plus 7 785 personnes confinées dans 95 sites et réceptifs agréés (kit alimentaire, kit hygiène, soutien psychologique). Elle a également pris en charge environ 225 bébés, enfants et adolescents qui ont pu bénéficier d'une substitution provisoire de parentalité. Plusieurs kits alimentaires, ont été distribués par la DGAS qui assuré le transport, l'habillement, l'hébergement et la restauration de plusieurs patients ou contacts dans les différents CTE, de handicapés physiques et délivrer des certificats de guérison.

◆ **Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI)**

L'équipe de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI) a mené des activités de formation de 226 agents d'hygiène, 430 de la Croix rouge, 150 prestataires de soins et un coaching sur site des prestataires des Centres de traitement des épidémies sur les thèmes suivants : hygiène des mains, bio nettoyage, décontamination, habillage et déshabillage, gestion des déchets biomédicaux et dosage du chlore. Des procédures ont été élaborées.

L'équipe PCI a aussi élaboré les PON relatives à la décontamination d'un CTE, d'un domicile de cas, de véhicule, la gestion des déchets, Habillage/déshabillage, décès au CTE et des funérailles. Les PON relatives au décès et funérailles ont fait l'objet de révision au cours de la riposte. L'équipe a participé enfin à l'élaboration du protocole sanitaire pour l'école et celui concernant le milieu carcéral.

Les Comités de lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN) et Comités d'Hygiène et Santé au Travail (CHSCT) ont été sensibilisés pour une fonctionnalité des groupes opérationnels par un coaching au niveau des points de prestation.

La mise en place des précautions standards et complémentaires est effective dans toutes les structures sanitaires.

Des dispositifs pour le lavage des mains (250) ainsi que des supports sur l'hygiène des mains ont été mis en place au niveau de tous les centres de traitement des épidémies et dans certains lieux publics (les services administratifs, les points d'entrée des villes, etc.)

Le Service National de l'Hygiène a mené de nombreuses actions dans les régions affectées par le coronavirus, en particulier dans les centres de traitement.

◆ **Communication sur les Risques et l'Engagement Communautaire (CREC)**

Dès la deuxième réunion du CNGE, la commission Communication sur les risques et Engagement communautaire a tracé sa feuille de route pour assurer la planification, la coordination et le suivi de toutes les activités de communication sur la covid-19.

Dès la notification de l'épidémie au nouveau coronavirus et sur la base des orientations techniques disponibles, le Ministère de la santé a mis en œuvre des activités de communication de risques, en attendant l'élaboration du plan de préparation et réponse à la COVID-19.

Cette période préparatoire a été principalement marquée par l'élaboration et la diffusion de supports de communication à type d'affiches (125 000), flyers (500 000), kakémono (75) spots audio et audiovisuels et l'orientation des agents de santé, organisations communautaires et secteurs ministériels. Des rencontres de plaidoyer animés par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale ont été également tenues à l'endroit des leaders religieux, organisations professionnelles et collectivités territoriales. Ces séances de sensibilisation ont permis très tôt d'avoir des directives du clergé catholique et des familles religieuses musulmanes (Touba, Tivaouane, Gounass, Layenes) pour l'annulation de manifestations prévues dans les lieux de culte.

Avec l'apparition des premiers cas de COVID 19 à Touba, la mobilisation d'une équipe constituée du SNEIPS, du COUS et de socio anthropologues a permis de développer des stratégies adaptées à l'environnement religieux et social de la localité.

La riposte a été menée en deux phases ; une d'intensification de la communication et l'autre concernant l'harmonisation et la Consolidation des activités de communication. Durant la phase d'intensification, l'engagement communautaire a nécessité la mise en place de cellules multidisciplinaires composées de spécialistes des sciences sociales et acteurs de la santé.

Ces équipes ont déroulé avec le **SNEIPS**, la **DGAS** et la **Cellule de Santé communautaire** des stratégies de communication de proximité basées sur le concept de co-construction. Cette stratégie qui a consisté à mobiliser 12000 jeunes volontaires dans la région de Dakar a pour objectif de lutter contre le déni, la stigmatisation et de renforcer l'appropriation des gestes barrières par les populations.

Les efforts considérables déployés en termes d'intervention CREC ont permis d'avoir comme acquis :

- ◆ Une campagne de communication axée sur une large diffusion de l'information concernant l'épidémie et les gestes barrières (distanciation physique/sociale, lavage des mains, port du masque...).
- ◆ Une forte mobilisation sociale et un élan de solidarité des organisations de la société civile, du privé national, des partenaires techniques et financiers et des collectivités locales.
- ◆ Un développement rapide d'initiatives communautaires (dispositifs artisanaux de lavage des mains, masques artisanaux, sensibilisation spontanées...).

◆ Equipements et logistique

Dans le cadre de la réponse, des réalisations importantes ont été faites pour le renforcement des structures et services en équipements. Cela s'est traduit par l'acquisition de 831 lits répartis dans 21 structures sanitaires au niveau des 14 régions et 1250 lits dans 09 structures extra hospitalières des régions de Dakar, Thiès, Sédhiou et Kaolack soit un total 2081 lits installés sur le territoire national. L'acquisition de 20 machines de dialyses individuelles aux unités de réanimations des hôpitaux régionaux de Tambacounda, Saint Louis, Thiès, Ziguinchor, HOGIP, FANN, Le Dantec, Dalal Jamm et Matlaboul FAWZAYNI de TOUBA, de même que la dotation de 50 unités de Traitements d'Air (UTA) pour des structures non couvertes, ainsi que la mise à disposition de 8 ambulances médicalisées pour le SAMU, 1 Fann et 1 à HOGIP. Pour améliorer la fonctionnalité des services de réanimation, des générateurs de production d'oxygène ont été mis à la disposition au niveau de 19 hôpitaux. La construction d'un centre de traitement (CTE) à Dalal Jamm a permis de renforcer le dispositif de prise en charge de Dakar. Le service national de l'hygiène a reçu une dotation de 45 véhicules, 100 motos et 2 bus, pour faciliter sa mission de prévention et de déploiement au niveau opérationnel. Le pays s'est également doté d'un nombre important d'équipements de protection individuelle (EPI) pour faciliter le travail de prélèvement et de prise en charge des patients.

◆ Coordination, planification, suivi et évaluation

La coordination se fait à plusieurs niveaux :

○ Réunion de suivi du Top Management

Les réunions de crise sont présidées par Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Action sociale.

Elles se tiennent chaque jour et font le point sur l'état de mise en œuvre des recommandations, les principales difficultés rencontrées dans le cadre de la lutte et les solutions envisagées.

○ Réunions hebdomadaires du Comité national de gestion des épidémies (CNGE)

Le comité national de gestion des épidémies a pour missions d'assurer le suivi de l'évolution des tendances des maladies à potentiel épidémique sous surveillance, de superviser l'exécution des activités de prévention et de réponse et d'organiser l'évaluation de la réponse. Il se réunit une fois par semaine pour faire le point sur la situation épidémiologique nationale et donne des avis techniques aux autorités pour la prise de décision.

○ Réunions journalières du groupe opérationnel au Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS)

Le centre des opérations d'urgence sanitaire assure la coordination des opérations au niveau opérationnel. Il organise des réunions journalières.

○ **Coordination de la lutte au niveau des régions**

La riposte est organisée dans les régions autour des comités régionaux de lutte contre les épidémies présidées par les Gouverneurs de région.

Au niveau de chaque département, se tient le comité départemental de gestion des épidémies et au niveau local le comité local de gestion des épidémies.

Des réunions de suivi se tiennent régulièrement autour de ces instances.

○ **Coordination multisectorielle**

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale met en œuvre une approche multisectorielle et multidisciplinaire, dans la gestion de la riposte contre le COVID-19.

Ainsi, tous les acteurs des secteurs public et privé, les élus locaux, les religieux, acteurs culturels, la société civile ont été fortement impliqués.

Le Secrétariat permanent du Haut Conseil national de la sécurité mondiale « One Health » facilite la mise en œuvre des activités multisectorielles.

◆ **Ethique et recherche**

L'OMS a recommandé l'innovation et l'apprentissage comme le quatrième pilier pour lutter contre la pandémie du COVID-19. En conséquence, la « Commission recherche et aspects éthiques » est mis en place au sein du Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE) pour identifier des questions pertinentes d'apprentissage et de recherche, et de stimuler leur exploration à travers des projets de recherche et d'analyse documentaire. Cette commission s'organise autour des groupes de travail suivant: le Savoir traditionnel, la phytothérapie et la médecine traditionnelle au service de la riposte ; la santé mentale et le soutien psychosocial du personnel de santé et de la communauté en période de riposte ; l'étude observationnelle et les essais cliniques pour le traitement et la prévention ; la résilience des systèmes de soins et continuité des services de santé en période d'épidémie ; les aspects éthiques, les droits humains et la santé publique dans les interventions en période d'épidémie et la communication, l'engagement, la défiance, la déviance et la réactivité communautaire face aux mesures sanitaires, administratives et judiciaires .

En plus des notes techniques basées sur une analyse des évidences disponibles pour éclairer les interventions du CNGE, 39 protocoles de recherche mobilisant plus de 2 milliards de FCFA sont mis en œuvre. Ils sont composés d'essais cliniques, d'études sur les comportements, d'études sur le système de santé et des activités de capitalisation. Pour accompagner cette dynamique de recherche, le Comité d'éthique a mis en place une plateforme électronique de soumission, réduit les délais d'examen avec le mode virtuel.

3.2. Mobilisation des ressources

Pour veiller à une mobilisation coordonnée, Son Excellence Monsieur le Président de la République avait lancé un appel pour une lutte solidaire contre la pandémie.

C'est ainsi qu'une forte mobilisation du secteur privé et des particuliers nationaux a abouti à la mise en place d'un Fonds de Riposte contre les Effets du COVID-19 : FORCE- COVID-19.

A cet effet, le MSAS a élaboré un plan de préparation à la riposte d'un montant de 1,4 milliard de francs CFA, et un plan de contingence multisectoriel de 64 milliards de francs CFA entièrement financés par l'Etat.

A la date du 31 juillet 2020, l'ensemble des ressources mobilisées par l'Etat pour le compte du MSAS dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 s'élève à 45 403 097 611 FCFA.

Les ressources extérieures mobilisées par les PTF pour le compte du MSAS s'élèvent à 47 689 045 085 FCFA.

Les ressources locales sont essentiellement constituées de dons en numéraires et en nature provenant de particuliers, d'organisations professionnelles, d'ONG, du secteur privé, des collectivités territoriales, des autres démembrements de l'Etat, d'institutions de la République. Le montant global est de 1 774 077 900 FCFA dont la totalité a été reversée au ministère des finances et du budget.

3.3. Continuité des services

Les rapports de supervision et autres publications ont montré que l'urgence liée à la pandémie à la COVID-19 a entraîné des perturbations sur la disponibilité et la continuité de l'offre de services de routine touchant tout le cycle de vie et leur utilisation dans la plupart des structures de santé publiques et privées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A ce rythme, les importants progrès pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile risquent d'être ralentis. Les infections à la Covid-19 observées chez les prestataires de soins qui correspondent à un total de 376 (2,8%) ont également affecté la continuité des services. Ainsi, aux niveaux national, régional et mondial, plusieurs alertes ont été lancées pour inviter les systèmes de santé à surveiller, prévenir ou atténuer l'impact de la COVID-19 sur la continuité des services.

Les problèmes rencontrés par les populations pour la continuité des services selon les informations recueillies sont :

- ◆ La hantise de fréquenter les services, liée à la prise en charge de cas suspects ou confirmés dans les structures ;
- ◆ Les rumeurs sur la maladie à COVID-19 au niveau de la communauté ;
- ◆ L'insuffisance d'information sur les mesures prises à l'entrée des structures de santé : prise de température, gel hydro alcoolique, sens de la circulation des malades dans les structures de santé, accompagnement limité à une personne, etc.

Les contraintes chez les prestataires par rapport à la continuité des services sont liées notamment à :

- ◆ L'application non systématique des mesures barrières (port de masques, visières, lavage des mains entre deux malades ou changement de gants, distance physique) ;
- ◆ La psychose et la surcharge de travail des prestataires dans ce contexte de pandémie.

Les stratégies identifiées pour la Continuité de Services de santé et d'action sociale

- ◆ Adaptation de l'organisation des services (la disponibilité des médicaments et intrants, la protection du personnel, la communication sur le risque...)
- ◆ Assurer la mise en œuvre des activités de formation, de planification et de coordination en utilisant les nouvelles technologies (mode virtuel)
- ◆ Mettre en œuvre un paquet intégré de communication à travers les acteurs communautaires (Covid-19 et programmes)
- ◆ Assurer le continuum de soins avec toutes les interventions nécessaires
- ◆ Appui à la prévention et de détection des violences et de traumatisme chez les enfants qui sont croissants dans un contexte Covid-19

3.4. Leçons apprises

- ◆ Un fort engagement de la plus haute autorité de l'Etat et les décisions prises dès la phase préparatoire ont fortement contribué à la mobilisation de toutes les parties prenantes garant d'un succès à la réponse ;
- ◆ La multisectorialité (approche One Health) a facilité la coordination et l'articulation de tous les sectoriels impliqués dans la réponse ;
- ◆ Le fort engagement de toutes les parties prenantes (Collectivités territoriales, les associations de la société civile, les partenaires au développement, le secteur privé...) a facilité la mobilisation des

ressources nécessaires pour l'acquisition d'équipements et d'intrants pour la réponse contre l'épidémie ;

- ◆ L'adhésion de toutes les forces politiques et de la société civile a facilité la validation de mesures fortes par l'Assemblée Nationale (Loi d'habilitation, le couvre-feu et l'état d'urgence).
- ◆ Un leadership et la forte capacité d'anticipation avec l'élaboration d'un plan de préparation et de contingence sous la coordination du comité national de gestion des épidémies (CNGE), et un partenariat fort et varié à tous les niveaux a permis de contenir la maladie à COVID 19 à un stade où le système de santé n'est pas dépassé ;
- ◆ Evolution des stratégies en fonction de la dynamique de l'épidémie par exemple la prise en charge extrahospitalière pour éviter la saturation des structures et privilégier la prise en charge des cas graves au niveau des hôpitaux et a permis d'éviter que le système de santé soit dépassé ;
- ◆ La décentralisation du diagnostic au niveau périphérique a entraîné un changement de statut de certaines régions ;
- ◆ La stratégie de communication de proximité basée sur le concept coconstruction entre l'équipe de la réponse et la communauté a favorisé l'implication et l'engagement du niveau local à la prise de décision ;
- ◆ Les initiatives locales (confection de masques, de solution gel hydro alcoolique) ont contribué à améliorer la disponibilité au niveau local avec respect des normes ;
- ◆ Le Renforcement de capacités pour la surveillance des aéroports a permis au pays de mieux se conformer aux directives de l'OMS dans le cadre du RSI ;
- ◆ Des stratégies adaptées au contexte local ont permis de maîtriser la propagation des cas.

3.5. Défis

- ◆ Prise en charge des cas graves (lits fonctionnels disponibles, de spécialistes urgentistes et réanimateurs, oxygène en équipements, en moyens logistiques...)
- ◆ Développement d'une production industrielle locale de certains équipements (EPI, masques, Surbottes, casques, sacs mortuaires), matériels, médicaments Réactif ;
- ◆ Résorption des gaps de certaines spécialités telles que les anesthésistes ;
- ◆ Développement de stratégies pour la continuité de l'offre de soins ciblant les programmes phares (paludisme, tuberculose, maladies chroniques, maladies tropicales négligées, PEV, Santé de la mère, de l'enfant et des adolescents, ...)
- ◆ Développement de la recherche opérationnelle afin de produire de la connaissance qui permette d'éclairer les stratégies et l'utilisation du savoir local pour la prévention et la prise en charge de la maladie ;
- ◆ Intégration des sciences sociales pour adapter les stratégies de Communication sur le Risque et l'Engagement communautaire (CREC) et de favoriser le respect des mesures barrières et lutter contre le déni, la stigmatisation, les rumeurs.

IV. Objectifs

4.1. Objectif général

L'objectif général du plan de contingence de la deuxième phase est d'Arrêter la propagation de l'épidémie de COVID-19 sur toute l'étendue du territoire national dans une approche multisectorielle.

4.2. Objectifs spécifiques

- ◆ Renforcer la surveillance pour la détection précoce des cas de Covid-19 ;
- ◆ Assurer la prise en charge adéquate des cas simples et graves de Covid-19 ;
- ◆ Assurer un accompagnement psycho-social aux patients, aux personnes affectées et groupes vulnérables ;
- ◆ Intensifier la communication sur les risques et l'engagement communautaire ;
- ◆ Assurer la continuité des services de santé et d'action sociale dans un contexte de Covid-19 ;
- ◆ Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions.

V. Méthodologie

La mise à jour du plan est faite par les groupes de travail ayant une composition multisectorielle, et ayant participé au préalable à l'analyse situationnelle sur la base des huit commissions du CNGE, dans une approche participative et inclusive. Les résultats issus de ces travaux ont permis d'identifier les gaps et les défis. Sur cette base, une répartition des tâches aux différents groupes de travail a permis de définir les objectifs du présent plan, les stratégies et les coûts. Au niveau déconcentré, l'analyse a été faite sur la base des supervisions et des rapports des comités régionaux et départementaux de gestion des épidémies. Aussi la rédaction du Livre blanc sur la Covid-19 et la revue intra action (RIA) ont fortement contribué à l'élaboration de ce document.

La RIA est une analyse qualitative des actions menées pour améliorer la réponse à une urgence ou un événement comme la COVID-19 en vue d'identifier les meilleures pratiques, les gaps et les leçons apprises. Elle tente d'identifier qu'est ce qui a bien fonctionné ou pas ? Et, Comment les bonnes pratiques pourraient être maintenues, améliorées, institutionnalisées et partagées aux différents intervenants. Ainsi, le plan d'action issue de la RIA du mois de Septembre 2020 constitue la base de planification de ce présent plan.

Les analyses de couts ont été faites sur la base des rapports existants à différents niveaux et des projections issues du diagnostic.

VI. La portée

6.1. Cibles

Ce plan est destiné aux décideurs, aux Partenaires techniques et financiers, aux Collectivités territoriales, aux Organisations de la société civile et à la population résidant au Sénégal et à l'étranger.

6.2. Populations à risque

Les populations prioritaires comprennent entre autre :

- ◆ Les personnes âgées de 60 ans et plus ;
- ◆ Les personnes qui présentent des comorbidités médicales sous-jacentes (maladie cardiaque, hypertension artérielle, diabète, maladies respiratoires chroniques, cancer, obésité) ;
- ◆ Les personnes présentant un état d'immunodépression ;
- ◆ Le personnel socio sanitaire au niveau des structures et services de santé et d'Action sociale ;
- ◆ Les prisonniers en raison de leurs conditions de détention (cellules étroites et souvent insalubres, etc.) et avec des soins de santé insuffisants.

6.3. Acteurs de mise en œuvre

Le groupe d'acteurs de mise en œuvre est constitué des différents organismes et institutions, des collectivités territoriales, des départements sectoriels, des instituts de recherche et de formation, des organisations communautaires, des organisations de la société civile, du secteur public comme du privé et des partenaires au développement.

VII. Planification

7.1. Hypothèses de planification

- ◆ La transmission communautaire soutenue pourrait entraîner une morbidité et mortalité élevées avec comme conséquence un dépassement des capacités du système de santé ;
- ◆ Les groupes à risques d'infection grave et mortelle incluent les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est compromis et/ou celles qui souffrent de troubles médicaux chroniques ;
- ◆ Les capacités de services de réanimation seront dépassées à cause d'un nombre important de cas graves à prendre en charge ;
- ◆ Le pays doit être capable d'intervenir en exploitant au maximum les ressources nationales disponibles (engagement communautaire, partenariat public privé, multisectorialité) afin d'atténuer les impacts sanitaires et socio-économiques potentiellement importants de la pandémie ;
- ◆ Au cours d'une « vague pandémique » grave, un accompagnement psychosocial du personnel de santé, des personnes infectées, des familles affectées et des groupes vulnérables doit être une priorité.

7.2. Description du scénario

Le pays est confronté actuellement à plusieurs foyers épidémiques liés à une transmission communautaire qui traduit le scénario 4a où les capacités du système de santé ne sont pas encore dépassées. Selon ce scénario, le pays est exposé aux risques suivants :

- ◆ Enregistrement d'un nombre important de malades et de décès ;
- ◆ Rupture de médicaments, de produits et consommables essentiels ;
- ◆ Déficit en équipements et technologies appropriés (générateurs d'oxygène ...);
- ◆ Déficit en ressources humaines à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ◆ Rupture de l'approvisionnement en denrées alimentaires et produits de première nécessité ;
- ◆ Choix des cas à prendre en charge selon des critères bien définis.

Les actions de contingence inscrites dans ce plan seront exécutées suivant le protocole par phase dans les commissions suivantes :

- ◆ Coordination et pilotage
- ◆ Surveillance épidémiologique et contrôle des portes d'entrées
- ◆ Laboratoire
- ◆ Prise en charge des cas
- ◆ Prévention et contrôle des infections
- ◆ Communication de Risque et Engagement Communautaire (CREC) ;
- ◆ Logistique
- ◆ Ethique et recherche

7.2. Plan d'action

Tableau I : Activités du plan de contingence phase II

Coordination-Planification-Monitoring-Recherche-Ethique				
Activités	Période	Responsable	Acteurs	Coût FCFA
A1. Mettre en place un mécanisme de suivi pour la mise en œuvre intégrale du plan de contingence multisectoriel à tous les niveaux.	Octobre 20	MSAS	<input type="checkbox"/> Président de la République <input type="checkbox"/> SGG/SP-One Health <input type="checkbox"/> Ministère des finances	9 660 000
A2. Mettre en œuvre les plans de continuité des services sectoriels initialement préparés (Soins, reprise de l'enseignement-apprentissage, transport, commerce, etc...)	Octobre 20	Sectoriels	<input type="checkbox"/> Sectoriels	4 830 000
A3. Institutionnaliser les dispositifs de gestion des événements selon une approche One-Health : la cellule de crise multisectorielle de haut niveau, les comités sectoriels (CNGE), et les comités décentralisés.	Mars 21	Présidence SGG/SP-HCSSM	<input type="checkbox"/> Sectoriels	4 050 000
A4. Assurer un financement pérenne en créant des comptes spéciaux sectoriels ou régionaux pour plus d'autonomie financière dans la gestion des événements.	Déc-20	Ministère des finances	<input type="checkbox"/> Appui SGG/SP-HCSSM	0
A5. Mettre en place un comité d'experts fonctionnel pour avis et consultation dans la gestion de l'épidémie.	Octobre 20	CNGE	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Sectoriels <input type="checkbox"/> Sociétés savantes <input type="checkbox"/> Les ordres professionnels en santé humaine et animale	2 955 000
A6. Actualiser les plans et PON en fonction des besoins liés à la gestion de la crise.	Octobre 20	MSAS	<input type="checkbox"/> Sectoriels	15 856 250
A7. Mettre en place des mécanismes de collecte, de documentation des bonnes pratiques de la gestion de la COVID-19 (Capitalisation).	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> Sectoriels	33 165 750
A8. Centraliser les données de l'alerte, de la détection, du diagnostic (laboratoire) et de la prise en charge des secteurs public et privé de la santé dans la plateforme DHIS-2.	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> Sectoriels	2 675 000
A9. Mettre en œuvre les recherches prioritaires identifiées dans le cadre de la riposte (Vulgariser le guide de capitalisation)	Octobre 20	Commission recherche du CNGE	<input type="checkbox"/> Sectoriels	99 856 125

Coordination-Planification-Monitoring-Recherche-Ethique				
Activités	Période	Responsable	Acteurs	Coût FCFA
A10. Renforcer les capacités des différentes parties prenantes sur le manuel intégré révisé des procédures de gestion des événements dans toutes ses composantes (Concept des opérations).	Février 21	CNGE	☐ Sectoriels	19 712 500
A11. Mettre en place des plateformes multisectorielles fonctionnelles entre les différentes instances de gestion des événements (opérationnelle, tactique, stratégique et décisionnelle)	Octobre 20	CNGE	☐ Sectoriels	52 000 000
A12. Mettre en œuvre des activités de suivi-évaluation sur la gestion de crise (suivi, reporting, revues/planification, etc...)	Octobre 20	CNGE	☐ Sectoriels ☐ PTF	0
A13. Effectuer une RIA au niveau de chaque région	Octobre 20	MSAS	☐ Sectoriels	84 146 890
A14. Actualiser les plans de contingence multisectorielle en se basant sur les résultats de la RIA.	Octobre 20	DPRS	☐ Sectoriels	8 862 500
A15. Faire la revue à mi-parcours du plan d'action national de sécurité sanitaire mondiale.	Déc-20	SP-HCSSM	☐ Sectoriels ☐ PTF	15 837 500

Surveillance-Point d'entrée-Equipes d'intervention Rapide -Laboratoire				
Activités	Période	Responsable	Acteurs	Coût FCFA
A1. Mettre à disposition 01 infirmier et 01 agent d'hygiène au niveau de chaque port secondaire (03 ports) et aéroport secondaire (02) pour le contrôle sanitaire	Déc-20	MSAS	☐ CT ☐ Ministère Pêche ☐ MTTA ☐ PTF	14 250 000
A2. Aménager un site d'isolement dans chacun des 20 PoE terrestres officiels (secteurs frontaliers), 03 ports secondaires et 02 aéroports secondaires selon les normes du RSI	Déc-20	Ministère de la santé et de l'Action sociale	☐ MTTA ☐ CT ☐ MINT, ☐ Ministère Pêche ☐ Ministère environnement ☐ PTF	25 000 000
A3. Organiser un atelier de réflexion de 02 jours sur la mise en place d'un comité multisectoriel de coordination et d'intervention sanitaire au niveau des quais de pêche agréés de Dakar, Saint Louis, Thiès, Ziguinchor pour le suivi de la mobilité des pêcheurs	Déc-20	Ministère de la Pêche et de l'Economie maritime	☐ CT ☐ MINT ☐ MSAS ☐ PTF	3 517 704

A4. Organiser un atelier de 3 jours à Dakar pour la sélection et l'adaptation d'un support de suivi en temps réel des sujets contacts	Oct-20	Ministère de la santé et de l'Action sociale	<input type="checkbox"/> Sectoriels <input type="checkbox"/> PTF	4 161 000
A5. Réaliser une enquête ciblée sur le portage de la COVID19 chez les animaux domestiques et la faune sauvage dans les zones de forte transmission communautaire	Déc-20	LNERV	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	2 675 000
A6. Recruter 02 géomaticiens pour renforcer la cellule en charge de la carte sanitaire afin d'améliorer l'analyse des données COVID et la prise de décision.	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	4 075 000
A7. Doter les nouveaux laboratoires en équipement de biosécurité pour le diagnostic de la COVID-19 par RT-PCR dans les régions.	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	33 165 750
A8. Effectuer une mission de supervision trimestrielle par axe des laboratoires enrôlés dans le diagnostic de la COVID-19 par RT-PCR	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	7 200 000
A9. Recruter un consultant pour la mise en place d'un cadre institutionnel de coordination opérationnelle des laboratoires pour les ripostes aux urgences	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> LNERV <input type="checkbox"/> IRESSEF <input type="checkbox"/> LANAC <input type="checkbox"/> LNPS	6 798 250
A10. Contrôler l'efficacité bactéricide et virucide des solutions hydro alcooliques importées ou produites au Sénégal.	Nov-20	MCPME/LANAC	<input type="checkbox"/> Sectoriels	8 000 000
A11. Renforcer les capacités des agents communautaires sur le screening des voyageurs au niveau de 20 PoE terrestres des secteurs frontaliers (02 agents par PoE)	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	18 725 240
A12-Recruter un consultant pour la mise en place d'un cadre institutionnel de coordination opérationnelle des laboratoires dans le cadre de la riposte contre les urgences sanitaires notamment la COVID-19	Dec-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère finances	7 675 500
A13-Réaliser une enquête nationale de séroprévalence de la COVID-19	Déc-20		<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	51 072 375
A14-Contrôler l'efficacité bactéricide et virucide des solutions hydro alcooliques importées ou produites au Sénégal.	Nov-20		<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> CT	0
A15-Renforcer les capacités des agents communautaires sur le screening des voyageurs au niveau de 20 PoE terrestres des secteurs frontaliers (02 agents par PoE)	Dec-20		<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Sectoriels	41 558 547

Prise en charge, Prévention et contrôle de l'infection (PEC/PCI)				
Activités	Date	Responsable	Acteurs	Coût FCFA
A1. Organiser des ateliers de renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux pour l'anticipation et la PEC des cas graves et formes spécifiques	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF	38 718 000
A2. Mettre en place d'une commission de PEC (coordonnateur et les membres) à tous les niveaux	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Sectoriels <input type="checkbox"/> PTF	70 000 000
A3. Organiser des supervisions intégrées pour la relance et la continuité des offres de service de soins de santé	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	0
A4. Mettre en place en dehors de la région de Dakar cinq CTEpi normés et équipés de grande capacité (60 lits dont 12 chauds) suivant les cinq axes : sud-ouest, sud-est, nord-ouest, nord-est et le centre	juin 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	0
A5. Former les acteurs de la prise en charge psychosociale à tous les niveaux	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF	500 000 000
A6. Mettre à la disposition des cellules de soutien psychosocial de kits sociaux (alimentaire, bébé, santé, dignité) en quantité suffisante et de moyens de communication	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF	54 261 000
A7. Installer les cellules de soutien psychosocial au niveau département et local	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF	25 000 000
A8. Organiser le soutien psychologique des acteurs de la prise en charge médicale	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	0
A9. Doter les structures de santé en équipement de gestion de DBM	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère Environnement <input type="checkbox"/> MSAS	0
A10. Organiser 4 missions de supervision formatives des CLIN et des CHSCT dans les 14 RM	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère Environnement <input type="checkbox"/> MSAS	150 800 000

A11. Mettre en place un stock de sécurité au niveau central et régional en matériel de protection (EPI, produit désinfectant et kits d'hygiène)	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère du budget <input type="checkbox"/> Ministère des transports	55 040 719
A12. Doter le LNCM et le CAP de moyens pour le contrôle de l'efficacité et la toxicité des désinfectants	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère du budget <input type="checkbox"/> Ministère des transports	90 000 000
A13. Renforcer les opérations techniques de désinfection pour rompre la chaîne de contamination au niveau communautaire	Avril 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère budget	10 000 000
A14. Mettre en place en dispositif de PCI à tous les points d'entrées du pays	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> MINT	
A15-Renforcer et mettre aux normes les dispositifs de PCI à tous les points d'entrées du pays	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère budget	30 000 000

Mobilisation des Ressources (RH, RM-Logistique et RF)

Activités	Date	Responsable	Acteurs	Côté FCFA
A1. Construire et équiper un service de maladies infectieuses, abritant un CTE aux normes , dans chaque région	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS	1 400 000 000
A2. Assurer, au niveau de chaque région , la disponibilité et le suivi en temps réel(en utilisant les TIC) des intrants (médicaments ,réactifs laboratoire etc.)	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS	8 400 000
A3. Renforcer le plateau technique (équipement de laboratoire, Imagerie ,etc.) dans toutes les régions	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	7 000 000 000
A4. Mettre en place tous les équipements nécessaires pour une hygiène hospitalière aux normes (incinérateur de type banalyseur ,EPI ,Masques de qualité , ect ..)	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF	3 500 000 000

Mobilisation des Ressources (RH, RM-Logistique et RF)				
Activités	Date	Responsable	Acteurs	Côté FCFA
A5. Aménager un dépôt de stockage des intrants dans chaque axe (Nord, sud, est, ouest, centre)	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF	25 000 000
A6. Renforcer les dotations budgétaires des régions médicales et des districts	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère budget	
A7. Augmenter la subvention des hôpitaux pour faire face aux urgences sociales sanitaires	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère budget	
A8. Mobiliser les ressources nécessaires pour le financement complet des plans de contingence des régions	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère budget	2 980 000
A9. Mettre en place l'observatoire des ressources humaines du secteur de la santé	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS	4 350 000
A10. Régionaliser les postes budgétaires pour le recrutement des RH	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère fonction publique	PM
A11. Assurer la gestion des ressources humaines locales au niveau des régions médicales	Mars 21	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère fonction publique	PM
A12. Mettre en place des motivations spéciales pour le personnel de santé qui officient dans des zones difficiles	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère fonction publique	PM
A13. Mettre en œuvre les mesures prévues dans le guide de mobilité (Prime d'éloignement, rotation régulière, gestion démocratique Système Miroir)	Juin 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère budget <input type="checkbox"/> Ministère fonction publique	PM
14. Augmenter, dans chaque domaine, le nombre de spécialistes formés et mis à la disposition des structures hospitalières sur tout le territoire national (augmentation des bourses, des capacités d'accueil des stagiaires, du nombre de postes ouverts et la gestion adaptée des carrières)	Juin 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Ministère budget <input type="checkbox"/> Ministère fonction publique	PM

Mobilisation des Ressources (RH, RM-Logistique et RF)				
Activités	Date	Responsable	Acteurs	Côût FCFA
A15. Eriger la section hygiène de l'ENDSS en une école spéciale, tout en relevant le statut du personnel	Déc-22	MSAS	<input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Ministère budget	PM

Communication sur les risques et l'engagement communautaire				
Activités	Date	Responsable	Acteurs	Coût FCFA
A1. Mettre en place une plateforme collaborative digitale des acteurs de la CREC	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	5 340 000
A2. Organiser une réunion nationale de plaidoyer auprès des partenaires pour le financement de plans CREC à tous les niveaux	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	1 780 000
A3. Organiser trois (3) revues nationales (par axe) pour le partage et la capitalisation des initiatives d'engagement communautaire	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	PM
A4. Organiser 14 visites régionales de plaidoyer auprès des leaders communautaires (religieux, coutumiers, etc.)	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	10 560 180
A5. Organiser un atelier de deux jours d'élaboration de la cartographie des intervenants sur la CREC	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS	6 007 900
A6. Organiser un atelier de 5 jours pour l'élaboration d'un manuel de procédure sur la CREC (SOP/CREC)	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS	12 253 900
A7. Elaborer un plan de renforcement de capacité des intervenants CREC	Janvier 21	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS	10 171 900
A8. Elaborer un manuel de gestion des rumeurs	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	4 763 900
A9. Elaborer un document d'orientation sur la capitalisation des bonnes pratiques liées à la CREC	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS <input type="checkbox"/> Sectoriels	8 743 900

Communication sur les risques et l'engagement communautaire				
Activités	Date	Responsable	Acteurs	Coût FCFA
A10. Organiser une étude sur l'analyse des données des centres d'appels (SNEIPS, SAMU, Cellule d'alerte) dans le cadre de la riposte contre la Covid 19	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> MSAS	23 928 000
A11. Mettre en place un cadre multisectoriel et pluridisciplinaire de concertation des acteurs CREC à tous les niveaux	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	0
A12. Organiser un atelier d'élaboration du plan de suivi évaluation CREC	Oct-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	8 743 900
A13. Elaborer un kit de plaidoyer pour la promotion de l'engagement des leaders communautaire dans la riposte contre la Covid 19	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	10 000 000
A14. Organiser un atelier de revue après action des acteurs communautaires dans la riposte contre la Covid 19	Nov-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	PM
A15. Elaborer un document de plaidoyer pour l'implication de leaders communautaire dans la riposte (religieux, coutumier...)	Déc-20	MSAS	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PTF <input type="checkbox"/> Sectoriels	31 058 700

7.4. Budget Synthèse

Tableau II : Coût des activités selon les commissions du CNGE

Commissions	Coût Total	Pourcentage (%)
Coordination-Planification-Monitoring-Recherche-Ethique	353 607 515	3
Surveillance-Point d'entrée-Equipes d'intervention Rapide -Laboratoire	227 874 366	2
Prise en charge, Prévention et contrôle de l'infection (PEC/PCI)	1 023 819 719	7
Communication sur les risques et l'engagement communautaire	133 352 280	1
Mobilisation des Ressources (RH, RM-Logistique et RF)	11 940 730 000	87
Total	13 679 383 879	100

7.5. Les indicateurs

Tableau III : Principaux indicateurs de suivi selon les commissions du CNGE

Commissions	Indicateurs
Coordination- Recherche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un plan national multisectoriel de contingence pour COVID-19 mise à jour est disponible ; 2. Un manuel de procédures COVID-19 est disponible et à jour 3. Taux de mobilisation du budget ; 4. Taux d'exécution financière ; 5. Taux de réalisation technique des activités de coordination ; 6. Proportion de projets de recherche financés durant la phase de mise en œuvre ; 7. Un document de capitalisation du processus de la réponse (livre blanc) est disponible ; 8. Nombre de SITREP diffusés/Nombre prévu ; 9. Les rapports des missions d'appui et de supervision sont disponibles ;
Communication du risque et Engagement Communautaire	<ol style="list-style-type: none"> 10. Proportion de matériels de communication distribués aux points stratégiques (POE, formations sanitaires, communautés etc.) par rapport aux besoins identifiés ; 11. Disponibilité d'un mécanisme pour gérer les feed-back communautaires ; 12. Ne Nombre de personnes touchées par les messages de prévention sur la COVID 19 ; 13. Nombre d'acteurs formés sur la CREC ; 14. Nombre de leaders communautaires engagés ;
Surveillance, Équipe de réponse rapide et investigation des cas	<ol style="list-style-type: none"> 15. Proportion d'alertes investiguées par les équipes intervention rapide ; 16. Proportion d'établissements de santé dotés d'outils de définition de cas et de surveillance COVID-19; 17. Proportion d'agents de santé formés / orientés sur la surveillance du COVID-19 ; 18. Proportion d'établissements de santé disposant d'agents de santé formés à la détection des cas et à la notification des cas de COVID-19 ; 19. Proportion de contacts suivis ; 20. Proportion d'établissements de santé privés inclus dans le système de surveillance du COVID-19 ; 21. Proportion d'équipes d'intervention rapide (EIR) opérationnelle au niveau national ; 22. Proportion d'EIR opérationnelle au niveau régional ; 23. Proportion d'EIR respectant les normes de personnel (un clinicien ou un infectiologue, un biologiste, un expert en communication des risques et en engagement communautaire) ; 24. Proportion d'EIR disposant de protection individuelle (EPI) ;

Points d'Entrée	<p>25. Proportion de PoE disposant d'EPI pour évaluer les voyageurs malades ;</p> <p>26. Proportion de PoE effectuant un dépistage du nCoV ;</p> <p>27. Proportion de PoE avec des installations d'isolement ;</p> <p>28. Des PON pour les voyageurs entrant et sortant sont disponibles ;</p>
Laboratoire	<p>29. Proportion de laboratoire disposant d'EPI (masque, gants) ;</p> <p>30. Proportion de laboratoire disposant d'un autoclave (gestion des déchets) ;</p> <p>31. Proportion de laboratoires disposant d'un triple emballage pour l'envoi des échantillons à un laboratoire de référence régional ou national ;</p> <p>32. Proportion de laboratoire disposant de SOP standard mis en place pour la collecte, l'emballage et le transport des échantillons ;</p> <p>33. Proportion d'établissements de santé ayant reçu les directives IPC et des SOP spécifiques à COVID-19 ;</p>
Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI)	<p>34. Nombre de lits pour les unités d'isolement COVID-19 ;</p> <p>35. Nombre d'EPI disponibles et facilement accessibles pour tous les agents de santé ;</p> <p>36. Nombre total de kits EPI disponibles ;</p> <p>37. Nombre de rapports d'évaluation des capacités PCI des districts disponibles/ Nombre prévu ;</p> <p>38. Proportion de CTEpi ayant un rapport d'évaluation ;</p> <p>39. Proportion d'agents de santé formés sur les mesures IPC pour les infections respiratoires ;</p>
Prise en charge des cas	<p>40. Proportion de cas confirmés ayant bénéficié d'une assistance psychosociale ;</p> <p>41. Proportion de cas contact ayant bénéficié d'une assistance psychosociale ;</p> <p>42. Proportion de cas communautaires enregistrés ;</p> <p>43. Proportion d'agents de santé formés sur la gestion des cas de nCoV ;</p> <p>44. Proportion de centres référence disposant d'un spécialiste des maladies infectieuses/pneumologue ;</p> <p>45. Proportion de lits d'hospitalisation COVID disposant d'oxygène</p> <p>46. Proportion de cas de COVID 19 déclarés guéris ;</p> <p>47. Proportion de cas de COVID 19 décédés (létalité) ;</p> <p>48. Taux de disponibilité des médicaments de soins intensifs;</p> <p>49. Proportion de lits de réanimation disposant de respirateurs artificiels (ventilation mécanique) ;</p>

Logistique et support opérationnel	<ol style="list-style-type: none">50. Proportion de structure disposant d'une capacité de stockage suffisante pour le matériel ;51. Disponibilité d'un système de gestion des stocks pour un suivi à temps réel ;52. Disponibilité de l'équipement télécommunication au COUS pour une expédition rapide ;53. Nombre d'EPI et d'autres matériaux IPC pré positionnés dans toutes les régions.
---	---

VIII. Documents ressources

- ◆ Le livre blanc sur le bilan de réponse Covid 19 pour la période de mars au mois de juillet 2020
- ◆ Le rapport de la revue intra action (RIA) du mois de septembre 2020
- ◆ Le rapport de supervision du CNGE au niveau opérationnel



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE**